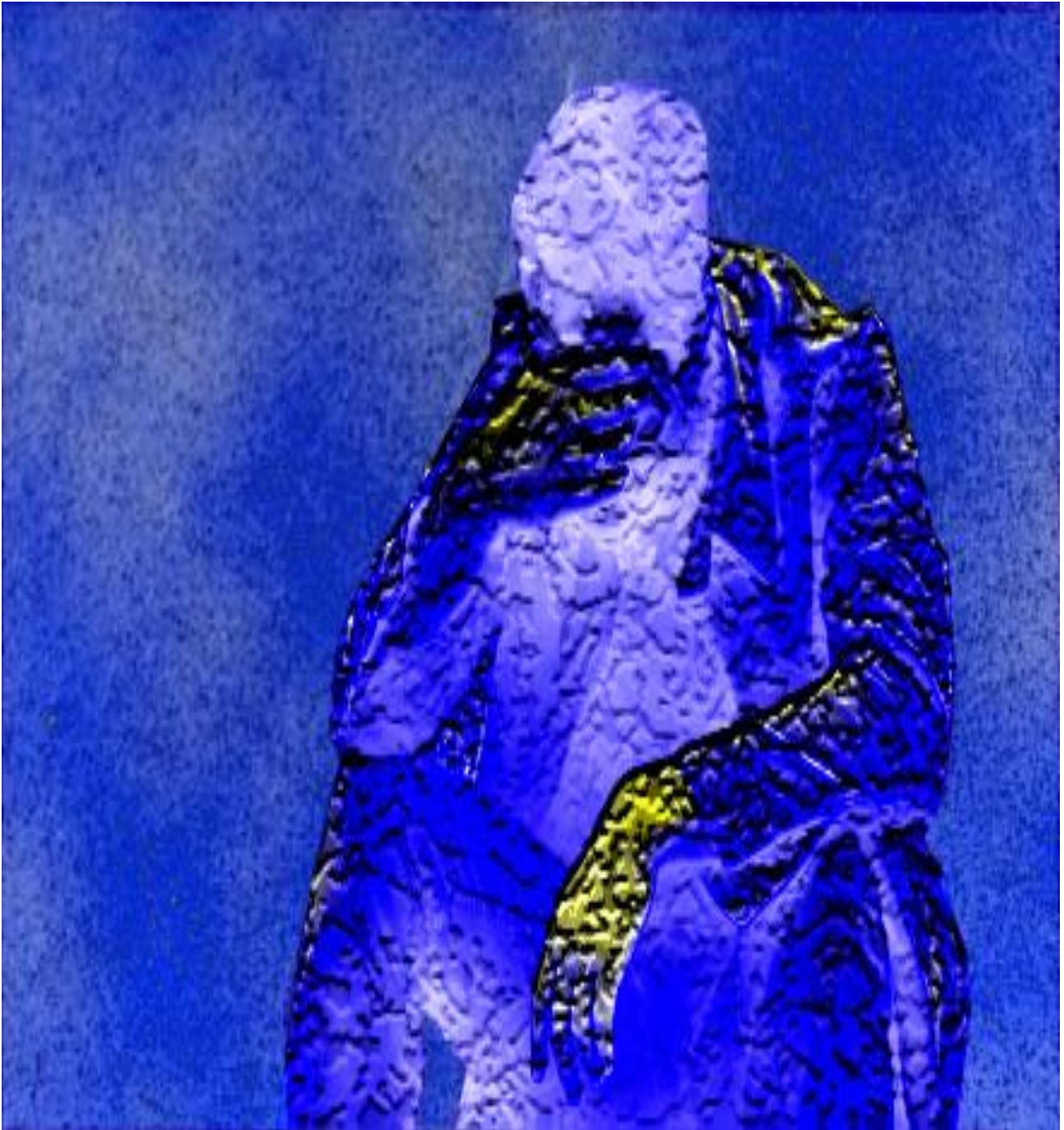


Oprecht verdriet of zelfmedelijden? Een dunne scheidingslijn die mijlen ver uit elkaar ligt.

“Een groot kwalitatief praktijkonderzoek naar het ontwikkelen van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen tijdens beeldende therapie in de forensische psychiatrie”



Door: Robert van Wees, V4 Beeldend
Studentnummer: 1518476

Consulent: B. Hermelink
Beoordelaar: K. Buurman

Juni 2010

Inhoudsopgave

• Voorwoord	03.
• Inleiding	05.
• Deel I: Opzet & Uitvoering	06.
• 1.1 Probleemstelling	07.
• 1.2 Hoofdvraag	09.
• 1.2.1 Deelvragen	09.
• 1.3 Onderzoeksmethode	010.
• 1.4 Interviewmethode	010.
• Deel II: Resultaten	11.
• 2.1 Literatuurstudie	12.
• 2.1.1 Wat is empathie?	12.
• 2.1.2 Studies naar empathie	13.
• 2.1.3 De ontwikkeling van het empathisch vermogen in de kinderjaren	15.
• 2.1.4 Achtergronden en mogelijke oorzaken die leiden tot het plegen van seksueel misbruik van kinderen	16.
• 2.1.5 Samenvatting	19.
• 2.2 Interviews	21.
• 2.2.1 De pleger zelf aan het woord	21.
• 2.2.1.1 Vooraf	21.
• 2.2.1.2 Samenvatting	21.
• 2.2.2 De beeldend therapeut aan het woord	23.
• 2.2.2.1 Vooraf	23.
• 2.2.2.2 Samenvatting	23.
• Deel III: Conclusies & Aanbevelingen	31.
• 3.1 Beantwoorden deelvragen	32.
• 3.2 Beantwoorden hoofdvraag	37.
• 3.3 Aanbevelingen	40.
• 3.4 Product voorstel	40.
• Slotwoord	41.
• Literatuurlijst	40.
• Deel IV: Bijlagen	43.
• Bijlage I: Interviews met Patiënten	45.
• Interview 1: Transcript	45.
• Interview 2 t/m 5 Samenvattingen	49.
• Bijlage II: Interviews met beeldend therapeuten	57.
• Interview 1: Transcript	57.
• Interview 2 t/m 3 Samenvattingen	64.
• Bijlage III: Beeldende opdrachten	71.
• Beschrijving van in het verslag genoemde opdrachten	71.

Voorwoord

Voor u ligt het onderzoeksverslag “**Oprecht verdriet of zelfmedelijden?**” Dit is een kwalitatief onderzoek, volgens de onderzoeksmethode Consensus Based Practice (Smeijsters, Praktijkonderzoek in vaktherapie) dat zich richt op de bijdrage van beeldende therapie aan de ontwikkeling van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen. Binnen mijn onderzoek versta ik onder de term 'seksueel misbruik van kinderen'; *“alle opgedrongen seksuele aanrakingen van een volwassene bij een kind. Het kind kan die door het lichamelijke of relationele overwicht, de emotionele druk, of door dwang en geweld niet weigeren en zijn of haar lichamelijke intimiteit wordt geschonden”* (Nederlands Jeugdinstituut, 2007).

Onder de term 'incestpleger' versta ik binnen dit onderzoek; *“een pleger van seksueel misbruik van kinderen binnen de familie”*. Onder de term 'empathisch vermogen' versta ik binnen dit onderzoek; *“het vermogen zich in te kunnen inleven in de belevingswereld van anderen, het zich kunnen verplaatsen in de gevoelens of de gedachtegang van een ander”*, afgeleid van het woord 'empathie' dat betekent; *“het zich-invoelen, medevoelen, vermogen zich in anderen in te leven”* (Prisma, 2007).

In het onderzoeksverslag verslag houd ik de term 'patiënt' aan voor de incestpleger en de pleger van seksueel misbruik van kinderen die in behandeling zijn voor hun problematiek. Omdat vakjargon per instelling verschilt kunt u de term 'patiënt' dan ook lezen als 'cliënt'.

De hoofdvraag in dit onderzoek luidt:

- *Op welke manier draagt beeldende therapie, volgens de ondervraagde patiënten en beeldend therapeuten in verschillende forensische behandelinstellingen, bij aan de ontwikkeling van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen?*

Om deze vraag te kunnen beantwoorden zijn drie beeldend therapeuten, die allen werkzaam zijn binnen de forensische psychiatrie, geïnterviewd. Daarnaast heb ik in totaal vijf interviews afgenomen met patiënten die in behandeling zijn voor het plegen van incest en het plegen van seksueel misbruik van kinderen om hun ervaringen met het ontwikkelen van empathie binnen de beeldende therapie te horen om middels een triangulatie methode mijn hoofdvraag zo goed mogelijk te kunnen beantwoorden.

Het onderzoeksverslag bestaat uit vier delen. In het eerste deel, opzet en uitvoering, worden de probleemstelling en vraagstelling uiteen gezet, en ook wordt aangegeven van wat voor soort onderzoek sprake is. In het tweede deel, resultaten, wordt vervolgens weergegeven welke onderzoeksgegevens het onderzoek heeft opgeleverd. Vervolgens zijn uit deze resultaten conclusies getrokken en daarmee worden de vraagstellingen beantwoord welke u terug kunt vinden in het deel, conclusies en aanbevelingen. Ten slotte zijn in de bijlage de uitgewerkte interviews terug te vinden.

Het doel van dit onderzoek is het voor beeldend therapeuten in kaart brengen van de werking en het effect van beeldende therapie op het ontwikkelen van het empathisch vermogen van de doelgroep 'incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen' en dat andere behandelaars binnen de forensische psychiatrie een beeld krijgen van de manier waarop beeldende therapie een bijdrage levert aan het ontwikkelen van het empathisch vermogen van de doelgroep.

Op het moment van schrijven heb ik diverse vakliteratuur geraadpleegd over de onderwerpen; empathie en het empathisch vermogen van zedendelinquenten. Over het onderwerp empathie heb ik in de Nederlandse literatuur veel kunnen vinden, in relatie tot het empathisch vermogen van de zedendelinquent heb ik een uitstapje moeten maken naar Engelstalige vakliteratuur en heb ik genoeg

moeten nemen met een viertal boeken waarvan er één specifiek op het onderwerp gericht is en de andere drie het onderwerp als hoofdstuk vermelden.

In relatie tot de beeldende therapie heb ik niets kunnen vinden. Om deze reden leek het mij een uitdaging om dit onderwerp te gaan onderzoeken. Ik heb ervoor gekozen om een groot praktijkonderzoek uit te voeren omdat er naar de relatie tussen beeldende therapie en het ontwikkelen van empathisch vermogen nagenoeg geen documentatie bestaat.

Robert van Wees
1518476 Creatieve Therapie

Juni 2010

Inleiding

Sinds één september 2009 ben ik, in het kader van mijn opleiding creatieve therapie met als afstudeerrichting beeldende therapie, werkzaam bij poli- & dagkliniek ‘de Tender’ in Deventer. Daar geef ik beeldende therapie onder toeziend oog van mijn begeleidster G. Willemars aan twee groepen zedendelinquenten.

Op het moment van schrijven zit ik in mijn laatste jaar van de opleiding en ter afronding hiervan heb ik ervoor gekozen om mijn afstudeeronderzoek te richten op het empathisch vermogen van de doelgroep. De reden dat ik gekozen heb om het empathisch vermogen van plegers van seksueel misbruik met kinderen te onderzoeken binnen beeldende therapie komt voort uit persoonlijke vraagstukken die in verband staan met mijn professionalisering als beginnend vaktherapeut. Tijdens therapiesessies heb ik menigmaal patiënten zien huilen na aanleiding van een door zichzelf gemaakt werkstuk dat in relatie staat tot het slachtoffer en hun ouderschap. Deze tranen hebben mijn nieuwsgierigheid gewekt. Waarom huilt mijn patiënt nu? Wat voor betekenis heeft zijn verdriet? Is er sprake van berouw, van besef van de schade die hij heeft aangericht en de gevolgen die zijn delict met zich mee brengen voor het slachtoffer, of is er misschien sprake van zelfmedelijden, een manier om bijvoorbeeld onbewust voor zichzelf verzachtende omstandigheden te creëren waarbij de patiënt zelf een slachtofferrol aanneemt en zo hoopt steun te vinden bij derden om op die manier de ernst van zijn delict kleiner te maken? Voor wie zijn deze tranen bestemd? Voor zichzelf of voor het slachtoffer? Hierdoor raakte ik nieuwsgierig naar het empathisch vermogen van de patiënt. Patiënten die langer in behandeling zijn hebben een ander soort verdriet dan patiënten die net met de behandeling gestart zijn. Dit merk ik tijdens evaluatie momenten⁽¹⁾ terug. Patiënten die langer in behandeling zijn spreken gericht over de gevolgen voor het slachtoffer van hun delicten terwijl de startende patiënt veel meer worstelt met de gevolgen voor zichzelf. Vermoedelijk raakt hij zijn gezin, zijn baan en of zijn huis kwijt, hij lijdt gezichtsverlies bij familie en vrienden en kan zich niet meer vertonen in de buurt. Dit zijn elementen waar de startende patiënt over rept en zich erg druk over maakt maar wat de consequenties van zijn daden voor het slachtoffer betekenen komt vaak niet in beeld en als het wel in beeld komt dan is dat vaak op aangeven van de therapeut.

Toch vindt er gedurende het therapeutische proces een verschuiving plaats waarbij het eigen leed plaats maakt voor de gevoelens van het directe slachtoffer en de indirecte slachtoffers⁽²⁾ ten gevolge van zijn daden.

Hoe dit proces tot stand komt binnen de beeldende therapie en welke stappen er voor nodig zijn om de verschuiving plaats te laten vinden vind ik een interessant gegeven om te onderzoeken en in beeld te brengen middels dit onderzoeksverslag.

(1) Evaluatie momenten: Momenten tijdens de beeldende waar de patiënt een afgemaakte opdracht ten overstaan van de groep presenteert en bespreekt op betrekkingniveau.

(2)indirecte slachtoffers: personen die indirect betrokken zijn bij het seksueel misbruik en daardoor psychische dan wel lichamelijke schade oplopen.

Deel I: Opzet & uitvoering

1.1 Probleemstelling

Seksueel misbruik is een onderwerp dat de wereld schokt en erg bezig houdt. Momenteel meer dan ooit nu de schandalen die zich afspelen en zich afgespeeld hebben binnen de katholieke kerk zich openbaren en opstapelen. Geconfronteerd worden met seksueel geweld is een schokkende ervaring die alle elementen van een trauma in zich draagt: machteloosheid, acute ontwrichting van het bestaan en extreem onbehagen. Het slachtoffer heeft geen controle over de gebeurtenis. Vaak staat zij of hij letterlijk doodsangsten uit. Het geweld ondermijnt het gevoel van veiligheid, onder graaft het zelfbeeld en het beeld dat het slachtoffer heeft van haar of zijn omgeving. De gevolgen kunnen psychisch, somatisch en psychosomatisch van aard zijn. Bij de meeste slachtoffers zien we een combinatie daarvan (Movisie, 2009).

Portegijs (2006) meldt dat over de omvang van de verschillende vormen van seksueel geweld niet altijd betrouwbare cijfers beschikbaar zijn. Op veel gebieden is geen (recent) onderzoek gedaan, en cijfers die wel beschikbaar zijn worden vaak vertekend door ‘onderrapportage’. Ook gegevens over het aantal strafzaken vormen nauwelijks een indicatie van de werkelijke omvang van seksueel geweld. Slechts een beperkt aantal seksueel-geweldzaken komt bij de politie terecht en het aantal veroordelingen is nog veel lager. Zo kwamen in 2004 in totaal 6668 gevallen van seksueel geweld ter kennis van de politie, werden 2687 gevallen opgehelderd en werd in 1585 gevallen een pleger schuldig bevonden.

Er zijn verschillende maatregelen die getroffen kunnen worden tegen plegers van seksueel misbruik van kinderen. Er zijn naast veroordelingen ook verschillende dwangmogelijkheden om vanuit justitie plegers van seksuele misdrijven min of meer te verplichten tot het ondergaan van behandeling:

- De rechter kan een dader veroordelen tot een voorwaardelijke straf, en daarbij als voorwaarde opleggen dat deze zich laat behandelen.
- De rechter kan na veroordeling van een dader een maatregel opleggen dat de dader zich onder (psychiatrische) behandeling moet laten stellen.
- De rechter kan een onvoorwaardelijke gevangenisstraf opleggen en daarbij ook nog de maatregel dat de dader zich moet laten behandelen.
- Daarnaast hebben hulpverleners en politie en/of justitie in diverse plaatsen met elkaar afgesproken dat ze (bepaalde) daders van seksueel geweld aanmelden bij de hulpverlening. Soms kan voor de dader daarmee verdere strafvervolgung worden voorkomen.

(bron: Seksueelgeweld.info)

Daarnaast zijn er ook plegers van seksueel misbruik van kinderen die zich 'vrijwillig' melden via justitie of huisarts. Plegers kunnen voor vrijwillige hulpverlening terecht bij forensisch-psychiatrische klinieken en poliklinieken, bij De Waag en bij een aantal GGZ-instellingen (Plemper, 2004). De reclassering en GGZ bieden diverse vormen van daderhulpverlening in een strafrechtelijk kader en onder drang.

Uit onderzoek in de laatste twintig jaar is gebleken dat motieven en achtergronden van plegers van seksueel geweld zeer divers zijn: ‘de’ verkrachter bestaat niet (Frenken, 2001).

De psychologische motieven variëren van machtsmotieven, behoefte aan contact, seksuele motieven en vrouwenhaat tot algemene agressieve tendenties of een combinatie hiervan. De plegers verschillen ook sterk in ontwikkelingsachtergrond, psychologische kenmerken, psychiatrische ziektebeelden en criminele geschiedenis. Factoren die een rol spelen bij het plegen van seksueel geweld zijn: de behoefte zich machtig te voelen, een zeer laag gevoel van eigenwaarde, geen inlevingsvermogen en inadequate sociale en relationele vaardigheden.

Het is juist de factor 'geen inlevingsvermogen' dat mijn aandacht trekt. Is het waar dat de incestpleger en de pleger van seksueel misbruik van kinderen niet beschikt over een inlevingsvermogen? Door daar literatuur op na te slaan kwam ik verscheidene verwijzingen tegen die een ander licht doen schijnen op deze uitspraak. Weliswaar beschikken incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen tegenover hun eigen slachtoffers geen enkele vorm van inlevingsvermogen ten tijde van het plegen van

het delict, maar uit onderzoeken waarbij de pleger geconfronteerd wordt met verhalen over traumatische gebeurtenissen van anderen en verhalen over de gevolgen voor slachtoffers na verkrachtingen en incestueuze gebeurtenissen blijkt dat hij, al zei het in beperkte mate, wel degelijk invoelende uitingen ten opzichte van de slachtoffers laten zien (Bron: “*in their shoes*” pag. 32-34). Mede hieruit en uit eigen werkervaring met de doelgroep word duidelijk dat er een onderscheid gemaakt moet worden tussen empathie en eigen slachtoffer-empathie.

Of plegers wel of niet in staat zijn om zich empathisch op te stellen is grotendeels ook afhankelijk van psychopathologische kenmerken, zo is het voor een pleger met een autisme spectrum stoornis (ASS) nagenoeg niet mogelijk om zich in te leven in de gevoelswereld van een ander, laat staan die van het slachtoffer. Voor deze doelgroep bestaat een speciaal behandelaanbod in instellingen die gespecialiseerd zijn in de problematiek. Een voorbeeld hiervan is 'Het DOK' in Rotterdam. Binnen dit onderzoek richt ik mij op de plegers waarbij tot in bepaalde mate sprake kan zijn van een persoonlijkheidsstoornis maar waar wel aanspraak gemaakt kan worden op het inlevingsvermogen.

Veel plegers willen niet inzien dat ze schade toebrengen aan het slachtoffer. Het aanleren van empathie vereist dat de cliënt emoties bij anderen leert zien, het perspectief van een ander kan innemen, de negatieve emoties van een ander kan navoelen en daar empathisch op reageert (Bron: Frenken, 1997). Het is hier naar mijn idee waar beeldende therapie een belangrijke rol kan spelen binnen de behandeling van de incestpleger en de pleger van seksueel misbruik van kinderen. Kenmerkend voor deze pleger is dat zij in het delict vooral met egocentrische behoeftebevrediging is bezig geweest. Het werken met beeldende middelen in groepsverband maakt eigen handelen, voelen, denken en dat van een ander, zichtbaar en tastbaar. Hierdoor wordt het eigen doen en laten meer inzichtelijk gemaakt voor de pleger. Plegers zijn gebaat bij een nieuwe beeldvorming van zichzelf en dat van een ander. Veelal is er sprake van een niet realistisch zelfbeeld en beeld van anderen om zich heen. Door het spiegelende effect van het werkstuk kan de pleger verbanden leggen naar zichzelf en zijn gedrag, naar de ander en daar verantwoording voor nemen. Deze beeldende ondervindingen kunnen leiden tot nieuwe experimenten en oefeningen met andere mogelijkheden in het contact met zichzelf en de ander. De psychische processen in de vorm van gedragingen zijn analoog aan medium processen in de vorm van beeldend werk (Smeijsters, 2008). Yolanda Fernandez (2002) maakt in haar boek “*In their shoes*” een verwijzing naar de rol die kunst speelt in relatie tot empathisch vermogen. Zij beschrijft; “*It appears to have been in analysis of the esthetic experience..... that the notion of empathy was first given expression. Aristotle (384-322 BC), in discussing art, metaphysics, and psychology, was concerned to understand the processes by which poetry, drama, music, and painting could evoke such strong emotional responses....*” Zij geeft onder andere aan dat in vroege tijden van de geschiedenis geleerden al geïnteresseerd waren in de uitwerking die, onder andere, kunst heeft op de emotionele gevoelsbeleving van mensen.

Beeldende therapie is in veel forensische instellingen een vast onderdeel van het behandelprogramma, tijdens het doen van een vooronderzoek kon ik echter ontzettend weinig antwoorden vinden over de manier waarop beeldende therapie zich richt op het ontwikkelen van het empathisch vermogen. Dit heeft geleid tot mijn uiteindelijke hoofdvraag en deelvragen.

1.2 Hoofdvraag

- Op welke manier draagt beeldende therapie, volgens de ondervraagde patiënten en beeldend therapeuten in verschillende forensische behandelinstellingen, bij aan de ontwikkeling van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen?

1.2.1 Deelvragen

1. Wat wordt binnen de bestaande literatuur verstaan onder het empathisch vermogen?
2. Welke specifieke kenmerken met betrekking tot de ontwikkeling van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen wordt beschreven in de literatuur?
3. Wat is volgens de ondervraagde beeldend therapeuten het belang van het ontwikkelen / vergroten van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen?
4. Welke werkwijze hanteren de ondervraagde beeldend therapeuten binnen de beeldende therapie om het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen te ontwikkelen?
5. Welke werkvormen zetten de ondervraagde beeldend therapeuten binnen de beeldende therapie in om het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen te ontwikkelen?
6. Welke therapeutische houdingsaspecten nemen de ondervraagde beeldend therapeuten in tijdens de beeldende therapie bij de incestplegers en de plegers van seksueel misbruik van kinderen?
7. Wat is volgens de ondervraagde patiënten de bijdrage die beeldende therapie levert bij de ontwikkeling van het empathisch vermogen?

1.3 Onderzoeksmethode

De onderzoeksmethode die ik voor dit onderzoek gebruik is volgens de onderzoeksmethode; Consensus Based Practice. De term triangulatie, waarbij gebruik wordt gemaakt van meerdere typen van dataverzameling sluit het meest aan bij de te beantwoorden hoofdvraag.

De eerste manier om te onderzoeken op welke manier er binnen de forensische beeldende therapie wordt gewerkt om het empathisch vermogen te ontwikkelen, zal ik het werkveld in gaan om door middel van interviews met beeldende therapeuten informatie te verzamelen over het belang van het ontwikkelen van het empathisch vermogen bij de incestpleger en de pleger van seksueel misbruik van kinderen, de werkwijze en de werkhouding die zij toepassen en welke werkvormen ze daarbij geschikt achten om dat doel te bereiken.

Om de cirkel rond te maken zal ik ook patiënten die in behandeling zijn interviewen om informatie te verzamelen omtrent hun ervaringen en processen binnen de beeldende therapie in relatie met het ontwikkelen van hun eigen empathisch vermogen.

De tweede manier van dataverzameling die in dit onderzoek gebruikt zal worden is literatuuronderzoek. Het doel hiervan is om door de combinatie van praktijk- en literatuurgegevens de subjectiviteit die met consensus bases practice gepaard gaat, een objectievere nuance te geven.

1.4 Interviewmethode

Voor het verzamelen van informatie middels het afnemen van interviews heb ik gekozen voor een half gestructureerd interview. Deze manier van interviewen sluit het beste aan bij een kwalitatief onderzoek. In een half gestructureerd interview liggen de vragen en antwoorden niet van tevoren vast maar de onderwerpen wel. Voor het gesprek heb ik een aantal onderwerpen vastgesteld die ik gedurende het interview onder de aandacht zal brengen. Deze worden door middel van een open beginvraag en doorvragen uitgediept. De onderwerpen die ik bespreken wil heb ik van te voren in een voor mij zo logisch mogelijke volgorde vastgesteld maar, als het in het gesprek beter uit komt, dan zal ik de volgorde van de onderwerpen veranderen en de lijn volgen die zich dan tijdens het gesprek voordoet.

Deel II: Resultaten

2.1 Literatuurstudie

2.1.1 Wat is empathie?

Als je je gaat verdiepen in het onderwerp empathie dan kom je er al gauw achter dat de kans dat je terecht komt in een spinnenweb van diverse aannames groot is. Als je het alleen al met de internet zoekmachine Google opzoekt dan krijg je al over één miljoen ‘hits’ die allemaal vertellen wat empathie inhoud.

Enkele voorbeelden hiervan zijn:

- **Empathie** is een ander woord voor *inlevingsvermogen*, de kunde of vaardigheid om je in te leven in de gevoelens van anderen. Het woord empathie is afgeleid van het Griekse woord ἐμπάθεια (empathia), of invoelen. (Bron: <http://nl.wikipedia.org/wiki/Empathie>)
- **Empathie** (actief luisteren) is een basisvaardigheid in de gewone menselijke communicatie en tevens bij psychotherapie en andere vormen van groei-inductie, omdat zij het proces van de verbale communicatie sterk bevordert, vooral in situaties waar die moeilijk verloopt. Empathie is niet zomaar één mogelijke communicatievorm naast vele andere, het is de optimale vorm van communiceren. (Bron: <http://psy.cc/7510.php>)
- **Empathie** intens meeleven; het zich verplaatsen in de gevoelens van een ander, zoals toeschouwers bij toneel en wedstrijden (Bron: <http://www.woordenboek.nl/woord/empathie>)

Empathie komt van de Griekse woorden 'em' en 'patheia' die 'in gevoel' betekenen. Empathie is een veel gebruikt begrip maar niet iedereen verstaat er hetzelfde onder. Zo wordt de term soms te pas en te onpas gebruikt voor processen die op het eerste oog op empathie lijken of kenmerken van empathie met zich meebrengen. Hierbij kan gedacht worden aan termen als; 'aanvoelen', 'meevoelen', 'weet hebben van', 'begrijpen', 'sympathie' enz. De genoemde termen lijken in eerste instantie kloppend maar in het volgende voorbeeld zal ik proberen te schetsen dat ze niet empathisch zijn:

*“De hond van een buurman is gisteravond plotseling overleden. Ik spreek hem de dag daarna en zie dat hij verdrietig is. Dit kan ik zien omdat hij in normale omstandigheden vrolijk en opgewekt reageert als we elkaar zien en dat nu niet doet (**aanvoelen**). Ik vraag hem hoe het met hem gaat en hij vertelt mij met rode betrande ogen over zijn verlies. Ik knik en zeg dat ik snap dat hij het nu moeilijk heeft (**begrijpend**). Hij begint over een aantal leuke herinneringen met zijn hond te praten en in reactie hier op zeg ik tegen hem dat hij zich wel heel rot moet voelen (**meevoelen**), hij knikt en de tranen beginnen te stromen. Vervolgens leg ik mijn hand op zijn schouder en zeg ik tegen hem: Je hield veel van hem, hè (**empathie**). Hij kijkt mij aan en zegt met een diepe zucht; Ja, met heel mijn hart”.*

Met mijn laatste opmerking laat ik een empathische reactie zien. Ik verplaats mijn gehele aandacht naar zijn situatie en probeer af te stemmen op zijn gevoelsbeleving. Ik probeer me voor te stellen hoe het is om dertien jaar lang een hond te hebben, en daarbij stil te staan wat je in die tijd allemaal met hem mee gemaakt zou kunnen hebben en de band die daaruit zou zijn ontstaan. Alle leuke dingen, als spelen en ravotten met hem, hem dingen te leren, zijn eigenaardigheden ontdekken als de keer dat hij zou besluiten dat mijn nieuwe schoenen beter af waren in tien stukken dan dat ze aan mijn voeten zaten of op warme zomeravonden spelen met de tuinslang of de keer dat hij de tuin van de buurman (mij dus) omspitte enz. Dat zijn voorbeelden die als beelden door mijn hoofd flitsen waardoor ik mij ineens heel naar ga voelen bij de gedachte dat ik dat allemaal had en nu kwijt zou zijn. Door tegen hem te zeggen “je hield veel van hem, hè” toets ik of ik afstemming bereikt heb op zijn persoonlijke gevoelsbeleving, en bij zijn 'ja' weet ik dat we gevoelsmatig op een lijn zitten.

Fernandez (2002) benadrukt dat het door de begripsverwarring er weinig bekend is over de oorsprong en ontwikkeling van ons empathisch vermogen en dat er mede daardoor respectievelijk weinig

informatie is die betrekking heeft op de oorzaken van een empathisch tekort.

De betekenis van begrip empathie die binnen dit onderzoek van toepassing is is de volgende; “het vermogen zich in te kunnen inleven in de belevingswereld van anderen, het zich kunnen verplaatsen in de gevoelens of de gedachtegang van een ander”, afgeleid van het woord 'empathie' dat betekent; “het zich-invoelen, medevoelen, vermogen zich in anderen in te leven” (Prisma, 2007).

2.1.2 Studies naar empathie

* De studie naar empathische processen is bij zowel mensen als dieren toegepast. Bij mensen is er onderzoek gedaan om te bepalen of empathie bepaalde gedragingen die betrekking hebben tot vriendschappen, intimiteit, materialistisch behoeften, agressie, morele ontwikkeling, groepsdynamica enzovoort verklaard of al dan niet uitgesloten kan worden.

In zijn klassieke tekst “*The Expression of the emotions in man and animal*” maakt Charles Darwin duidelijk dat hij geloofde dat er sprake is van empathische communicatie tussen mensen onderling, tussen mens en dier en dat dieren onderling affectieve vormen van communicatie onderhielden. Studies naar sociale deprivatie bij dieren tonen een serieus gebrek aan sociale vaardigheden en een tekort aan empathisch vermogen (Ginsburg, 1991).

Darwin was niet de eerste schrijver die zich met empathie als belangrijk sociaal proces bezig hield. De eerste persoon die hierover schreef was David Hume (1711 – 1776). Hume was een Schotse empirische filosoof die als eerste de term ‘sympathie’ introduceerde in zijn boek over morele ontwikkeling om aspecten van menselijk gedrag te verklaren.

De termen ‘sympathie’ en ‘empathie’ liggen dicht bij elkaar en zijn zowel in het verleden als vandaag de dag met elkaar verward en verstrengeld geraakt. Sommige schrijvers gebruiken de term ‘sympathie’ voor hetzelfde doeleinde waar andere schrijvers de term ‘empathie’ gebruiken (Dymond, 1949; Feshback, 1975). Andere schrijvers gebruiken de termen ten onrechte voor weer andere onderwerpen (Feshback, 1978; Hogan, 1969; Wispe, 1986). Wispe (1986), bijvoorbeeld, ziet empathie als een poging om de beleving van een ander te begrijpen en sympathie als de directe waarneming van andermans beleving waar een reactie uit voortvloeit. Haar definitie van ‘sympathie’ is vergelijkbaar met wat ook wel ‘emotionele besmetting’ wordt genoemd. Dit is een reactie dat vergelijkbaar is met de aanstekelijkheid van lachen maar ook het bedroefde gevoel dat wordt opgeroepen als een ander een tragisch verlies meemaakt (Hodges & Wegner, 1997).

De fout om een duidelijk onderscheid tussen beide termen te maken komt bij verscheidene auteurs voor (Gladstein, 1984; Hickson, 1985; Levenson & Ruef, 1992).

Eisenberg (2000) stelt dat sympathie een reactie is op wat in eerste instantie wordt opgewekt door empathie waarbij gevoelens van verdriet en bezorgdheid komen kijken als het gaat om het verdriet van een ander. Empathie, zo stelt ze, is een emotionele reactie op het welzijn van een ander dat overeenkomt of aansluit met / bij de emotionele gevoelsbeleving van die ander.

Eisenberg wijst erop dat empathie niet per definitie leidt tot een sympathische reactie.

De ontwikkelingspsycholoog, Jean Piaget (1929), omschreef een proces dat hij ‘decentering’ noemde. ‘Decentering’ is een ontwikkelingsproces waarbij cognitieve en emotionele reacties met elkaar gepaard gaan. Deze reacties staan aan de basis van de ontwikkeling naar het proces om jezelf los te kunnen zien van anderen.

Theodore Reik richtte zijn aandacht op de rol van empathie in het therapeutische proces. Hij zag empathie als een vorm van onderbewuste interactie tussen de therapeut en de cliënt. De cliënt, volgens Reik, wordt als het ware tijdelijk een onderdeel van het ego van de therapeut (Reik, 1948). Deze benadering werd door Stewart (1956) verder uitgewerkt en het was Stewart die verklaarde dat empathie een opzettelijke poging is om je met een ander persoon te identificeren. Stewart’s visie over empathie in relatie met therapie was dat empathie de manier was voor de therapeut om zich te kunnen verplaatsen in de belevingswereld van de cliënt en zag het als wellicht de belangrijkste voorwaarde voor een effectieve behandeling.

De meest invloedrijke therapeut in relatie met empathie was Carl Rogers. Rogers, wordt samen met Abraham H. Maslow als grondlegger van de humanistische psychologie beschouwd. Hij schetst dat het er bij empathie in wezen om gaat dat je in staat bent de innerlijke subjectieve wereld van een ander te kennen. Empathisch zijn, is het innerlijke referentiekader van een ander iemand accuraat waarnemen, met de emotionele componenten en betekenissen eigen hieraan, alsof men de ander is, maar zonder die ‘alsof’-conditie te verliezen. Dit betekent dus de pijn of de vreugde van een ander iemand te voelen zoals hij het voelt en de oorzaken ervan te zien zoals hij deze ziet maar zonder ooit uit het oog te verliezen dat het is ‘alsof’ ik gekwetst of blij ben.

Rogers opperde dat het inzicht hebben, wat hij 'deep understanding' noemt, in de cliënt als persoon en in alles wat hem tot die persoon maakt essentieel is voor een effectieve behandeling. Dit houdt ook het begrijpen en het accepteren van de emotionele toestand en de manier waarop de cliënt naar zichzelf kijkt en over zichzelf denkt in. Later noemt hij in zijn boek, 'client centered therapy' de term 'empathic attitude' waarmee hij bedoeld dat de therapeut, voor zover het binnen diens mogelijkheden ligt, een intrinsieke brug naar de perceptie van de cliënt moet ontwikkelen om de wereld te zien en ervaren zoals de cliënt dat zou doen en dit als vertrekpunt zou moeten nemen om hiervan uit met de cliënt te kunnen communiceren (Rogers, 1951).

Deze uitspraak maakt duidelijk dat Rogers niet alleen het accuraat afstemmen op de interne belevingswereld van cliënten van belang was voor een effectieve therapie maar dat daarnaast het ook erg belangrijk is om de vertaalslag ervan naar de cliënt toe duidelijk te maken om zo te laten zien dat hij / zij begrepen wordt.*

Wat gemeld moet worden is dat er in de relatie met empathie vaak en veel gesproken wordt over het begrijpen en het kunnen beredenering vanuit andermans referentiekaders. Er is echter geen directe kennis van de belevingswereld van een ander iemand mogelijk. Onze kennis van de belevingen van de ander construeren we op basis van onze perceptie van de ander. We gaan hierbij uit van de veronderstelling dat de ervaringen van de ander gelijkwaardig zijn aan onze eigen ervaringen, waarvan we wel directe kennis hebben. Onze kennis van de subjectieve wereld van de ander is steeds een deductie. (Vanaerschot, 1990)

Vanaerschot (1990) beschrijft dat het begrip empathie in vier vormen is te onderscheiden:

1. Conceptual empathy. Dit is te zien als een cognitief proces waarbij iemand in staat is de belevingswereld van een ander te herkennen dat naast zijn eigen belevingswereld bestaat. De term 'verstandelijk begrijpen' is hierop van toepassing. Emotionele processen spelen hierbij een minimale rol.
2. Self-experiential empathy. Hierbij maakt iemand gebruik van zijn eigen opgedane ervaringen en herinneringen die hij of zij herkent in situaties bij anderen.
3. Imaginative imitation empathy. Iemand is in staat zich de situatie van een ander in te denken door gebruik te maken van zijn eigen fantasie en inbeeldend vermogen.
4. Resonant empathy. Dit duidt op een primair proces waar mensen mee geboren worden. Het gaat om een gevoelsmatige vorm van contact waarbij iemand 'mee-resoneert' op de gevoelsbeleving van een ander. Een voorbeeld hiervan is dat een baby begint te huilen als hij een andere baby hoort huilen. In het hoofdstuk *De ontwikkeling van empathisch vermogen in de kinderjaren* zal ik hier verder op ingaan.

* Persoonlijke vertaling uit het Engels naar het Nederlands naar eigen inzicht en in overleg met derden, afkomstig uit het boek: “In their shoes, van Fernandez, Yolanda. 2002”

2.1.3 De ontwikkeling van empathisch vermogen in de kinderjaren.

*“The beginning is the most important part of any work,
especially in the case of a young and tender thing;
for that is the time at which the character is being formed and
the desired impression is more readily taken.” Plato (427?-347)*

* In vroege literatuur over het empathisch vermogen van mensen word gesuggereerd dat het vermogen om andermans ‘ongemak’ te herkennen en er op te reageren zich klaarblijkelijk in een vroeg levensstadium ontwikkeld. Meer recentelijk onderzoek is dan ook gericht op de ontwikkelingslijn van empathisch vermogen bij kinderen (Ainsworth, 1973; Eisenberg, Murphy, & Shepard, 1997).

Onderzoek naar het waarnemend vermogen van zuigelingen suggereert dat sommige functies als ‘horen’ zich al ontwikkeld in de baarmoeder (Gagnon, Hunse, & Patrick 1988; Kisilevsky & Muir, 1991). Het visueel vermogen wordt vanaf het moment van geboorte actief en ontwikkeld zich vanaf dan in een hoog tempo waarbij het lijkt alsof de zuigeling een voorkeur ontwikkeld voor bepaalde gezichten (Karmiloff-Smith, 1996). Aannemelijk wordt geacht dat de voorkeur voor gezichten is aangeboren en dat het een overlevingsmechanisme voor de zuigeling is. De zuigeling heeft met name voorkeur voor het gezicht van zijn zorgdrager, meestal zijn moeder en in mindere mate de stimuli van zijn omgevingsfactoren, dit is de basis voor de eerste sociale interactieve relatie van het kind. Als gevolg hiervan kan voorzichtig gesteld worden dat de mogelijkheid om andermans leed waar te nemen zich al op zeer jonge leeftijd ontwikkeld. Dit suggereert dat, vanuit ontwikkelingsoogpunt, de eerste fase “het herkennen van andermans emoties” in Marshall’s model van empathie, dat ik later in mijn onderzoek uitgebreider zal toelichten, ook de eerste fase is die voldoende ontwikkeld wordt door het kind om vervolgens in de praktijk toe te kunnen passen.

Een voorbeeld dat wijst op een inlevend vermogen op zeer jonge leeftijd is dat onderzoek heeft aangetoond dat pasgeborenen vaker reactief beginnen te huilen wanneer zij andere pasgeborenen horen huilen dan wanneer zij oudere kinderen of gesimuleerd huilen horen (Martin & Clark, 1982; Sagi & Hoffman, 1976). Deze vroege vorm van bewustzijn naar het herkennen van het leed van anderen betekend niet per definitie dat hele jonge kinderen in staat zijn om betekenis aan dit leed te geven. Ungerer e.a. (1990) stellen dat zuigelingen reageren op het leed van anderen door middel van coping strategieën die op zichzelf gericht zijn (zoals duimzuigen) om zo vormen van stress te verminderen en opwindning te reguleren. Dit gebeurt om twee redenen, de eerste reden is dat de zuigeling nog niet in staat is om zichzelf los te zien van de ander en daardoor op het leed reageert alsof het het eigen leed betreft. De tweede reden is dat zuigelingen nog niet geleerd hebben hoe ze de opwindning rondom het leed in de omgeving kunnen minimaliseren door daarbij hun focus op de omgeving te houden terwijl ze met het leed omgaan.

Ungerer e.a. (1990) stellen dat de rijping van dit proces in een vaste volgorde verloopt. Allereerst reageren zuigelingen vanuit een op zichzelf gerichte reflex om zichzelf aan de spanningen die het leed met zich meebrengt te kunnen onttrekken, vervolgens als het zelfregulerend vermogen van het kind zich ontwikkeld, ontwikkelen zij vaardigheden om hun aandacht af te wenden van de spanning gevende factoren zonder daarbij de aandacht voor de omgeving uit het oog te verliezen. Bij de derde en laatste stap is het kind in staat om zijn aandacht te houden op de spanning gevende factoren van een situatie zonder daarbij overgevoelig te raken voor die spanning gevende factoren en is daardoor in staat om zijn aandacht op de situatie en de omgeving te bewaren.

Het is in deze laatste fase dat het kind de mogelijkheid heeft om empathie te ontwikkelen volgens het model van Marshall.*

* Persoonlijke vertaling uit het Engels naar het Nederlands naar eigen inzicht en in overleg met derden, afkomstig uit het boek: “In their shoes, van Fernandez, Yolanda. 2002”

Marshall (2002) stelt dat er vier fasen zijn die ieder kind moet doorlopen wil het zich empathisch ontwikkelen.

Deze fasen zijn:

- Recognition of other's emotional state. Het onderkennen van een anders emotionele toestand.
- Able to see things from the other's perspective. In staat zijn om dingen vanuit een andermans perspectief te kunnen zien.
- Emotional or compassionate response. Het kunnen uiten van een emotionele reactie of een meelevende reactie naar een ander.
- Take steps to ameliorate other's distress. Het ondernemen van een actie teneinde het ongemak van de ander te verlichten.

(Bron: “Marshall, e.a. 2006)

Volgens Marshall moet een kind al deze vier fasen doorlopen om uiteindelijk empathisch te kunnen reageren met zijn omgeving. Bij incestplegers en plegers van seksueel misbruik kan het dus zo zijn dat zij deze fasen al in de vroege kindertijd niet goed hebben doorlopen.

Marshall (Marshall, in Bogaerts e.a. 2005) ontdekte een verband tussen een onveilige hechting in de kindertijd en intimiteitsproblemen bij seksuele delinquenten. Seksuele delinquenten die zich in de kindertijd onveilig aan de opvoeder hebben gehecht, vertonen minder interpersoonlijke vaardigheden en zelfvertrouwen, factoren die noodzakelijk zijn om veiligheid en intimiteit in volwassen (romantische) relaties te ervaren. Een gebrek aan volwassen (seksuele) relaties, of het onvermogen om intieme volwassen relaties aan te gaan leiden tot eenzaamheid. Dit kan de persoon er toe aan zetten om intimiteit te zoeken via deviant seksueel gedrag.

2.1.4 Achtergronden en mogelijke oorzaken die leiden tot seksueel misbruik van kinderen

Om zicht te krijgen op de reden dat incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen een tekort aan empathisch vermogen bezitten is het belangrijk om belangrijke factoren die een rol kunnen spelen in beeld te krijgen. Zij zijn niet in staat zich te verplaatsen in de belevingswereld van het slachtoffer. Maar waaraan ligt dat, welke eigenschappen in relatie tot empathische tekorten zijn kenmerkend bij incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen?

Uit een cognitieve benaderingswijze spelen cognitieve vervormingen een belangrijke rol. Ward en Keenan stellen dat cognitieve vervormingen voortkomen uit causale onderliggende theorieën die plegers hebben over zichzelf, hun slachtoffers en de wereld. Deze zogenoemde impliciete theorieën bevatten onbewuste basisovertuigingen en verlangens in de vorm van schema's die de waarneming en interpretatie van informatie sturen. Ward en Keenan (1999) onderscheiden op basis van empirisch onderzoek bij pedoseksuelen van van deze impliciete theorieën:

- Het kind als seksueel object, de basisovertuiging die hier aan ten grondslag ligt is de gedachte dat ieder mens primair wordt gemotiveerd door een verlangen naar lust. Hierbij wordt er vanuit gegaan dat een kind dezelfde seksuele verlangens hebben als volwassenen. Cognitieve vervormingen hier zijn: “het kind wil zelf seks” of “het kind kan zelf beslissen of het seks wil met een volwassene”.
- Het recht hebben op, de basisovertuiging die hier centraal staat is dat er superieure en ondergeschikte mensen zijn en dat de laatst genoemde zich dienen te schikken naar de eersten. Cognitieve vervormingen hier zijn: “Dit meisje hoort ervoor te zorgen dat ik mij beter ga voelen” of “ik ben de baas in dit gezin”
- De wereld is gevaarlijk, Hier wordt ervan uitgegaan dat mensen anderen pijn zullen doen om hun belangen te behartigen. Deze impliciete theorie kent twee varianten.

- De noodzaak om controle over andere mensen te verwerven om zichzelf te beschermen tegen de dominantie van anderen. Cognitieve vervormingen hier zijn: “zij heeft geen recht om te twijfelen aan mijn autoriteit” of “op deze manier kon ik haar straffen”.
- Kinderen zijn betrouwbaarder en beter in staat tot acceptatie dan volwassenen. Cognitieve vervormingen hier zijn: “Kinderen zijn onschuldig en goed” of “volwassenen zijn niet te vertrouwen”.
- De drang is oncontroleerbaar, de basisovertuiging is dat de wereld oncontroleerbaar en onverbiddelijk is waar geen invloed op uitgeoefend kan worden. Cognitieve vervormingen vanuit deze impliciete theorie zijn: “Het gebeurde zomaar” of “het was sterker dan ik”.
- Het slachtoffer ondervindt geen schade, hierbij wordt er gedacht dat er gradaties zijn in opgelopen schade door seksueel misbruik en dat seksuele activiteit op zich goed is en geen schade veroorzaakt bij het slachtoffer. De cognitieve vervormingen die hier veelal bij komen kijken zijn: “Dit zal haar op geen enkele wijze schaden” of “veel misbruikte kinderen houden er later niets aan over”. (Bron: Deneer e.a., 2004)

Vanuit dit cognitief oogpunt gekeken lijkt het erop dat de basisovertuigingen die ten grondslag liggen aan de impliciete theorieën bijdragen aan het ontwikkelen van een vertekend realiteitsbesef waarin de pleger vanuit zijn perspectief niets verkeerd doet en op sommige punten juist empathisch naar zijn slachtoffer toe is. Zijn beleving is immers zijn waarheid. Maar hoe komen mensen dan tot cognitieve vervormingen, wat ligt ten grondslag om zo'n verstoord realiteitsbesef te ontwikkelen?

Er bestaan meerder etiologische modellen die zich richten op mogelijke oorzaken die leiden tot het plegen van seksueel misbruik. Ik maak gebruik van het etiologisch model dat Marshall heeft ontwikkeld. De reden hiervoor is dat Marshall een model heeft ontwikkeld waarin hij het model van Ward heeft geïntegreerd, waardoor er niet alleen vanuit cognitief oogpunt gekeken wordt maar dat er ook aandacht besteed wordt aan de tekorten in de emotionele ontwikkeling van de pleger.

Aan de basis ervan staan de problematische jeugdervaringen van mannen die over gaan tot het plegen van seksuele delicten:

- problematische ouder-kind relaties
- fysiek, seksueel en emotioneel misbruik in de kinderjaren
- verwaarlozing
- inconsistente discipline
- vroege blootstelling aan pornografie

Sommige combinaties van de bovenstaande ervaringen kunnen bij plegers in spe leiden tot:

- een lage zelfwaardering
- een falende internalisering van vertrouwen, houdingen en vaardigheden om verlangens prosociaal te vervullen
- een egocentrische dispositie of een gevoel van ‘recht hebben op’

Deze ervaringen en hun samengaan problemen tijdens het opgroeien drijven de pleger in spe naar het zoeken van troost in onmiddellijke beloningen (o.a. seks blijkend uit vroege en veelvuldige zelfbevrediging) in plaats van doelen met een uitgestelde beloning. Omdat seks onmiddellijk en sterk belooft zoekt de jonge pleger in spe seks met wie dan ook, met welke beschikbare middelen dan ook. Aangezien gedwongen seks (volwassen, peer of jonger kind) geen van de vaardigheden vergt die de jonge man zich niet heeft eigen gemaakt, is het een gemakkelijke route naar zelfbevrediging en beloning die hij op een andere manier niet kan bereiken. Ook ervaringen als adolescent en volwassene tellen mee.

De theorievorming rond de oorzakelijkheid van pedoseksueel gedrag is nog volop in ontwikkeling. Een

eerste belangrijke poging om tot een omvattende theorie te komen werd gedaan door Finkelhor (1984). Finkelhore precondition model gaat ervan uit dat bij een pleger aan vier voorwaarden voldaan moet zijn om tot pedoseksueel gedrag te komen en hij heeft hypothesen opgesteld om het ontstaan van deze voorwaarden te verklaren. De eerste drie voorwaarden hebben betrekking op de drijfveer om tot seksueel contact te komen, de laatste op het overwinnen van belemmeringen om dit verlangen ten uitvoer te brengen.

De voorwaarden zijn:

1. Er moet emotionele congruentie zijn met kinderen. Dit houdt in dat een volwassene het contact met een kind als emotioneel bevredigend ervaart. De volwassene voelt zich alleen bij kinderen veilig en op hun gemak. Dit kan voortkomen uit het gevolg dat ze zelf emotioneel zijn blijven steken op het niveau van een kind dat veroorzaakt kan zijn door emotionele verwaarlozing, minderwaardigheid en traumatische ervaringen.
2. Er moet seksuele opwinding zijn naar kinderen. Deze seksuele opwinding kan ontstaan zijn door persoonlijke seksuele traumatisering, denk hierbij aan; – een te vroeg en indringend contact met pornografie, – zelf seksueel misbruikt zijn of – belangrijke seksuele ervaringen die niet door leeftijd adequate ervaringen worden opgedaan maar door fantaseren tijdens het masturberen.
3. Er moeten problemen zijn in het bereiken van volwaardig seksueel contact met een volwassene. Hierbij kunnen intimiteitsproblemen, ziekte van een partner of eenzaamheid na bijvoorbeeld een echtscheiding een belangrijke rol spelen. Angst voor volwassen seksuele partners als gevolg van traumatische ervaringen of door gebrekkige sociale vaardigheden kunnen andere factoren zijn die het leggen van volwassen relaties bemoeilijken.
4. Om het verlangen in gedrag om te zetten moeten remmingen overwonnen worden. Hiermee wordt bedoeld dat de pleger zijn gedachten tot het plegen van seksueel misbruik naar zichzelf toe kan rechtvaardigen door persoonlijke morele kwesties en remmingen te kunnen verwerpen. Alcohol- of drugsgebruik of door de seksuele drang tot een obsessie te maken door porno gebruik en excessief masturberen kunnen hierin een belangrijke rol spelen om intrinsieke remmingen te overwinnen.

(Bron: Deneer e.a., 2004)

Het zijn wellicht deze mogelijke oorzaken die er aan toe bijdragen dat incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen een empathisch te kort hebben ontwikkeld omdat er in de ontwikkeling naar volwassenheid misvattingen zijn opgedaan door irrationele overtuigingen die zich in de loop van de ontwikkeling hebben voorgedaan.

2.1.5 Samenvatting

Empathie komt van de Griekse woorden 'em' en 'patheia' die 'in gevoel' betekenen. Empathie kent vele vormen van interpretatie die allen op zich staande kenmerken van empathie met zich meebrengen maar vooralsnog niet hetzelfde betekenen als het begrip empathie in zijn pure vorm. Fernandez (2002) benadrukt dat het door de begripsverwarring er weinig bekend is over de oorsprong en ontwikkeling van ons empathisch vermogen en dat er mede daardoor respectievelijk weinig informatie is die betrekking heeft op de oorzaken van een empathisch tekort.

De studie naar empathische processen is bij zowel mensen als dieren toegepast. Bij mensen is er onderzoek gedaan om te bepalen of empathie bepaalde gedragingen die betrekking hebben tot vriendschappen, intimiteit, materialistisch behoeften, agressie, morele ontwikkeling, groepsdynamica enz. verklaard of al dan niet uitgesloten kan worden. De eerste persoon die over empathie schreef was de Schotse empirische filosoof David Hume (1711 – 1776). Eisenberg (2000) stelt dat sympathie een reactie is op wat in eerste instantie wordt opgewekt door empathie waarbij gevoelens van verdriet en bezorgdheid komen kijken als het gaat om het verdriet van een ander. Empathie, zo stelt ze, is een emotionele reactie op het welzijn van een ander dat overeenkomt of aansluit met / bij de emotionele gevoelsbeleving van die ander.

De meest invloedrijke therapeut in relatie met empathie was Carl Rogers. Rogers, wordt samen met Abraham H. Maslow als grondlegger van de humanistische psychologie beschouwd. Hij schetst dat het er bij empathie in wezen om gaat dat je in staat bent de innerlijke subjectieve wereld van een ander te kennen. Empathisch zijn, is het innerlijke referentiekader van een ander iemand accuraat waarnemen, met de emotionele componenten en betekenissen eigen hieraan, alsof men de ander is, maar zonder die ‘alsof’-conditie te verliezen.

Een kritische noot die bij belangrijk is om in acht te nemen is dat er in de relatie met empathie vaak en veel gesproken wordt over het begrijpen en het kunnen beredenering vanuit andermans referentiekaders. Er is echter geen directe kennis van de belevingswereld van een ander iemand mogelijk. Onze kennis van de belevingen van de ander construeren we op basis van onze perceptie van de ander. We gaan hierbij uit van de veronderstelling dat de ervaringen van de ander gelijkwaardig zijn aan onze eigen ervaringen, waarvan we wel directe kennis hebben. Onze kennis van de subjectieve wereld van de ander is steeds een deductie (Vanaerschot, 1990). Vanaerschot (1990) beschrijft dat het begrip empathie in vier vormen is te onderscheiden; Conceptual empathy, Self-experiential empathy, Imaginative imitation empathy en Resonant empathy.

In vroege literatuur over het empathisch vermogen van mensen word gesuggereerd dat het vermogen om andermans ‘ongemak’ te herkennen en er op te reageren zich klaarblijkelijk in een vroeg levensstadium ontwikkeld. Meer recentelijk onderzoek is dan ook gericht op de ontwikkelingslijn van empathisch vermogen bij kinderen (Ainsworth, 1973; Eisenberg, Murphy, & Shepard, 1997).

Ungerer e.a. (1990) stellen dat de rijping van dit proces in een vaste volgorde verloopt. Allereerst reageren zuigelingen vanuit een op zichzelf gerichte reflex om zichzelf aan de spanningen die het leed met zich meebrengt te kunnen onttrekken, vervolgens als het zelfregulerend vermogen van het kind zich ontwikkeld, ontwikkelen zij vaardigheden om hun aandacht af te wenden van de spanninggevendende factoren zonder daarbij de aandacht voor de omgeving uit het oog te verliezen. Bij de derde en laatste stap is het kind in staat om zijn aandacht te houden op de spanninggevendende factoren van een situatie zonder daarbij overgevoelig te raken voor die spanninggevendende factoren en is daardoor in staat om zijn aandacht op de situatie en de omgeving te bewaren.

Marshall (2002) stelt dat er vier fasen zijn die ieder kind moet doorlopen wil het zich empathisch ontwikkelen. Deze fasen zijn: Het onderkennen van een anders emotionele toestand, in staat zijn om dingen vanuit een andermans perspectief te kunnen zien, het kunnen uiten van een emotionele reactie of een meelevende reactie naar een ander en het ondernemen van een actie teneinde het ongemak van

de ander te verlichten.

Volgens Marshall moet een kind al deze vier fasen doorlopen om uiteindelijk empathisch te kunnen reageren met zijn omgeving. Bij incestplegers en plegers van seksueel misbruik kan het dus zo zijn dat zij deze fasen al in de vroege kindertijd niet goed hebben doorlopen. Marshall (Marshall, in Bogaerts e.a. 2005) ontdekte een verband tussen een onveilige hechting in de kindertijd en intimiteitsproblemen bij seksuele delinquenten. Seksuele delinquenten die zich in de kindertijd onveilig aan de opvoeder hebben gehecht, vertonen minder interpersoonlijke vaardigheden en zelfvertrouwen, factoren die noodzakelijk zijn om veiligheid en intimiteit in volwassen (romantische) relaties te ervaren. Een gebrek aan volwassen (seksuele) relaties, of het onvermogen om intieme volwassen relaties aan te gaan leiden tot eenzaamheid. Dit kan de persoon er toe aan zetten om intimiteit te zoeken via deviant seksueel gedrag. Uit een cognitieve benaderingswijze spelen cognitieve vervormingen een belangrijke rol. Ward en Keenan stellen dat cognitieve vervormingen voortkomen uit causale onderliggende theorieën die plegers hebben over zichzelf, hun slachtoffers en de wereld. Deze zogenoemde impliciete theorieën bevatten onbewuste basisovertuigingen en verlangens in de vorm van schema's die de waarneming en interpretatie van informatie sturen. Voorbeelden hiervan zijn; Het kind zien als seksueel object, het recht hebben op, de drang als oncontroleerbaar bestempelen en de wereld als gevaarlijk ervaren (welke twee varianten kent; De noodzaak om controle over andere mensen te verwerven om zichzelf te beschermen tegen de dominantie van anderen en kinderen zijn betrouwbaarder en beter in staat tot acceptatie dan volwassenen) en de cognitieve vervorming dat het slachtoffer geen schade ondervindt.

De theorievorming rond de oorzakelijkheid van pedoseksueel gedrag is nog volop in ontwikkeling. Een eerste belangrijke poging om tot een omvattende theorie te komen werd gedaan door Finkelhor (1984). Finkelhore precondition model gaat ervan uit dat bij een pleger aan vier voorwaarden voldaan moet zijn om tot pedoseksueel gedrag te komen en hij heeft hypothesen opgesteld om het ontstaan van deze voorwaarden te verklaren. De eerste drie voorwaarden hebben betrekking op de drijfveer om tot seksueel contact te komen, de laatste op het overwinnen van belemmeringen om dit verlangen ten uitvoer te brengen. De voorwaarden zijn; Er moet emotionele congruentie zijn met kinderen, er moet seksuele opwindings zijn naar kinderen, er moeten problemen zijn in het bereiken van volwaardig seksueel contact met een volwassene en om het verlangen in gedrag om te zetten moeten remmingen overwonnen worden.

2.2 Interviews

2.2.1 De pleger zelf aan het woord

2.2.1.1 Vooraf

In totaal heb ik een vijftal interviews afgenomen met incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen. Om informatie van de patiënten in te winnen heb ik voor een half gestructureerde interview vorm gekozen. Ik ben benieuwd naar hun persoonlijke ervaringen met betrekking tot het ontwikkelen van empathisch vermogen binnen de beeldende therapie. Daarbij heb ik zoveel mogelijk open vragen gesteld om zoveel mogelijk informatie te krijgen. Daar waar nodig heb ik het gesprek terug geleid naar het interview onderwerp. Bij het schrijven van deze uiteindelijke samenvatting heb ik zoveel mogelijk vanuit het perspectief van de patiënten geschreven, daarbij maak ik gebruik van hun eigen bewoording. Voor de volledige samenvattingen van de interviews verwijs ik u door naar deel IV, bijlage I van dit schrijven.

2.2.1.2 Samenvatting

Opmerkelijke overeenkomsten zijn:

- Het doel van de beeldende therapie. Volgens de patiënten is het doel, inzicht krijgen in het delict, de eigen gevoelsbeleving en de gevoelsbeleving van het slachtoffer. Om dat doel te kunnen bereiken stellen de patiënten dat de beeldende therapie aan de volgende voorwaarden moet voldoen:
- De totstandkoming van opdrachten. Drie van de vijf patiënten geven aan dat zij het belangrijk vinden dat zij mee kunnen denken over een opdracht. Dat zij in samenspraak met de beeldend therapeut een opdracht kunnen formuleren. Dit zorgt er volgens de patiënten voor dat zij meer verbinding voelen met hun werk. Hierdoor geven zij aan dat zij beter in staat zijn om stil te staan bij de gevoelens van het slachtoffer.
- De houding van de therapeut. Deze speelt een bepalende rol volgens alle vijf patiënten. De beeldend therapeut moet voldoende uitnodigen en van tijd tot tijd confronteren, dit is nodig omdat drie van de vijf patiënten aangeven dat het risico bestaat dat zij het nut van de therapie niet inzien en dat zij sociaal wenselijk kunnen gaan reageren en maar doen wat er van hun gevraagd wordt zonder daarbij stil te staan bij hun eigen proces, laat staan het proces van de slachtoffers.
- Opbouw en verloop van het beeldend proces. Patiënten geven aan dat zij in het begin van de algehele behandeling in een roes verkeren waarbij ze gevoelens van onzekerheid hebben omdat ze niet weten wat hun te wachten staat binnen de behandeling en daarbuiten. Twee van de vijf geven aan dat zij in het begin van de therapie wel meededen maar dat er maar vrij weinig bij hen binnen kwam. Alle vijf patiënten vertellen dat zij eerst in contact moeten komen met hun eigen gevoelens, dat zij zicht moeten ontwikkelen op wie zij zelf zijn omdat ze daar voorafgaand vaak nooit bij zichzelf stil hebben gestaan. De beeldende therapie biedt volgens de patiënten de ruimte om vanaf een veilige afstand naar zichzelf te kunnen kijken doordat zij het werkstuk tussen zichzelf en hun verhaal in hebben staan. Hierdoor ervaren patiënten ruimte in zichzelf om na verloop van tijd voorbij de negatieve consequenties voor zichzelf te kunnen kijken maar beginnen ook stil te staan bij de consequenties van hun delicten voor hun slachtoffers.
- Materiaalkeuze. Drie van de vijf patiënten geven aan dat de keuze van het materiaal een belangrijke afweging moet zijn van de beeldend therapeut omdat het materiaal op een dusdanige manier het beeldend proces positief dan wel negatief kan beïnvloeden. Twee patiënten geven aan dat zij een tijd in een impasse hebben gezeten omdat ze met een bepaald type materiaal aan het werk waren waar zij het nut niet van inzagen. De aandacht van de

patiënten ging uit naar de worsteling met het materiaal en de weerstand naar de beeldende therapie nam toe. Dit heeft ervoor gezorgd dat zij naar hun gevoel totaal niet bezig waren met een therapeutische behandeling. Dit veranderde nadat zij met een ander materiaal gingen werken. Dit materiaal was veel concreter en sprak veel meer tot de verbeelding van de patiënten. Hierdoor bleken zij beter in staat om contact te maken met hun eigen emoties en de emoties van de slachtoffers. Een ander belangrijk element is dat mede hier uit voortkomt is dat het materiaal de patiënten in staat stelt enerzijds in kleine vooral veilige stapjes steeds iets meer naar zichzelf toe te openbaren en anderzijds zichzelf erdoor laten confronteren wanneer zij aan thema's werken waar een hoop schaamte bij komt kijken, het is nodig om schaamte en eigen verdriet te overwinnen om tot empathie te kunnen komen.

- **Evaluatiemomenten.** Al de patiënten zijn het erover eens dat evaluatiemomenten een belangrijk onderdeel tijdens de beeldende therapiesessies zijn voor het ontwikkelen van empathisch vermogen. Het stelt de patiënten in staat om naar elkaar te kunnen kijken en na aanleiding van het gepresenteerde werkstuk elkaar te bevragen. Patiënten geven aan dat zij tijdens deze momenten met elkaar meeleven en zich kunnen invoelen hoe de ander zich moet voelen, als reden hiervoor geven de patiënten, dat zij een gemeenschappelijke deler hebben waardoor zij soortgelijke ervaringen hebben. De houding van de beeldend therapeut tijdens deze momenten is cruciaal, dit om de patiënten stil te laten staan bij wat zij op het moment voelen en ook inzichtelijk te maken dat zij voorbij moeten gaan aan hun eigen leed en worden stilgezet bij het leed van de slachtoffers.
- **Groepsdynamica.** De patiënten benoemen dat naar hun idee groepstherapie een belangrijke bijdrage levert aan het ontwikkelen van het empathisch vermogen. Een aantal patiënten benoemd expliciet dat zij moeite hebben om hun inwendige beleving met anderen te delen. Het gegeven dat zij in een groep zitten met 'gelijk-gestemden' draagt er toe bij dat de patiënt zichzelf meer ruimte permitteert om te experimenteren met het zichzelf openstellen naar anderen toe. Dit heeft tot gevolg dat de patiënten zowel positieve als negatieve ervaringen opdoen wanneer zij zich openstellen. Hoe anderen reageren op degene die zich uit is van belang voor de eigenwaarde van de patiënt. Maar belangrijker daarbij is dat het uiten van gevoelens zorgt voor een gevoel van inwendige opluchting. Patiënten merken dat door de opluchting die ontstaat dat zij wat meer stil gaan staan bij wat er om hun heen gebeurt. Door tijdens de beeldende therapie gezamenlijk aan groepsopdrachten te werken oefenen de patiënten op elkaar om zichzelf te leren verplaatsen in de medepatiënt. Op deze manier leren de patiënten zich ook meer te verplaatsen in de belevingswereld van een ander en zijn zij afhankelijk van het therapeutische proces in staat om zich te verplaatsen in de gevoelsbeleving van de slachtoffers.
- **Opdrachten.** De ondervraagde patiënten benoemen een aantal opdrachten die zij tijdens de beeldende therapie hebben gekregen die naar hun idee bijdragen aan het ontwikkelen van slachtoffer-empathie. Deze opdrachten zijn:

Collage-opdrachten	Klei-opdrachten	Schilder-opdrachten	Teken-opdrachten	Steen-opdrachten
'Gevoelens van het slachtoffer'	'Het beest in mij'	'Het levensboek'	'Het levensboek'	'De gift met brief'
'Hoe kijk ik naar de wereld en hoe kijkt de wereld naar mij'	'De daad'	'Emoties in beweging'	'Elkaar natekenen'	
'Daderschap'				

Voor een uitgebreide uitleg over de opdrachten verwijs ik u door naar Deel IV, bijlage III van dit schrijven.

2.2.2 De beeldend therapeut aan het woord

2.2.2.1 Vooraf

Tijdens het afnemen van de interviews met de beeldend therapeuten heb ik ervoor gekozen om de volgende onderwerpen te bespreken om zo op een gestructureerde manier een beeld te krijgen over specifieke kenmerken van de doelgroep en de manier waarop er binnen de beeldende therapie gewerkt wordt aan het ontwikkelen van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen. De onderwerpen die aan bod zijn gekomen zijn:

- *Opvallende kenmerken rondom de doelgroep*
- *Belang van het ontwikkelen van het empathisch vermogen bij de doelgroep*
- *Traject binnen de beeldende therapie om empathie te ontwikkelen*
- *Aandachtspunten binnen dat traject*
- *Werkvormen*
- *Materiaalkeuze*
- *Therapeutische houding*
- *Oprecht empathisch versus zelfmedelijden*
- *Groepsbehandeling versus individuele behandeling*
- *Groepsdynamica als middel om het empathisch vermogen van de doelgroep te ontwikkelen*
- *Onmogelijkheden van het medium om empathie te ontwikkelen*

In de samenvatting zal ik gebruik maken van de termen BT 1, BT2, BT 3, deze staan voor beeldend therapeut 1,2 en 3.

2.2.2.2 Samenvatting

- *Opvallende kenmerken rondom de doelgroep*

BT 1	Er is een bepaald soort gedrag waar overeenkomsten in zitten bij de zedendeliquenten. En dan heb ik het bijvoorbeeld over wat ze noemen cognitieve vorming. Zo is de cognitieve vorming bij zeden vaak dat ze het delict bagatelliseren, zeggen dat het slachtoffer het ook wilde of het niet erg vond. Verdere problematiek is vaak ook wel overeenkomstig, het gaat vaak over faalangst, minderwaardigheidsgevoelens en als je kijkt naar de oorzaken zie je vaak en hele symbiotische band met de moeder. Vaak hechtingsproblematiek, dat zijn overeenkomsten. Dus gedrag, oorzaak en problematiek, in die categorie zitten wel aardig wat overeenkomsten.
BT 2	Patiënten die starten met de beeldende therapie zijn voornamelijk op zichzelf gericht zien de ander zoals ze zichzelf zien. Ze zijn niet in staat om differentiatie te maken met de belevingswereld van een ander. De beeldend therapeut heeft het idee dat zij een beeld hebben dat de wereld om hun draait en daarbij niet in staat hoeven te zijn om rekening te houden met de gevoelens en ideeën van anderen. Daarbij hebben ze wel de ander nodig om te krijgen wat zij willen. Wat je daarbij ziet is dat zij vanuit een egoïstische beweegreden zich heel erg behulpzaam opstellen en erg op anderen zijn gericht. Hierbij zijn zij erg sociaal wenselijk, wat erg beklemmend op een ander kan overkomen dat zij vervolgens zelf niet doorhebben. Een ander kenmerk dat de beeldend therapeut bij de doelgroep ziet is een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Wat kenmerkend is voor deze groep is dat zij in een overtuiging leven dat ze het slachtoffer niet veel leed hebben toe berokkend. Zij denken dat het slachtoffer het prettig vond en dat het slachtoffer zelf op de dader afkomt en de seksuele handelingen vrijwillig ondergaat. Zij hebben niet in de gaten wat hun eigen aandeel hierin is, dat zij bijvoorbeeld het slachtoffer zo manipuleren om gedaan te krijgen wat zij willen. In hun ogen dragen zij dan ook geen enkele verantwoordelijkheid voor wat zij het slachtoffer hebben aangedaan. Zij horizontaliseren het slachtoffer vaak met zichzelf. Hiermee wordt bedoeld dat

	zij het kind zien als een kleine volwassene die ook als een volwassene behandeld kan worden. Er wordt hierbij vanuit gegaan dat zij op seksueel gebied dezelfde gevoelens en behoeften hebben als ieder andere volwassene.
BT 3	Cliënten die net starten met de beeldende therapie zijn in eerste instantie erg op zichzelf gericht en kennen vertonen kenmerken waardoor zij niet in staat zijn om zich in te leven in de gevoelsbeleving van het slachtoffer. Overeenkomsten tussen cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die de beeldend therapeut vaak terug ziet bij de cliënten zijn, gevoelens van onmacht waarbij de cliënt zichzelf vrijpleit omdat vaker of regelmatig hij in zijn ogen niet anders kon handelen denkfouten/ goedpraters. Daarbij komen ook veel vermijdende kenmerken kijken. Een ander kenmerk dat genoemd wordt is egozwakte van plegers het zwakke ego dat sommige plegers hebben. Cliënten hebben vaker een erg laag zelfbeeld waardoor zij leeftijdsgenoten boven zichzelf plaatsten, niet mee kunnen komen en daardoor het idee hebben dat zij makkelijker een gelijkwaardige afstemming bereiken bij kinderen. Cliënten voelen zich vaak miskend en onbegrepen en zijn makkelijk krenkbaar zijn. De wereld is fout, de wereld begrijpt mij niet en ik heb niets verkeerd gedaan, zijn uitlatingen die goed bij deze groep passen.

- *Belang van het ontwikkelen van het empathisch vermogen bij de doelgroep*

BT 1	Ik denk dat het een belangrijk stuk is dat aandacht vraagt omdat het terug vallen in delicten anders wel groot is, groter is dan als je het niet doet, dat is wat ik denk. Maar bewijs heb ik niet, maar als kijkt, dan zijn er meer onderdelen, het is niet alleen het empathische deel maar ze moeten ook empathisch naar zichzelf zijn en niet alleen naar het slachtoffer. Als ze geen contact maken met hun eigen gevoel kunnen ze ook niet naar een ander empathisch zijn. Dus dat is wel een beetje de denk wijze en er zijn verschillende meningen over aangedaan.
BT 2	Het belang van slachtoffer-empathie is dat als de pleger gaat inzien dat een ander schade heeft geleden door zijn toedoen en daarbij hun daden onder ogen komen dat dit afschrikt en zal leiden tot een innerlijke motivatie om dit niet meer te willen.
BT 3	Het ontwikkelen van het empathisch vermogen bij incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen is volgens de beeldend therapeut om meerdere redenen belangrijk. Het is belangrijk dat de cliënt inziet dat de wereld niet alleen om hun draait. Er is verschil en onderscheid tussen eigen en andermans behoeften! Maar dat er naast het bestaan van hun eigen gevoelens en behoeften ook mensen leven die dat ook hebben en op een geheel eigen wijze daar invulling aan willen geven en dat dit niet altijd overeenkomt met de wensen van de pleger. Dit heeft als doel dat de cliënt rekening leert houden met anderen en daarbij geen grensoverschrijdend gedrag vertoont. Door af te leren stemmen op de belevingswereld van een ander gaan plegers ook merken wat de gevolgen van hun eigen gedrag zijn voor een ander. Zij leren op die manier zich in te leven in de ander en betekenis te geven aan hun eigen gevoel en aan het gevoel van een ander.

- *Traject binnen de beeldende therapie om empathie te ontwikkelen*

BT 1	Ik hou in de beeldende therapie aan dat ze eerst gaan ontdekken wie ze zijn, ook voor mij om te kijken of er fundamenteen zijn om een behandeling op te zetten. En dan hebben we het over fundamenteen in gevoelsmatige en rationele zin. Daarnaast of er kennis is en is deze te ontwikkelen. En dan hebben we het over ervaringskennis en inzicht, gevoelsmatig inzicht ook. En als dat haalbaar is dan kun je uiteindelijk ook naar het delict gaan en daarna het empathisch vermogen. Dus dat is de volgorde die ik aanhoud, dus eerst zelfkennis dan delict kennis (bestaat uit een driedeling: delict als dader, hoe heb je het beleefd en hoe was het voor het
------	---

	slachtoffer) en dan het ontwikkelen van het empathische vermogen en dan met name naar het slachtoffer.
BT 2	Slachtoffer-empathie speelt nog geen groot onderdeel binnen de beeldende therapie. De aandacht ligt met namen op het uitdiepen van de seksuele fantasieën, lustgevoelens en seksuele voorkeuren zodat het inzichtelijk voor de patiënten wordt hoe zij functioneren en waar denkfouten liggen. Het werken naar slachtoffer-empathie toe binnen de afdelingstherapieën niet goed mogelijk is omdat in deze setting gemengde delicten zijn. Het is dan erg moeilijk om 'in te zoomen' op een pedofilie-delict omdat de patiënten vaak niet van elkaar weten wat hun delicten zijn en pedofielen over het algemeen niet populair zijn onder medepatiënten. Er wordt dan algemener aan empathie gewerkt. Het gaat dan wel over inleven in de ander, rekening houden met grenzen van een ander en het adequaat stellen van eigen grenzen, dit heeft indirect overlap en raakvlakken met slachtoffer-empathie.
BT 3	De manier waarop ik binnen de beeldende therapie werk aan het ontwikkelen van het empathisch vermogen van de cliënten gebeurt in groepsverband. Cliënten werken of individueel aan een opdracht binnen de groep of er worden groepsopdrachten aangeboden waarmee cliënten oefenen met het invoelen in de ander. De aandacht binnen dit proces ligt in eerste instantie op de gevoelsbeleving van de cliënt zelf. Hierin zet hij zichzelf centraal en komen alle voor de cliënt belangrijke aspecten aan bod. De cliënt leert, als het ware door stil te staan bij zichzelf, zijn eigen belevingswereld te onderzoeken, in beeld te brengen, hierdoor zichzelf beter kennen en dat vervolgens op een adequate manier onder woorden te brengen. Vervolgens verschuift de aandacht naar 'de cliënt en anderen'. De cliënt gaat in deze fase zichzelf naast / met anderen onderzoeken. Hierbij leert hij kijken hoe hij zich verhoudt ten opzichte van andere mensen en of zijn beeld klopt met de manier waarop anderen hem ervaren. In een laatste fase wordt de cliënt zelf als onderwerp uit het proces gehaald en wordt 'de ander' centraal gesteld. In deze cyclus wordt het slachtoffer al vroegtijdig betrokken in het proces zodat de cliënt verbinding leert leggen tussen zijn eigen handelen en gedrag en de gevolgen die deze voor het slachtoffer heeft.

- *Aandachtspunten binnen dat traject*

BT 1	Binnen de beeldende therapie gaat het niet alleen over inzicht krijgen in het delict maar eigenlijk vooral over doorwerken. Soms hebben mensen veel inzicht maar blijft het daar steken en zeker het doorwerken vind ik heel belangrijk. De doelgroep is ook wel wat verschoven, we krijgen tegenwoordig veelal minder intelligente mensen in de behandeling. Het verkrijgen van inzicht begint dan ook wel iets anders te liggen en het gaat dan vooral om doorwerken. Het verschil tussen de twee is dat inzicht meer cognitie en doorwerken gaat over doen, handelen en ervaren. En dan heb je de beeldende handeling heel hard nodig en ook de ordening en het eigen maken van de materie met als doel het leren dragen van hun verantwoordelijkheid. Dat is ook onze taak voor de maatschappij, dat de patiënten terug keren in de maatschappij en verantwoordelijkheid kunnen dragen en zonder een nieuw delict te plegen. Binnen de beeldende therapie probeer ik dat te bewerkstelligen door mensen hun verantwoordelijkheid te laten voelen, je mag hopen dat er schuld en schaamte gevoel om de hoek komt kijken. Want dat weerhoudt mensen om opnieuw een delict te plegen. Dus enerzijds moet je empathie ontwikkelen en anderzijds schuld en schaamte gevoel. Dat is een beetje de grote lijn wat je doet.
BT 2	De werkvormen die ingezet worden zijn afgemeten aan de persoonskenmerken van een patiënt. Bij bijvoorbeeld patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis is het belangrijk om in eerste instantie de stoornis te gaan bewerken omdat de patiënten anders niet in staat zullen zijn om zich te verplaatsen in de gevoelens van het slachtoffer en het te dragen

	van verantwoordelijkheid voor hun daden omdat zij vanuit de stoornis in hun ogen het niet verkeerd hebben gedaan. Opdrachten die de beeldend therapeut hier inzet zijn opdrachten die gericht zijn op het maken van contact en het zelfbeeld van de patiënt. Hierdoor wordt het narcisme 'wat losgeweekt'. Dit is belangrijk omdat er vaak onder de narcistische stoornis een gevoel van minderwaardigheid ligt dat door het aannemen en aanleren van andere gewoontes wordt overcompenceerd. In de werkwijze van de patiënt is dit vaak terug te zien in het perfectionistisch willen werken, precies de regels opvolgen en naar anderen toe uitstralen dat hetgeen wat hij doet fantastisch is. Zodra je de patiënten vraagt om meer vanuit zichzelf te werken, wat abstracter of meer met toevalstechnieken dan merk je dat ze dit erg eng en spannend vinden. De controlebehoefte is erg sterk aanwezig. Door opdrachten aan te bieden waarbij ze 'gedwongen' zijn om dit meer los te laten en zich meer over te leveren aan de grenzen van materialen worden patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis geconfronteerd met zichzelf en leren zij zich kwetsbaarder opstellen.
BT 3	Het is belangrijk om zich af te stemmen op afstemming te vinden in het vermogen van de cliënt. De cliënt wordt voldoende ruimte geboden om empathisch naar zichzelf te worden alvorens je de stap naar het slachtoffer en indirecte slachtoffers toe kunt maken. Als cliënten niet in hun eigen spiegel durven kijken dan is het lastig vanuit echtheid en oprechtheid empathisch te reageren naar een ander. Anderzijds prikkelt, stimuleert de therapeut om hem in te laten zien dat er naast zijn eigen belevingswereld ook nog een wereld vol belevingswerelden van anderen bestaat die de cliënt niet uit het oog dient te verliezen. Het doen en handelen staan centraal binnen de beeldende therapie, het is een ervaringsgerichte vorm van behandeling waarmee cliënten door middel van beleving contact leren maken met hun eigen gevoelens en de gevoelens van een ander. De koppeling om het naast te ervaren ook te begrijpen wordt bewerkstelligt door evaluatiemomenten. Op deze momenten wordt er betekenis gegeven aan het proces en het werkstuk en worden onderbelichte aspecten van een werkstuk besproken. Een zogeheten procesevaluatie: bijvoorbeeld, hoe heeft de cliënt gedurende de opdracht gewerkt, waar liep hij tegen aan en hoe is hij hier mee omgegaan.

- **Werkvormen**

BT 1	Fase zelfkennis: Vreemde vogel, wie ben ik?, landschapschilderij Fase delict kennis: Het beest en wat heb je gedaan? Fase empathie: Collage over hoe het slachtoffer zich heeft gevoeld ten tijde van het delict, kaart voor het slachtoffer, een gift met brief maken voor het slachtoffer
BT 2	Ik werk met teken- en schilder-opdrachten, met collage-opdrachten, klei-opdrachten en samenwerkingsopdrachten om empathische processen op gang te brengen. Voorbeelden zijn: een foto van het delict tekenen, gevoelens die het slachtoffer ten tijde van het delict gevoeld moet hebben
BT 3	Voorbeelden van opdrachten die de beeldend therapeut inzet om het empathisch vermogen van de patiënten te ontwikkelen zijn: Kijken en bekeken worden, Kleibakken met daarin natte klei, Het verhaal

* voor een uitgebreide beschrijving van de werkvormen verwijs ik u naar Deel IV, Bijlage III van dit schrijven.

- **Materiaalkeuze**

BT 1	Materiaalkeuze is erg belangrijk, als je heel erg handelings- en ervaringsgericht gaat werken dan heeft pastelkrijt bijvoorbeeld een heel andere uitwerking dan wasco en bij het uitwerken van de vier basis emoties, is het heel belangrijk om daar een juist materiaal voor te kiezen,
------	---

	maar ik moet eerlijk zeggen dat ik daar de laatste tijd mij minder mee bezig houdt dan eerst, ik merk bijvoorbeeld dat het werken met verf ook een goed materiaal is om emoties mee uit te werken. Ik let voornamelijk op de kleur en de beweging die gemaakt worden, ik zie daarin momenteel veel meer potentie in voor de werking van een werkstuk. Ik vind het wel belangrijk om een scheiding te maken tussen het aanbieden van ruimtelijk werken en werken op plat vlak. Als ik patiënten aan het werk zet met emoties dan laat ik ze daarbij liever op plat vlak werken, dat is het vertrekpunt. Als ik dan merk dat er bijvoorbeeld veel boosheid bij komt kijken dan laat ik ze vaak die boosheid uitwerken in materiaal als bijvoorbeeld klei. De appélwaarde waarde daarvan is de kleuren die ontstaan van de verf, de sensopatische werking van klei en de bewegingen van de kwast gericht zijn op de innerlijke dynamiek. Innerlijke dynamiek heb je bij zedendelinquenten heel hard nodig, dat zorgt ervoor dat wat zich zo verborgen houdt, ingesloten houdt, de verborgen agenda die voor hun zelf ook vaak verborgen is, dat je die open legt waardoor ze er een stukje grip op krijgen en een stukje verwerking en dat je dan daarmee het probleem oplost, laat verdwijnen en / of dat ze daar controle op krijgen.
BT 2	Het materiaal dat hierbij ingezet wordt is van belang. Materiaal als bijvoorbeeld pastel-krijt is door zijn eigenschappen en samenstelling goed geschikt om composities krachtiger en met meer diepgang op papier neer te zetten. Dit spreekt de gevoelsbeleving dan weer beter aan.
BT 3	De materiaalkeuze van een opdracht speelt een even belangrijke rol als het formuleren en het aanbieden van een opdracht. Ik zet vooral sensopatisch materiaal in. Dit zijn materialen als bijvoorbeeld: klei, vingerverf en krijt. Deze materialen doen een appel op de gevoelsbeleving door de samenstelling en de eigenschappen ervan. Het doen en handelen staan centraal binnen de beeldende therapie, het is een ervaringsgerichte vorm van behandeling waarmee patiënten door middel van beleving contact leren maken met hun eigen gevoelens en de gevoelens van een ander en het inzetten en afstemmen van materiaal is onder meer daarom een belangrijke factor.

- *Therapeutische houding*

BT 1	Ik laat ze gedurende het proces meer meedenken, dat ik ze zelf opdrachten meer op maat laten maken, ze weten zelf vaak goed aan te geven wat het beste bij hun past om mee aan het werk te gaan. Ik geef ze dan een onderwerp maar probeer ze zoveel mogelijk daarbinnen het op een eigen manier uit te laten werken. Op die manier voelen zij zich ook meer de drager van hun proces. Ik bespreek dit alles wel met ze, het is niet dat ze daar volledig de vrije hand in hebben, ik stel wel veel waarom vragen. Ik wil weten wat de motivatie is om op een bepaalde manier aan een onderwerp te gaan werken. Daarbij stem ik gedurende het proces af op het vermogen van de patiënten, het intellectuele vermogen, het vermogen met affiniteit met beeldend, dan hebben we het over de tijd die iemand binnen de behandeling nog heeft.
BT 2	Aan het begin van een behandeling is mijn houding met name steunend maar verschuift gaande weg naar re-educatief of supportief. Ik luister naar het verhaal van de patiënt en probeert vanuit zijn situatie respectvol met hem om te gaan. Er wordt ruimte geboden voor waarin de patiënt in eerste instantie zichzelf centraal kan stellen. Dit houdt niet in dat zij voorbijgaat aan de ernst van het delict maar dat er ruimte geboden wordt om stil te staan bij de gevolgen die het plegen van het delict voor de patiënt heeft en welke gevoelens komen daarbij kijken. Daarna wordt er vrij snel de overstap gemaakt naar het slachtoffer. Welke gevolgen heeft het voor het slachtoffer en welke gevoelens komen daarbij kijken. De patiënt wordt middels beeldende opdrachten geconfronteerd met zijn handelen en hierop aangesproken. Aan het einde van een sessie wordt de therapie nabesproken, er wordt gekeken hoe de patiënt gewerkt heeft en welke gevoelens daarbij zijn komen kijken. Onderbelichte onderwerpen worden in het licht gesteld door er dieper op in te gaan.

BT 3	Mijn houdingsaspecten zijn gedurende de behandeling afgestemd op het appel en de mogelijkheden van de cliënt. Dit varieert tussen supportief, directief, ondersteunend en inzichtgevend. Het is maar net welke aanpak de cliënt nodig heeft, bij cliënten met een laag zelfbeeld werkt de beeldend therapeut op een meer supportieve / ondersteunende werkwijze en de cliënten met bijvoorbeeld narcistische kenmerken vragen om een meer directieve werkwijze.
------	---

- *Oprecht empathisch versus zelfmedelijden*

BT 1	Objectief meten is altijd erg moeilijk, maar ik hoop dat ik op basis van mijn intuïtie, mijn ervaringen met de doelgroep en mijn kennis voldoende kan aanvoelen wanneer iemand oprecht is en wanneer niet. Er zijn wel elementen waarvan je kunt zeggen Héé, hier heb je iemand die doorleeft kan voelen wat hij het slachtoffer heeft aangedaan en of wanneer iemand dat nog ontbreekt. Dat merk je aan de manier waarop iemand bezig is of dat hij in de brief niet de juiste woorden heeft. Het gaat erin de brief om dat het duidelijk word dat het niet langer om degene gaat die de brief heeft geschreven maar dat de aandacht ligt bij het slachtoffer in plaats van bij zichzelf. Dat zou je kunnen zien als graadmeter in werkstukken om af te lezen of iemand empathisch handelt of niet. Als er in de brief nog veel elementen zitten die over de dader zelf gaan dan weet je dat hij toch nog meer met zichzelf bezig is dan met zijn slachtoffer.
BT 2	Het is lastig om expliciet en concreet iets te benoemen waarmee aan te tonen is dat een patiënt zich oprecht empathisch opstelt. Het is meer een gevoel dat ik heb bij patiënten. Als je een patiënt langere tijd meemaakt dan leer je hem binnen dat tijdsbestek ook beter kennen door hem te observeren en door met hem te werken en door de feedback die vanuit het multidisciplinaire team terugkrijgt. Je ontwikkelt zicht op de gewoontes en kenmerken van de patiënten die je op den duur in staat stellen om een goede inschatting te kunnen maken wanneer iemand oprecht is en wanneer je iets wordt voor gehouden dat er mooier uit ziet dan dat het in werkelijkheid is.
BT 3	Ik denk dat ik niet een eenduidig afgemeten antwoord hierop kan geven, als je met mensen werkt en je wilt een empathische ontwikkeling meten dan komt het aan op mijn eigen intuïtie en mijn deskundigheid die ik door de loop der jaren heb ontwikkeld. Wat concreet genomen opvalt zijn gedragsmatige kenmerken en houdingsaspecten van de patiënten waar een verandering in waar te nemen is. Door patiënten lang in therapie te hebben leer je ook hun eigenaardigheden herkennen, als zij tijdens een evaluatie waarbij de gevoelens van het slachtoffer centraal staan voornamelijk over zichzelf en hun eigen lasten blijven praten dan zegt mij dat iets over hun empathisch vermogen, pas als de aandacht merkbaar verschuift naar de gevoelens van het slachtoffer, kun je voorzichtig aan interpreteren dat de patiënt bewuster wordt van wat zijn gedrag een ander heeft aangedaan en zich empathisch aan het ontwikkelen is.

- *Groepsbehandeling versus individuele behandeling*

BT 1	Ik ben nooit een voorstander geweest van individuele behandeling bij deze doelgroep want dan zijn er kansen om te ontglippen veel groter. En de schaamte kan dan zo groot worden dat het onthullen bijna niet mogelijk is. Er zijn natuurlijk wel uitzondering waarbij groepsbehandeling moeilijk zal zijn zoals bijvoorbeeld mensen met een autistische stoornis, dat maakt de prognose niet echt gunstig. Bij mensen met een autistische stoornis is de kans op terugval veel groter. Ik zou dan alsnog voorstander zijn van een start in een groepstherapie en dat wellicht niet helemaal doorlopen maar in ieder geval het delict uitwerken in een groepsbehandeling en dan terug gaan naar individuele therapie. En dan individueel doorgaan
------	---

	op de fundamenteën om de draagkracht wat te vergroten. Bij dat soort cliënten zou ik me veel meer richten op de interactie en dan het delict gedrag in de interactie brengen.
BT 2	Over het algemeen start iedereen met groepsbehandeling maar in sommige gevallen wordt er individueel gewerkt. Dit gebeurt op indicatie. Als bijvoorbeeld een patiënt niet in staat is om binnen een groep te functioneren of omdat een patiënt een autistisch verwante stoornis heeft of vanwege een onderwerp dat te gevoelig ligt om in de groep te bespreken, bij de laatste kun je denken aan seksuele delicten.
BT 3	Het ontwikkelingsniveau en de ernst van de stoornis spelen een grote rol in het wel of niet kunnen ontwikkelen van het empathisch vermogen. Als er sprake is van een laag ontwikkelingsniveau of bijvoorbeeld sprake is van een autisme verwante stoornis dan wordt daar de methodiek/ aanpak keuze van behandeling op afgestemd. Zo wordt er een keuze gemaakt of een cliënt in aanmerking komt voor groepstherapie of dat hiervoor een contra-indicatie is en dat het beter is om de cliënt een individueel behandeltraject aan te bieden.

- *Groepsdynamica als middel om het empathisch vermogen van de doelgroep te ontwikkelen*

BT 1	Groepsbehandeling draagt zeker bij aan het ontwikkelen van het empathisch vermogen omdat ze vaak zelf ook slachtoffer zijn kan je dat inzetten, al zijnde weten hoe het voelt om seksueel misbruikt te zijn en het bagatelliseren van het delict, daarin is inzet van de groep ook heel belangrijk, die weten precies wanneer iemand de ernst van het delict probeert te ontlopen en kan daarin een hele confronterende houding in aannemen, dat is een heel belangrijk stuk.
BT 2	Binnen de setting waarin ik werkzaam ben is het slechts beperkt mogelijk om aan slachtoffer-empathie te werken, pedoseksuele delicten liggen erg gevoelig bij de populatie. Binnen de beeldende therapie wordt er wel geoefend met het in elkaar proberen in te leven. Groepsproces is daarin in ieder geval wel belangrijk.
BT 3	Het groepsproces speelt volgens de beeldend therapeut een belangrijke rol als het aankomt op het ontwikkelen van het empathisch vermogen. Met 'gelijkgestemden' is het voor de cliënt vaak makkelijker om zichzelf te laten zien en op spreekwoordelijke manier 'kleur te bekennen' of 'met de billen bloot' gaan. In groepsproces worden zij uitgedaagd om de interactie te stimuleren en te bewerkstelligen met elkaar aan te gaan'. 'Interactie' is vooral bij zedendelinquenten een moeilijk onderwerp. Binnen de groep worden rolverdelingen en patronen, interpretaties objectief en subjectieve beleving, zichtbaar gemaakt en besproken. In het medium komen de cliënten elkaar tegen, soms word er een wedstrijdelement aan een opdracht toegevoegd om interactie of patronen zichtbaar te maken of te versterken. Het gedrag dat in het groepsproces naar voren komt wordt vervolgens besproken en / of uitgewerkt in het medium. Hierbij wordt herkenning van analoge processen in het dagelijkse leven worden besproken. Op deze manier leren cliënten zichzelf maar ook anderen beter kennen en worden zij uitgedaagd om zich te verplaatsen in de ander. Dit is onder andere de kracht van de groep.

- *Onmogelijkheden van het medium om empathie te ontwikkelen*

BT 1	Soms zit het wat indirecte karakter wat in de weg, als je bijvoorbeeld naar dramatherapie kijkt dan is het veel makkelijker om het empathisch vermogen te ontwikkelen, je hebt dan iemand tegenover je waar je op in moet spelen en daar spelen ze veel directer in op de gevoelens van een ander. Bij beeldend zit het medium er tussen en dat is daardoor een stuk indirecter. Ik kan niet echt zeggen dat het echt een nadeel is maar wel dat het een andere ingang heeft die voor een hoop patiënten moeilijk kan zijn. Wat ik met beeldend wel goed kan benutten als het gaat om empathie, dan is dat wel het voorstellen om je in te leven in het slachtoffer en dan met
------	--

	name opdrachten als de gift met de brief vindt ik daarvoor wel een heel geschikt middel voor om juist dat soort empathie te ontwikkelen. Maar bij drama kun je veel beter middels interactie empathie leren ontwikkelen, leren afstemmen en inspelen op de ander. Dit aspect kun je ook niet echt ondervangen met groepsopdrachten, want soms is het toch hardnekkiger, dan leren ze zich wel in een ander te verplaatsen maar nog niet echt in het slachtoffer. Dan blijft het lustgevoel en het machtsgevoel ongezien.
BT 2	Onmogelijkheden die de beeldende therapie kent om te werken aan het empathisch vermogen van de incestplegers en de plegers van seksueel misbruik van kinderen hebben betrekking op de randvoorwaarden om aan de beeldende therapie deel te nemen zoals patiënten die rand-psychotisch zijn of patiënten die gevoelsremmende medicatie gebruiken. Middels het medium zie ik tot nu toe nog geen beperkingen.
BT 3	Het beeldend medium kent ook nadelen volgens de beeldend therapeut. De confronterende werking van een werkstuk kan ook leiden tot grote weerstand. Het in beeld brengen van onderwerpen kan cliënten soms op een dusdanige manier in de weg gaan zitten dat zij blokkeren. Dit kan gedurende lange periode de therapie in weg blijven zitten. Hier stellen cliënten elkaar vaak in gerust door herkenning te benoemen . Cliënten leren van en door elkaar.

Deel III: Conclusies & Aanbevelingen

3.1 Beantwoorden deelvragen

1. Wat wordt binnen de bestaande literatuur verstaan onder het empathisch vermogen?

Sec genomen komt empathie van de Griekse woorden 'em' en 'patheia' die 'in gevoel' betekenen. Er bestaan vele definities van de term die zorgen voor verwarring over wat nu de precieze betekenis van empathie is. Fernandez (2002) benadrukt dat het door de begripsverwarring er weinig bekend is over de oorsprong en ontwikkeling van ons empathisch vermogen. De eerste persoon die over empathie schreef was de Schotse empirische filosoof David Hume (1711 – 1776). Die introduceerde als eerste de term 'sympathie' in zijn boek over morele ontwikkeling om aspecten van menselijk gedrag te verklaren. De termen 'sympathie' en 'empathie' liggen dicht bij elkaar en zijn zowel in het verleden als vandaag de dag met elkaar verward en verstrengeld geraakt. Sommige schrijvers gebruiken de term 'sympathie' voor hetzelfde doeleinde waar andere schrijvers de term 'empathie' gebruiken (Dymond, 1949; Feshback, 1975). Eisenberg (2000) heeft dit verder onderzocht en stelt dat sympathie een reactie is op wat in eerste instantie wordt opgewekt door empathie waarbij gevoelens van verdriet en bezorgdheid komen kijken als het gaat om het verdriet van een ander. Empathie, zo stelt ze, is een emotionele reactie op het welzijn van een ander dat overeenkomt of aansluit met / bij de emotionele gevoelsbeleving van die ander.

Volgens Vanaerschot (1990) is empathie te onderscheiden in een viertal verschillende vormen. Deze zijn *Conceptual empathy*, die te zien is als een cognitief proces waarbij iemand in staat is de belevingswereld van een ander te herkennen dat naast zijn eigen belevingswereld bestaat. De term 'verstandelijk begrijpen' is hierop van toepassing. Emotionele processen spelen hierbij een minimale rol.

Self-experiential empathy waarbij iemand gebruik maakt van zijn eigen opgedane ervaringen en herinneringen die hij of zij herkent in situaties bij anderen. *Imaginative imitation empathy*, hierbij is iemand in staat zich de situatie van een ander in te denken door gebruik te maken van zijn eigen fantasie en inbeeldend vermogen en tot slot *Resonant empathy*, wat duidt op een primair proces waar mensen mee geboren worden. Het gaat om een gevoelsmatige vorm van contact waarbij iemand 'mee-resoneert' op de gevoelsbeleving van een ander. Een voorbeeld hiervan is dat een baby begint te huilen als hij een andere baby hoort huilen.

De betekenis die volgens het Nederlandse woordenboek Prisma op de term empathie van toepassing is, is de betekenis die ik binnen dit onderzoek aanhoud. Prisma omschrijft de betekenis van empathie als volgt: “het vermogen zich in te kunnen inleven in de belevingswereld van anderen, het zich kunnen verplaatsen in de gevoelens of de gedachtegang van een ander”, afgeleid van het woord 'empathie' dat betekent; “het zich-invoelen, medevoelen, vermogen zich in anderen in te leven” (Prisma, 2007).

2. Welke specifieke kenmerken met betrekking tot de ontwikkeling van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen wordt beschreven in de literatuur?

In vroege literatuur over het empathisch vermogen van mensen word gesuggereerd dat het vermogen om andermans 'ongemak' te herkennen en er op te reageren zich klaarblijkelijk in een vroeg levensstadium ontwikkeld. Marshall (2002) stelt dat er vier fasen zijn die ieder kind moet doorlopen wil het zich empathisch ontwikkelen. Deze fasen zijn: Het onderkennen van een anders emotionele toestand, in staat zijn om dingen vanuit een andermans perspectief te kunnen zien, het kunnen uiten van een emotionele reactie of een meelevende reactie naar een ander en het ondernemen van een actie teneinde het ongemak van de ander te verlichten.

Volgens Marshall (2002) moet een kind al deze vier fasen doorlopen om uiteindelijk empathisch te kunnen reageren met zijn omgeving. Bij incestplegers en plegers van seksueel misbruik kan het dus zo zijn dat zij deze fasen al in de vroege kindertijd niet goed hebben doorlopen. Marshall (Marshall, in Bogaerts e.a. 2005) ontdekte een verband tussen een onveilige hechting in de kindertijd en intimiteitsproblemen bij seksuele delinquenten. Seksuele delinquenten die zich in de kindertijd onveilig aan de opvoeder hebben gehecht, vertonen minder interpersoonlijke vaardigheden en zelfvertrouwen, factoren die noodzakelijk zijn om veiligheid en intimiteit in volwassen (romantische) relaties te ervaren.

Een gebrek aan volwassen (seksuele) relaties, of het onvermogen om intieme volwassen relaties aan te gaan leiden tot eenzaamheid. Dit kan de persoon er toe aan zetten om intimiteit te zoeken via deviant seksueel gedrag. Hierbij spelen cognitieve vervormingen een belangrijke rol. Ward en Keenan stellen dat cognitieve vervormingen voortkomen uit causale onderliggende theorieën die plegers hebben over zichzelf, hun slachtoffers en de wereld. Deze zogenoemde impliciete theorieën bevatten onbewuste basisovertuigingen en verlangens in de vorm van schema's die de waarneming en interpretatie van informatie sturen. Voorbeelden hiervan zijn; Het kind zien als seksueel object, het recht hebben op, de drang als oncontroleerbaar bestempelen en de wereld als gevaarlijk ervaren (welke twee varianten kent; De noodzaak om controle over andere mensen te verwerven om zichzelf te beschermen tegen de dominantie van anderen en kinderen zijn betrouwbaarder en beter in staat tot acceptatie dan volwassenen) en de cognitieve vervorming dat het slachtoffer geen schade ondervindt.

De theorievorming rond de oorzakelijkheid van pedoseksueel gedrag is nog volop in ontwikkeling. Een eerste belangrijke poging om tot een omvattende theorie te komen werd gedaan door Finkelhor (1984). Finkelhorns precondition model gaat er vanuit dat bij een pleger aan vier voorwaarden voldaan moet zijn om tot pedoseksueel gedrag te komen en hij heeft hypothesen opgesteld om het ontstaan van deze voorwaarden te verklaren. De eerste drie voorwaarden hebben betrekking op de drijfveer om tot seksueel contact te komen, de laatste op het overwinnen van belemmeringen om dit verlangen ten uitvoer te brengen. De voorwaarden zijn; Er moet emotionele congruentie zijn met kinderen, er moet seksuele opwindning zijn naar kinderen, er moeten problemen zijn in het bereiken van volwaardig seksueel contact met een volwassene en om het verlangen in gedrag om te zetten moeten remmingen overwonnen worden.

3. *Wat is volgens de ondervraagde beeldend therapeuten het belang van het ontwikkelen / vergroten van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen?*

Het ontwikkelen van het empathisch vermogen bij incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen is om meerdere redenen belangrijk. De kans dat de patiënt terugvalt in het plegen van delicten als je dat stuk onbehandeld laat is aanwezig, het ontbreken van empathie is hierbij niet het enige dat meetelt bij de kans op recidive. Wanneer de pleger gaat inzien dat een ander schade heeft geleden door zijn toedoen en daarnaast hun daden onder ogen komen zal dit kunnen leiden tot een innerlijke motivatie om dit niet meer te willen. Door af te leren stemmen op de belevingswereld van een ander gaan plegers ook merken wat de gevolgen van hun eigen gedrag zijn voor een ander. Zij leren op die manier betekenis te geven aan hun eigen gevoel en aan het gevoel van een ander.

4. *Welke werkwijze hanteren de ondervraagde beeldend therapeuten binnen de beeldende therapie om het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen te ontwikkelen?*

De manier waarop er binnen de beeldende therapie wordt gewerkt aan het ontwikkelen van het empathisch vermogen van de patiënten gebeurt in principe in groepsverband. De beeldend therapeuten geven aan dat de groepsdynamiek een belangrijke rol speelt in het ontwikkelen van empathie. Het is hierbij volgens één van de drie beeldend therapeuten van belang dat de groepssamenstelling bestaat uit louter zedendelinquenten als het gaat om slachtoffer-empathie. Als er gemengde delictgroepen bij elkaar zitten dan kan dit gelden als een contra-indicatie omdat patiënten van andersoortige delicten als bijvoorbeeld; geweldsdelicten niet goed in staat zijn om met zedendelicten om te gaan. Patiënten werken of individueel aan een opdracht binnen de groep of er worden groepsopdrachten aangeboden waarmee patiënten oefenen met het invoelen in de ander.

Het ontwikkelen van empathie gebeurt volgens twee van de drie geïnterviewde beeldend therapeuten in verschillende fases, waarbij het ontwikkelen van (slachtoffer) empathie het laatste station is. De andere beeldend therapeut geeft aan dat er binnen de behandeling nog geen directe aandacht is voor het ontwikkelen van empathie toegespitst op pedoseksuele delinquenten maar dat het ontwikkelen van

empathie in bredere zin wordt aangeboden en dat daar niet een vaste behandeltraject voor bestaat.

In eerste instantie ligt de aandacht bij het uitwerken van de gevoelsbeleving en de zelfkennis van de patiënt zelf. Het is van belang dat de patiënten empathisch naar zichzelf toe leren te zijn want als ze geen contact maken met hun eigen gevoel, dan lukt het ze ook niet om empathisch naar een ander toe te zijn. Als patiënten niet voldoende bagage hebben om zichzelf te dragen dan zullen zij onmogelijk in staat zijn om empathisch te reageren naar een ander. Anderzijds moet je hem voldoende prikkelen om hem in te laten zien dat er naast zijn eigen belevingswereld ook nog een wereld vol belevingswerelden van anderen bestaat die de patiënt niet uit het oog dient te verliezen. De patiënt leert, als het ware door stil te staan bij zichzelf, zijn eigen belevingswereld te onderzoeken, in beeld te brengen, hierdoor zichzelf beter kennen en dat vervolgens op een adequate manier onder woorden te brengen. Tevens is dit een observatie procedure voor de beeldend therapeut om te kijken of er fundamenteën zijn om een behandeling op te zetten. Er wordt dan gesproken over fundamenteën in gevoelsmatige en rationele zin. Daarnaast of er kennis is en of die kennis te ontwikkelen is. Hierbij gaat het over over ervaringskennis en inzicht, en ook gevoelsmatig inzicht ook. En als dat haalbaar is dan kun je uiteindelijk ook naar het delict gaan en daarna het empathisch vermogen.

Vervolgens verschuift de aandacht naar 'de patiënt en anderen' en naar het delict. De patiënt gaat in deze fase zichzelf naast / met anderen onderzoeken. Hierbij leert hij kijken hoe hij zich verhoudt ten opzichte van andere mensen en of zijn beeld klopt met de manier waarop anderen hem ervaren. Ook gaat hij zich in deze fase bezig houden met het uitwerken van zijn delict en zijn ouderschap. Dit gebeurt in een drietal fases waarbij hij in de eerste fase zijn delict vanuit zijn ouderschap gaat onderzoeken, in de tweede fase zijn onderliggende drijfveren gaat onderzoeken die geleid hebben tot het plegen van het delict en als derde gaat de patiënt onderzoeken wat de gevolgen van zijn daden voor het slachtoffer geweest kunnen zijn. Naarmate de patiënten verder in de behandeling komen gaat het slachtoffer een steeds prominentere rol binnen het proces van de patiënten spelen. Als patiënten voldoende fundament ontwikkeld hebben, waarin besef en schuldgevoelens een belangrijke rol in spelen, om verantwoordelijkheid te dragen voor de delicten die zij gepleegd hebben. Het is hierbij belangrijk dat de patiënten niet alleen inzicht krijgen in het delict maar de gevoelens die hierbij komen kijken ook doorwerken. Het verschil tussen de twee is dat inzicht meer cognitie en doorwerken gaat over doen, handelen en ervaren. En dan heb je de beeldende handeling heel hard nodig en ook de ordening en het eigen maken van de materie met als doel het leren dragen van hun verantwoordelijkheid. Dan wordt de stap gemaakt naar het verder ontwikkelen van (slachtoffer) empathie. Hierbij ligt de focus op de gevoelsbeleving van- en de gevolgen voor de slachtoffers.

Het beeldend medium stelt de patiënt in deze laatste fase in staat om vanuit de derde persoon naar zichzelf en naar zijn slachtoffer te kijken. Door vorm te geven aan het delict leert de patiënt om zich als zijnde toeschouwer in te leven in de situatie die hij voor zich ziet. Hierbij wordt de stap om verbinding te maken met de gevoelsbeleving van het slachtoffer een stuk toegankelijker. De koppeling om het naast te ervaren ook te begrijpen wordt bewerkstelligt door evaluatiemomenten. Op deze momenten wordt er betekenis gegeven aan het werkstuk en worden onderbelichte aspecten van een werkstuk besproken.

5. *Welke werkvormen zetten de ondervraagde beeldend therapeuten binnen de beeldende therapie in om het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen te ontwikkelen?*

Binnen de beeldende therapie worden verschillend werkvormen aan geboden om het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen te ontwikkelen. Er worden zowel tweedimensionale als driedimensionale werkstukken gemaakt. Het materiaal dat hiervoor met name wordt gebruikt zijn; klei, speksteen, kwasten, verf, potloden, wasco-krijt en pastel-krijt. Deze materialen hebben vanwege de samenstelling en eigenschappen een sensopatische uitwerking in de omgang. Het prikkelen en stimuleren van de zintuigen is nodig om in contact te kunnen komen met de gevoelsbeleving. Materiaal als bijvoorbeeld pastel-krijt is door zijn eigenschappen en samenstelling

goed geschikt om composities krachtiger en met meer diepgang op papier neer te zetten. Één van de geïnterviewde beeldend therapeuten geeft aan dat het uitwerken van emoties vrijwel altijd tweedimensionaal wordt gedaan. Als er in een werkstuk veel elementen van boosheid in zich heeft dan maakt de beeldend therapeut de overstap naar driedimensionaal materiaal. De reden hiervoor is dat boosheid en frustratie vaak beter te doorleven zijn in driedimensionaal materiaal als bijvoorbeeld klei. De appélwaarde waarde van de juiste materiaalkeuze is dat het zich richt op de innerlijke dynamiek. Innerlijke dynamiek heb je bij zedendelinquenten heel hard nodig, dat zorgt ervoor dat wat zich zo verborgen houdt, ingesloten houdt, de verborgen agenda die voor hun zelf ook vaak verborgen is, dat je die open legt waardoor ze er een stukje grip op krijgen en een stukje verwerking en dat je dan daarmee het probleem oplost, laat verdwijnen en / of dat ze daar controle op krijgen. Het maken van contact met de eigen emoties en gevoelens stellen de patiënt op langer termijn vermoedelijk beter in staat om zich ook in te leven in de gevoelens van bijvoorbeeld het slachtoffer.

Voorbeelden van werkvormen die tijdens de beeldende therapie ingezet worden om het empathisch vermogen van de incestpleger en de pleger van seksueel misbruik van kinderen te ontwikkelen zijn;

- Collage maken over de gevoelens van het slachtoffer ten tijde van het delict,
- Kaart voor het slachtoffer,
- Een gift met een brief maken voor het slachtoffer
- Kijken en bekeken worden
- Het verhaal

Voor een uitgebreide beschrijving van de werkvormen verwijs ik u door naar Deel IV, Bijlage III van de schrijven.

6. *Welke therapeutische houdingsaspecten nemen de ondervraagde beeldend therapeuten in tijdens de beeldende therapie bij de incestplegers en de plegers van seksueel misbruik van kinderen?*

De beeldend therapeut laat patiënten gedurende het proces meer meedenken. Vaak weten patiënten zelf goed aan te geven wat het beste bij hun past om mee aan het werk te gaan. Er wordt dan een onderwerp gegeven waar zij mee aan het werk moeten maar de uitvoering laat de beeldend therapeut zoveel mogelijk over aan de patiënten. Op die manier voelen zij zich ook meer de drager van hun eigen proces. De beeldend therapeut wil wel weten wat de motivatie is om op een bepaalde manier aan een onderwerp te gaan werken. Daarbij stemt de beeldend therapeut gedurende het proces af op het vermogen van de patiënten, het intellectuele vermogen, het vermogen met affiniteit met beeldend. Het is belangrijk om afstemming te vinden in het vermogen van de patiënt. Je moet de patiënt voldoende ruimte bieden om empathisch naar zichzelf te worden alvorens je de stap naar het slachtoffer en indirecte slachtoffers toe kunt maken.

Hierbij is het wel van belang om dit per patiënt te bekijken, niet iedereen heeft dezelfde aanpak nodig, bij patiënten met een laag zelfbeeld werkt de beeldend therapeut op een meer supportieve / ondersteunende werkwijze en de patiënten met bijvoorbeeld narcistische kenmerken vragen om een meer directieve werkwijze. Houdingsaspecten die binnen de beeldende therapie passen zijn; steunend, supportief, re-educatief en directief.

7. *Wat is volgens de ondervraagde patiënten de bijdrage die beeldende therapie levert bij de ontwikkeling van het empathisch vermogen?*

De ondervraagde patiënten benoemen een verschillende factoren die een belangrijke rol binnen de beeldende therapie spelen die hun in staat stellen om empathisch vermogen naar het slachtoffer toe, naar indirecte slachtoffers toe en naar derden toe te ontwikkelen. Het in letterlijk beeld brengen van elementen die betrekking hebben op hun ouderschap werkt tweeledig in op het ontwikkelen van empathie.

Enerzijds werkt het uitbeelden van thema's omtrent hun ouderschap confronterend en schrikt het de patiënten af als zij concreet onder ogen krijgen waar toe zij in staat zijn / of zijn geweest. De werkstukken die zij maken zijn werkstukken waar zij niet om heen kunnen, het staat er als een vast

gegeven en roept in eerste instantie veel gevoelens van schaamte en angst op. Deze gevoelens zijn volgens de patiënten drempels die zij moeten nemen om uit een spiraal te komen waarin zij jaren lang geleefd hebben. Wanneer thema's rondom het ouderschap in beeld zijn gebracht en worden besproken in groepsverband dan levert dit veelal inzichtelijk voor de patiënten. Het is dit inzicht dat volgens de patiënten nodig is om patronen te doorbreken. Het doorbreken van patronen zorgt ervoor dat de patiënten naarmate ze dit vaker doen, hier aan gewend raken en ruimte in zichzelf te ervaren om *'voorbij hun eigen horizon te kijken'*. De patiënten geven aan dat zij als zij starten met de behandeling voornamelijk met hun eigen verliezen en opgelegde beperkingen bezig zijn. Voorbeelden hiervan zijn; – het verlies van gezin, – baan, – vriendschappen en beperkte vrijheden opgelegd vanuit justitie. De gevolgen voor het directe slachtoffer en indirecte slachtoffers speelt een minimale rol in deze periode. Het gegeven dat zij binnen de beeldende therapie starten met het in beeld brengen van wie zij zijn en wat hun maakt tot wie zij zijn is volgens de patiënten belangrijk omdat zij in het begin van de behandeling vaak geen idee hebben wie zij zelf zijn en wat er in hun omgaat en / of een niet realistisch beeld van zichzelf hebben. Hierdoor, zo geven de patiënten aan, zijn zij ook zeker niet in staat om contact te maken met de gevoelsbeleving van een ander. Het doorleven van eigen gevoelens door middel van beeldende therapie draagt ertoe bij volgens de ondervraagde patiënten dat zij in staat zijn om, vaak, voor het eerst in hun leven kenmerken van zichzelf onder ogen te komen, deze te uiten en daar waar nodig ze een plek te geven.

Anderzijds biedt de beeldende therapie ook een bepaalde veiligheid die zij niet in andere therapie-onderdelen van de totale behandeling ervaren. Het beeldend medium biedt in een bepaalde mate veiligheid voor de ondervraagde patiënten. Zij geven aan dat het werkstuk als een soort brug tussen zichzelf en anderen in staan. Met anderen worden de beeldend therapeut en de mede patiënten bedoeld. Er wordt over het werkstuk gepraat en de ondervraagde patiënten geven aan dat dat een stukje veiligheid biedt waardoor het makkelijker wordt om over de onderliggende gedachten en gevoelens te praten. Dit draagt er volgens de ondervraagde patiënten toe bij dat ze vaak ongemerkt meer over zichzelf vertellen dan dat ze anders zouden doen. Medepatiënten die tijdens een evaluatiemoment naar het werk kijken en naar het verhaal luisteren zijn vaak in staat zich te verplaatsten in het beeld en het verhaal van de maker. Zij zien dit als een oefen moment waarin zij proberen zich in te voelen in de gevoelsbeleving van een ander. Door middel van het stellen van vragen toetsen zij af of hun gevoelens overeenkomstig zijn aan de gevoelens van de maker.

Volgens de ondervraagde patiënten spelen evaluatiemomenten en groepsdynamica binnen de beeldende therapie dus een belangrijke rol in het komen tot empathische ontwikkeling. Daarnaast wordt ook aangegeven dat de manier waarop opdrachten die zij krijgen en hoe deze tot stand komen belangrijk zijn. Patiënten vinden het voor zichzelf naar mate ze langer in behandeling zijn een meerwaarde als ze actief betrokken worden bij de totstandkoming van opdrachten. Hierdoor voelen zij zich meer verbonden met het door hun uit te werken thema. De therapeutische houding van de beeldend therapeut is cruciaal volgens de ondervraagde patiënten, deze moet doortastend genoeg zijn om de patiënt aan het werk te zetten met diens denken en gevoelsbeleving en tegelijkertijd moet die open zijn zodat de patiënten een gevoel van autonomie ervaren en drager zijn van hun proces. De beeldend therapeut moet er ook voor zorgen dat de materialen die bij de geboden opdracht aangereikt worden goed afgestemd zijn op de behoefte en het kunnen van de patiënten. Materiaalkeuze kan een alles bepalende factor zijn voor het ontwikkelen van het empathisch vermogen. Als de patiënten geen affiniteit met een bepaald materiaal hebben dan belemmert dit het proces en staat het als een muur tussen de patiënt en het te bereiken doel in. Sluit een materiaal echter aan dan kan dit leiden tot een versnelling in het ontwikkelingsproces van de patiënten omdat zij via het materiaal de verbinding met het door hun uit te werken thema kunnen maken.

3.2. Beantwoorden hoofdvraag

- *Op welke manier draagt beeldende therapie, volgens de ondervraagde patiënten en beeldend therapeuten in verschillende forensische behandelinstellingen, bij aan de ontwikkeling van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen?*

Empathie, hetgeen dat van de Griekse woorden 'em' en 'patheia' afkomstig is betekenen letterlijk; in gevoel. Door de jaren heen is er weinig onderzoek gedaan naar wat er met 'in gevoel' wordt bedoeld. Hierdoor wordt de term soms te pas en te onpas gebruikt voor processen die op het eerste oog op empathie lijken of kenmerken van empathie met zich meebrengen. Mede door de begripsverwarring benadrukt Fernandez (2002) dat er weinig bekend is over de oorsprong en ontwikkeling van ons empathisch vermogen en dat er mede daardoor respectievelijk weinig informatie is die betrekking heeft op de oorzaken van een empathisch tekort. Marshall (Marshall, in Bogaerts e.a. 2005) ontdekte een verband tussen een onveilige hechting in de kindertijd en intimiteitsproblemen bij seksuele delinquenten. Seksuele delinquenten die zich in de kindertijd onveilig aan de opvoeder hebben gehecht, vertonen minder interpersoonlijke vaardigheden en zelfvertrouwen, factoren die noodzakelijk zijn om veiligheid en intimiteit in volwassen (romantische) relaties te ervaren. Een gebrek aan volwassen (seksuele) relaties, of het onvermogen om intieme volwassen relaties aan te gaan leiden tot eenzaamheid. Dit kan de persoon er toe aan zetten om intimiteit te zoeken via deviant seksueel gedrag.

Het ontwikkelen van het empathisch vermogen bij incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen is om meerdere redenen belangrijk. De kans dat de patiënt terugvalt in het plegen van delicten als je dat stuk onbehandeld laat is aanwezig, het ontbreken van empathie is hierbij niet het enige dat meetelt bij de kans op recidive. Wanneer de patiënt gaat inzien dat een ander schade heeft geleden door zijn toedoen en daarnaast hun daden onder ogen komen zal dit kunnen leiden tot een innerlijke motivatie om dit niet meer te willen. Door af te leren stemmen op de belevingswereld van een ander gaan patiënten ook merken wat de gevolgen van hun eigen gedrag zijn voor een ander. Zij leren op die manier betekenis te geven aan hun eigen gevoel en aan het gevoel van een ander.

Beeldende therapie is een therapievorm dat zich goed leent om aan empathische processen te werken. Door werkstukken tussen de ouders en de therapeut in te zetten wordt er binnen de beeldende therapie een mogelijkheid gecreëerd die incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen in staat stelt om van een afstand en op een andere manier naar hun persoonlijkheid, hun gedrag en hun delicten te kijken. Dit zorgt ervoor dat patiënten op een indirecte manier over zichzelf en hun delict leren communiceren en dat er ingespeeld wordt op de cognitieve vervormingen die de patiënten door de jaren heen hebben ontwikkeld. Het uitbeelden van thema's omtrent hun ouderschap confronterend en schrikt het de patiënten af als zij concreet onder ogen krijgen waar toe zij in staat zijn / of zijn geweest. De werkstukken die zij maken zijn werkstukken waar zij niet om heen kunnen, het staat er als een vast gegeven en roept in eerste instantie veel gevoelens van schaamte en angst op. Deze gevoelens zijn volgens de patiënten drempels die zij moeten nemen om uit een spiraal te komen waarin zij jaren lang geleefd hebben. Wanneer thema's rondom het ouderschap in beeld zijn gebracht en worden besproken in groepsverband dan levert dit veelal inzichtelijk voor de patiënten. Het is dit inzicht dat volgens de patiënten nodig is om patronen te doorbreken. Binnen de beeldende therapie gaat het niet alleen over inzicht krijgen in het delict maar eigenlijk vooral over doorwerken. Het verschil tussen de twee is dat inzicht meer een cognitief proces is en doorwerken gaat over doen, handelen en ervaren. Daarin is de beeldende therapie goed inzetbaar. Ook voor de ordening en het eigen maken van de materie met als doel het leren dragen van hun verantwoordelijkheid leent beeldende therapie zich. Het is de taak van de beeldend therapeut, voor de maatschappij, dat de voormalig incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen terug keren in de maatschappij en verantwoordelijkheid kunnen dragen en zonder een nieuw delict te plegen. Binnen de beeldende therapie wordt dat geprobeerd te bewerkstelligen door mensen hun verantwoordelijkheid te laten voelen en daarbij wordt er aangestuurd op schuld en schaamte gevoel. Want dat weerhoudt mensen om opnieuw een delict te

plegen. Dus enerzijds wordt empathie ontwikkeld en anderzijds schuld en schaamte gevoel.

Empathische processen worden binnen de beeldende therapie opgang gebracht door middel van opdrachten met materialen die een sensopatische appélwaarde hebben. Materialen die geschikt geacht worden om zintuigen en emoties te prikkelen zijn materialen die ofwel vormloos zijn of makkelijk vormbaar en / of een diepe kleur intensiteit kennen. Voorbeelden hiervan zijn onder andere klei, verf, wasco- en pastel-krijt. Er worden zowel tweedimensionale als driedimensionale werkstukken gemaakt. De appélwaarde waarde van de juiste materiaalkeuze is dat het zich richt op de innerlijke dynamiek. Innerlijke dynamiek heb je bij zedendelinquenten in het algemeen heel hard nodig, dat zorgt ervoor dat wat zich zo verborgen houdt, ingesloten houdt, de verborgen agenda die voor hun zelf ook vaak verborgen is, dat je die open legt waardoor ze er een stukje grip op krijgen en een stukje verwerking en dat je dan daarmee het probleem oplost, laat verdwijnen en / of dat ze daar controle op krijgen waardoor ze ook los komen van cognitieve vervormingen omdat zij leren de dingen in een realistisch beeld te plaatsen. Het maken van contact met de eigen emoties en gevoelens stellen de patiënten op langer termijn vermoedelijk beter in staat om zich ook in te leven in de gevoelens van bijvoorbeeld het slachtoffer. Hierbij is het volgens de patiënten van belang dat de materiaalkeuze wordt afgestemd op het vermogen van de patiënt. Als hierin geen afstemming bereikt wordt dan kan dat het gehele proces in de weg zitten.

De voordelen van beeldende therapie om aan het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen te werken zijn volgens de ondervraagde beeldend therapeuten en ondervraagde patiënten, het concrete karakter van het medium. Een werkstuk dat gemaakt wordt, is zichtbaar en tastbaar, het is iets waar de maker niet omheen kan, ook al zou hij dit willen. Vaak heeft dit volgens de beeldend therapeut ook een confronterende werking waarbij de patiënt soms letterlijk onder ogen krijgt wat hij gedaan heeft. De gevoelens die hierbij komen kijken zijn heel bruikbaar om de aandacht naar de gevoelsbeleving van het slachtoffer te verplaatsten. Vaak zijn er eerst de beelden en later pas de woorden. Hiermee bedoelt de beeldend therapeut dat de patiënten het erg moeilijk vinden om hun gevoel onder woorden te brengen en eerder in staat zijn om het in beeld uit te drukken brengen. Waar mogelijk worden bij de evaluatie woorden bij de beelden gezocht. Er wordt gemetalliseerd/ betekenis gegeven. Het komt voor dat patiënten geen idee hebben waarom ze iets gemaakt hebben. Dit komt niet omdat de opdracht onduidelijk is maar eerder omdat zij vanuit de gekregen opdracht iets gecreëerd hebben waar zij voor zichzelf niet direct concrete betekenis aan kunnen geven. Deze komt dan vaak tijdens evaluatiemomenten tot stand. Patiënten noemen het ook een voordeel dat zij op een indirecte manier over hun delict kunnen praten. Er wordt over het werkstuk gesproken en een ieder weet dat het over betrekking heeft op de patiënt maar die wordt op een indirecte manier geconfronteerd met reacties en vragen van de beeldend therapeut en groepsgenoten. Dit biedt een bepaalde vorm van veiligheid voor patiënten die zij in andere therapievormen niet terugvinden.

Een ander belangrijk gegeven waar de ondervraagde beeldend therapeuten en de ondervraagde patiënten het over eens zijn is dat er een opbouw in de therapie zit, beide geven aan dat het niet mogelijk is om aan het begin van een behandeling te starten met empathie ontwikkeling omdat patiënten de aandacht vooral nog op zichzelf hebben gericht. Zij zijn voornamelijk met hun eigen verliezen en opgelegde beperkingen bezig zijn. Vaak hebben zij geen realistisch beeld van zichzelf of hebben ze nog nooit stil gestaan bij hun eigen emoties en gevoelens, laat staan de emoties en gevoelens van een ander. Empathie ontwikkelen gebeurt binnen de beeldende therapie in kleine stappen. Deze stappen kennen overeenkomsten met het empathie-model van Marshall (2002). Marshall beschrijft dat mensen vier fases moeten doorlopen om empathie te ontwikkelen. Deze fasen zijn: Het onderkennen van een anders emotionele toestand, in staat zijn om dingen vanuit een andermans perspectief te kunnen zien, het kunnen uiten van een emotionele reactie of een meelevende reactie naar een ander en het ondernemen van een actie teneinde het ongemak van de ander te verlichten. Om in staat te zijn de emotionele toestand van een ander te onderkennen moeten patiënten eerst in staat

zijn om hun eigen emotionele toestand te onderkennen. Binnen de beeldende wordt daarvoor ruimte geboden door in eerste instantie opdrachten in te zetten die betrekking hebben op het zelfbeeld en de emotionele toestand van de ouders zelf.

Door bij beeldende therapie in groepsverband te werken en evaluatiemomenten in te zetten leren ouders reflecteren op zichzelf en op anderen. Op die manier wordt er binnen de beeldende therapie gewerkt aan het leren onderkennen van de emotionele toestand van een ander. Zowel de ondervraagde patiënten als de ondervraagde beeldtherapeuten geven aan dat het groepsproces een belangrijk onderdeel is om empathie te kunnen ontwikkelen. Patiënten leren van en door elkaar. Er worden binnen de beeldende therapie groepsopdrachten aangeboden waarbij de patiënten onder andere interactief met elkaar aan het werk gaan. Zo oefenen incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen om dingen vanuit het perspectief van een ander te bekijken. Naast groepsopdrachten worden er ook individuele opdrachten ingezet waarbij de focus ligt op de delicten van de incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen en hoe zij bijvoorbeeld denken dat de maatschappij tegen hun aankijkt of hoe ze denken dat slachtoffers over hun denken. Het uiten van emotionele reacties vindt vaak plaats tijdens evaluatiemomenten maar soms ook tijdens het werken aan een opdracht. Het leren uiten van en omgaan met emoties wordt bewerkstelligd binnen de beeldende therapie middels opdrachten waarbij de focus ligt op de gevoelsbeleving van de slachtoffers met als doel ouders hun verantwoordelijk te laten voelen en daarbij aan te sturen op schuld en schaamte gevoel dat zichtbaar wordt bij het doorleven van een werkstuk.

De laatste fase waar Marshall (2002) over schrijft is het ondernemen van een actie teneinde het ongemak van de ander te verlichten. Deze fase is vaak ook de laatste fase van de behandeling binnen de beeldende therapie waaraan aandacht besteedt wordt. Incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen krijgen hierbij opdrachten aangeboden waarbij de focus ligt op het dragen van verantwoordelijkheid en het besef dat hun handelen een ander ernstige schade heeft berokkend. Een voorbeeld van een opdracht is het maken van een gift met een geschreven brief dat gericht is aan het slachtoffer waarbij het werkstuk moet getuigen van besef en het nemen van verantwoordelijkheid voor wat de patiënt het slachtoffer heeft aangedaan.

De ondervraagde patiënten geven aan dat de therapeutische houding van de beeldend therapeut tijdens de behandeling doortastend genoeg zijn moet om de incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen aan het werk te zetten met diens denken en gevoelsbeleving en tegelijkertijd moet die open zijn zodat zij een gevoel van autonomie ervaren en drager zijn van hun proces. Volgens de ondervraagde beeldend therapeuten is het daarbij ook van belang om dit per patiënt te bekijken, niet iedereen heeft dezelfde aanpak nodig, bij patiënten met een laag zelfbeeld werkt de beeldend therapeut op een meer supportieve / ondersteunende werkwijze en de patiënten met bijvoorbeeld narcistische kenmerken vragen om een meer directieve werkwijze.

3.3 Aanbevelingen

Dit onderzoek is een verkennend onderzoek. Door meer onderzoek te doen naar dit onderwerp zouden de bevindingen van dit onderzoek kunnen worden verstevigd of bevestigd. Het doen van meer onderzoek is nodig omdat er aan dit onderzoek slechts drie beeldend therapeuten en vijf patiënten hebben meegewerkt. Er zou mogelijk een groter onderzoek gedaan kunnen worden waarbij de expertise van meerdere beeldend therapeuten en de ervaringen van meerdere patiënten geraadpleegd wordt om zo een grote mate van consensus binnen de praktijk te bereiken.

In het onderzoek spreken twee van de drie ondervraagde beeldend therapeuten over onmogelijkheden van beeldende therapie in relatie tot het ontwikkelen van het empathisch vermogen dat zij vanuit hun praktijkervaring zijn tegen gekomen. Er zou op grotere schaal onderzocht moeten worden of en in welke mate de genoemde onmogelijkheden als het informele karakter en het confronterende karakter van het beeldend medium, de ontwikkeling van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen belemmeren.

3.4 Product voorstel

Het ontwikkelen van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen binnen beeldende therapie is een onderwerp waar ik zelf vrijwel geen informatie over heb gevonden. Naar mijn inziens zou het de ontwikkelingen ten goede komen als dit onderwerp onder de aandacht wordt gebracht bij forensische zorginstellingen zodat er meer bekendheid ontstaat dat wellicht uitnodigt om meer onderzoek te doen om op de effectiviteit van beeldende therapie in relatie tot het ontwikkelen van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen aan te tonen.

Ik wil er dan voor pleiten dat mede op basis van dit onderzoek er een artikel wordt geschreven dat gepubliceerd wordt in onder meer forensische vakbladen.

Slotwoord

In dit onderzoeksverslag was te lezen hoe er een antwoord is gevonden op de vraag:

- *Op welke manier draagt beeldende therapie, volgens de ondervraagde patiënten en beeldend therapeuten in verschillende forensische behandelinstellingen, bij aan de ontwikkeling van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen?*

Het is voor mij een mooie leerweg geweest waarbij ik mij verdiept heb in een voor mij uitermate boeiend onderwerp. Om dit onderzoek te kunnen bewerkstelligen heb ik ervoor gekozen om een extra jaar stage te lopen in een forensische instelling. Ik vond het een hele leerschool waarbij ik door vallen en opstaan steviger op mijn benen heb leren staan.

Ik wil graag van deze gelegenheid gebruik maken om alle medewerkers van de instelling te bedanken, zonder hun openhartige houding had ik er nu niet zo bij gestaan. De patiënten voor hun medewerking aan dit onderzoek, de geïnterviewde beeldend therapeuten voor hun tijd en expertise. En in het bijzonder Gemmy Willemars voor haar steun en begeleiding op de werkvloer.

Ook wil ik op de opleiding mijn consulent B. Hermelink bedanken voor haar advies op het moment dat ik dat het hardste nodig had.

Maar het allermeest gaat mij dank uit naar mijn lieve vriendin, voor het naast me staan tijdens stressvolle momenten waarin zij mijn onmogelijke kanten heeft weten te verdragen.....

Bedankt!

Robert van Wees
1518476 Creatieve therapie-onderdelen

Juni 2010

Literatuurlijst

- **de, Waal, F.** (2010). *Een tijd voor empathie. Wat de natuur ons leert over een betere samenleving*: Uitgeverij Contact.
- **Bogaerts, S. Daalder, A.L. Esser, A.A.M.** *Interpersoonlijke vaardigheden bij pedoseksuelen*: Justitiële verkenningen, jrg. 31, nr. 1 (2005)
- **Deneer, B. / Arendsen Hein, M.** Oktober. (2004). *Gevaarlijke groepen. Groepsbehandeling in de ambulante forensische psychiatrie*: Bohn Stafleu Van Loghum.
- **Fernandez, Y.** (2002). *In their shoes. Examining the issue of empathy and it's place in the treatment of offenders*: Wood 'N' Barnes publishing.
- **Frenken, J.** *Plegers van seksueel misbruik van kinderen. Verscheidenheid, achtergronden en behandeling*. Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 52 (1997), p. 1094-1108
- **Laws, R. Hudson, S. Ward, T.** (2000). *Remaking Relapse Prevention with Sex Offenders*. A Sourcebook: Sage publications, Inc.
- **Marshall, W.L. Barbaree, H.E.** (1990). *An integrated theory of etiology of sexual offending*. In W.L. Marshall, D.R. Laws & H.E. Barbaree (eds), *Handbook of sexual assault. Issues, theories and treatment of the offender* (p. 257-295). New York: Plenum Press.
- **Marshall, W.L. Marshall, L.E. Serran, G.A. Fernandez, Y.M.** (2006). *Treating Sexual Offenders. An Intergrated Aproach*: Routledge Taylor & Francis Group
- **Smaling, A.** (2008). *Dialogo en empathie in de methodologie*: B.V. Uitgeverij SWP Amsterdam.
- **Smeijsters, H.** (red) (2008). *Handboek creatieve therapie*: Bussum: Coutinho.
- **Smeijsters, H.** (red) (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*: Bussum: Coutinho.
- **Vanaerschot, G.** *Empathie: een proces gekenmerkt door vasthouden en loslaten*. Tijdschrift voor Psychotherapie, jrg. 16 (1990)
- **van, Erven, T. Dijkstra, J.B.** *De ontwikkeling van een empathieobservatie-instrument: een tussenstand*. Uit: Directieve therapie, 22 (maart 2002), p. 28-44
- **van, Keken, H.** (2006). *Voor het onderzoek. Het formuleren van de probleemstelling*: Boom Onderwijs.

Internet

- <http://www.seksueelgeweld.info>, geraadpleegd op 12 april 2010
- <http://www.movisie.nl>, geraadpleegd op 12 april 2010

Deel IV: Bijlagen

Interview 1 Transcript

Duur van het interview: 25 minuten 57 sec

I: Welkom

P: Goedemiddag

I: Je hebt aangegeven dat je mee wilt werken aan mijn onderzoek door middel van het af laten nemen van een interview....

P: Ja dat klopt.

I: Zoals ik vooraf al vertelt heb gaat mijn onderzoek over de manier waarop beeldende therapie bijdraagt aan het ontwikkelen van het empathisch vermogen van de patiënten en dat ik daarvoor jou ervaringen als patiënt binnen de beeldende therapie wil gebruiken als materiaal om een completer beeld te krijgen van die ontwikkeling.

P: Ja dat klopt.

I: Kun jij mij vertellen wat jij onder het woord empathie verstaat?

P: uhm....., ja dat is volgens mij de uhm..... manier waarop je je inleeft of ik bedoel in kunt leven in hoe het slachtoffer zich voelt en uhm..... gevoeld moet hebben, toch?

I: Ja, volgens mij komt dat aardig overeen met wat ik binnen mijn onderzoek versta onder slachtoffer-empathie. Empathie is een begrip dat breder te trekken is dan alleen het slachtoffer.

P: ja, dat is ook zo.

I: Uhm...., Kun je mij misschien vertellen wat de reden is dat je in aanraking bent gekomen met het behandel instituut?

P: Uhm...., Ik heb dus, uhm...., incest, uhm, gepleegd met mijn dochter. Die heeft aangifte gedaan. Ik heb een rechtszaak gehad en de rechter heeft mij naar hier doorverwezen om de behandeling te volgen, verplichte behandeling dus.

I: En is daar een tijdsduur aan verbonden?

P: uhm....., tja daar was veel onduidelijkheid over, eerst was er sprake van een jaar, had de reclassering het over, maar het loopt uit tot twee jaar.

I: En hoelang ben je nu al in behandeling?

P: Nou, uhm..... vanaf vorig jaar februari, dus zeg maar vijftien maand zeg maar.

I: Kun jij mij vertellen wat volgens jou het doel van je behandeling is?

P: Tja, uhm....dat ik inzicht krijg in waarom ik zo gehandeld heb, hoe heeft alles kunnen ontstaan, hoe mijn leven er toen heeft uitgezien en het belangrijkste voor mij zelf uhm....., om een delictketen te maken waardoor het nooit meer zal gebeuren.

I: ok...., je noemt dus dat naast het inzichtelijk maken van de oorzaken jou belangrijkste doel delictpreventie is.

P: Ja inderdaad, delictpreventie, ik kon er even niet opkomen.

I: Beeldende therapie is een onderdeel van jou behandeling, kun je mij vertellen waar de beeldende therapie zich volgens jou op richt binnen jou behandeling?

P: Uhm....., voor mij is het het belangrijkste om door beeldende therapie inzicht te krijgen in het delict.

I: En wat betekent dat 'inzicht krijgen' voor jou?

P:Dat ik naar de onderliggende gevoelens leer kijken en los te krijgen zeg maar, dat bedoel ik.

I: En op welke manier gebeurt dat dan bij de beeldende therapie?

P: Nou euh..., door dingen met klei te doen, of uhm... te verwerken in een collage of.. en daar inzicht in te krijgen, puur wat voel je erbij. Hoe kijk je ernaar en wat voel je erbij zeg maar?

I: ok...., En wat leveren die gevoelens je dan op, ik bedoel waarom zijn die belangrijk?

P: Nou.....(lange stilte) , tja het zorgt er in ieder geval voor dat ik dan uiteindelijk meer bij mijzelf ga voelen wat ik heb aangericht, bij mijn slachtoffer en uhm, ook alle mensen die erom heen staan zeg maar. Zodat je ook echt inzicht krijgt in wat heb ik nou eigenlijk gedaan.

I: Ja

P: En dat met het gevoel erbij zeg maar. Van boosheid tot verdrietig.....dat is voor mij heel belangrijk.

I: En zoals je dit nu verwoord, kon je dit toen ook al aan het begin van de beeldende therapie?

P: Nee nee nee, helemaal niet.

I: ok, ... Welke stappen heb je daarin dan moeten zetten om tot je gevoel te komen en inzicht te verkrijgen?

P: euh, toen ik binnen kwam toen moest ik eerst de uhm..... vreemde vogel maken op de muur, Nou en dat vond ik maar helemaal niks.

I: Je vond het niks?

P: Nee, helemaal niks, ik dacht wat is dit voor onzin, waar is dit nou goed voor? Dus ik heb maar wat getekend op de muur en ik dacht nou ja, het zal wel een beetje zo moeten, ik had er ook helemaal geen gevoel bij.

I: Nee....

P: Maar als ik nu naar mijn vreemde vogel terugkijk, als ik er nu naar terugkijk, wat ik er nu in zie en wat voor een verdriet het nu bij mij los maakt, dan is dat een groot verschil met in het begin zeg maar.....

I: en als we nu toch nog eens even teruggaan naar het begin, want ik ben benieuwd hoe jij de stappen binnen de beeldende therapie hebt gezet om van het helemaal niks vinden te komen tot het zien als een therapieonderdeel waar je inzicht uithaalt en daarnaast ook contact kan maken met je gevoel, wat je zo belangrijk vind. Wat was er toen anders dan nu?

P: euh....., Ik heb vroeger nooit gepraat over mijn gevoel, nooit, dat zat op de één of andere manier helemaal vast bij mij. En toen ik hier kwam werd dat mede door de beeldende therapie en dus ook de andere therapieën wel van mij verwacht zeg maar, en door dat ook te doen merkte ik uhm, dat het me ook wel opluchting gaf als ik kon vertellen wat mij dwars zat.

I: Alleen wat je dwars zat?

P: Nee eigenlijk ook gewoon de gewone dingen zeg maar, gewoon met elkaar spreken over waar je nu zit en wat je bezig houdt ook al is het moeilijk. En dat is langzaam aan gekomen dat ik dit wat vaker begon te doen en uiteindelijk merkte dat ik me er beter bij voelde dan wanneer ik mijn mond hield, snap je?

I: en ben je dan ook al bezig met het slachtoffer?

P: Nee, uhm..... nou ja, nee, eigenlijk niet zo, Natuurlijk denk ik wel aan haar maar het is alsof ik zelf eerst zelf uhm....., dingen over mijzelf te leren heb, in eerste instantie ben ik nog bezig met goedpraters of sob's zeg maar om alles weg te praten, het ligt niet aan mij of euhhh.....

I: Wat zijn dat Sob's?

P: dat zijn goedpraters, om het delict te kunnen verzachten zeg maar.

Tja maar na verloop van tijd krijg je daar inzage in zeg maar en dan merk je dat de verantwoordelijkheid toch bij jezelf ligt, zeg maar.

In het begin was ik ook vooral veel met mij zelf bezig, ik zag het leven niet meer zitten en vroeg mijzelf af hoe moet ik nu verder. Ik had dan wel het geluk dat mijn vrouw bij mij was gebleven, zeg maar. Maar je weet nooit hoe het allemaal gaat, je hebt zo geen inzage in hoeveel je allemaal hebt aangericht en wat er met je gebeuren gaat.

I: Dat lijkt mij een hele onzekere periode

P: ja dat is het ook maar stuk je bij beetje kom je er wel wat meer uit, door je gevoelens te tonen en door te praten.

I: En wat is er dan volgens jou voor nodig om je gevoelens te tonen en om te kunnen praten?

P: Nou dat je jezelf daartoe zet en ook enneh door alles op tafel te leggen en geen geheimen meer te houden. Ja dat is het alle belangrijkste, dat je alles eerlijk op tafel legt zonder daar iets achter te houden, dat je alles waar je mee bezig bent zowel op de instelling als daarbuiten eerlijk vertelt aan mensen.

I: Want wat levert je dat uiteindelijk op?

P: Rust

I: Rust?

P: Ja

I: en vanuit die rust wat gebeurt er dan?

P: ik denk dan dat je meer dingen kunt gaan realiseren, hoe het allemaal verlopen is en hoe mijn leven er uit gezien heeft, hoe ik altijd in dienst stond van een ander, heel weinig voor mijzelf opkwam en ja, daar

kom je dan eigenlijk achter.

I: En met betrekking tot de toekomst?

P: Nou dan zie ik die ook weer wat positiever in, ik beseft me dat ik een lange weg te gaan heb maar ik heb het gevoel dat ik nu wel met twee benen op de grond sta.

I: En als we nu weer eens terugkijken naar je proces binnen de beeldende therapie, kun je dan het verloop in opdrachten die voor jou hiertoe hebben bijgedragen schetsen?

P: Nou na de vreemde vogel heb ik een collage 'wie ben ik' gemaakt, daar had ik ook niet veel gevoel bij maar ik heb daarbij naar mijzelf kunnen kijken wie ik was en hoe ik was. Het is voor mij pas echt gekomen bij de opdracht van het 'levensboek'. Dat was voor mij een punt dat wel heel belangrijk voor mij was. Daarbij heb ik alle emotionele gebeurtenissen van mij op papier gezet, nou en daar kwam gewoon heel veel verdriet bij.

I: Waarom was dat dan een belangrijk moment voor jou, je vertelt dat er veel verdriet bij kwam kijken maar ik begrijp nog niet heel goed waarom dat nu juist een belangrijk moment voor je was?

P: Nou omdat al het verdriet dat er nog zat, zeg maar, van vroeger, dat had ik nog nooit geuit en door dat te maken kwam dat verdriet er allemaal uit. En toen kwam er ook boosheid uit, en toen ben ik ook veel meer gaan voelen, zeg maar.

I: Dus door het in beeld brengen van jou emotionele gebeurtenissen ben je beter in staat om tot je gevoelens te komen?

P: Ja

I: En ervaar je dat ook bij andere opdrachten?

P: Ja, bijvoorbeeld bij de opdracht 'het beest in mij'

I: wat is dat dan voor opdracht?

P: Nou, om iets te maken, hoe ik er toen uitzag. Hoe ik in het verleden gewerkt heb, hoe ik mijn slachtoffer toen euh.....(lange stilte) uhm hoe ik mijn slachtoffer toen uhm ja, zeg maar mijn slachtoffer zo gekneet heb dat ik mijn delicten toch kon plegen. Dat zie ik in die opdracht dan heel goed, aan de buitenkant lief en aardig voor iedereen maar van binnen.....een stuk wat de meeste niet kennen van mij. En het is een opdracht dat ik uhm in ieder geval probeer om te kijken naar mijn lustgevoelens.

I: Lustgevoelens?

P: Ja lustgevoelens, waarin ik probeer het gevoel te krijgen..... of nou ja zeg maar, hoe ik mij toentertijd voelde als ik tegenover haar stond.

I: En wat roept die opdracht dan bij jou op?

P: Nou, ja euh..... wat roept dat bij mij op?..... (lange stilte) in ieder geval naar mijzelf toe, heel veel schaamte en vooral boosheid dat ik zo was, zeg maar....., maar ik kan me daardoor ook beter verplaatsen in hoe mijn dochter zich gevoeld moet hebben dat haar vader zo voor haar stond en zij niet weg kon.

I: Wat gebeurt er nu met je?

P: Ik word weer kwaad op mijzelf en ik word er verdrietig van.

I: Ok, kun je nog verder?

P: ja, dat kan wel, maar ik kan gewoon niet begrijpen dat ik zulke dingen heb kunnen doen.

I: Zijn er nog andere opdrachten die je kunt noemen waardoor je in staat bent om invoelend te kunnen zijn naar je slachtoffer?

P: Tja,..... welke opdrachten heb ik nog meer gemaakt? Ik heb nog niet veel meer opdrachten gedaan waarbij ik zo sterk aan mijn slachtoffer moest denken als deze maar euh.....Er was nog een keer een opdracht met tekenen, nou, ik ben helemaal geen tekenaar maar ik heb een keer een tekening gemaakt met allerlei abstracte kleuren erin en toen kwam bij mij gevoelens van boosheid naar voren toe, in het begin had ik zoiets van dat word weer niks, maar toen ik er met meer aandacht aan ging werken voelde ik echt de boosheid naar boven komen.

I: de boosheid

P: Ja, de boosheid, zeg maar....., je moet het zo zien als een boosheid die ik al die jaren al wel in mij voelde zeg maar.

I: Ok, en uhm..... waarom benoem je nu deze opdracht in het kader van je ontwikkeling?

P: ... Ja, nou het is door die tekening zeg maar, dat ik in andere therapieën ook veel meer aandacht heb kunnen besteden aan mijn boosheid. Het was tot nu toe, zeg maar, nog niet in beeld had gebracht. Door de beeldende therapie heb ik daardoor bij nou bijvoorbeeld gedrag of zo euh zeg maar, een voorzet gehad. Dus daar is wel veel boosheid in naar voren gekomen en ben ik ook beter in staat om deze te uiten.

I: Op wat voor manier uit je je boosheid nu dan?

P: Uhm....., nou als ik nu voel dat iets me niet lekker zit dan zeg ik dit nu ook direct tegen degene en probeer ik het op een normale manier te bespreken om uit te zoeken of mijn irritatie terecht is zeg maar.

I: Ok, en als je dit nou eens in relatie zet tot het in kunnen voelen in andermans gevoelens hoe zou je die situatie dan nu omschrijven?

P: Hoe.... hoe ik op momenten dat ik boos wordt, of boosheid voel me probeer in te leven in de ander?

I: Ja, precies.....

P:..... nou ik probeer nu..... ik probeer voor mezelf op te komen.....

I:en daarbij doe je wat wel of doe je wat niet?

P:.....(lange stilte) uhm nou ik houd er wel rekening mee hoe ik het zeg.

I: Want?

P: Want....., tja die ander kan er wel heel anders over denken dan ik.

I: Ok, dat is ook een manier van jezelf verplaatsen in een ander toch?

P: euh ja, dat is waar.....goh.

I: Op welke manieren merk je bij de beeldende therapie dat je je kunt inleven in jou slachtoffer?

P: Ik denk dat dat te merken is door de manier hoe ik me nu inzet tijdens de therapie en hoe ik erover praat tijdens evaluatiemomenten enzo zeg maar. Bij het maken van mijn werkstukken komt er veel meer verdriet naar boven toe en ik merk dat ik emoties.....dat ik emotioneel meer betrokken ben zeg maar bij mijn werk.

I: Ok, maar wat je nu zegt heeft betrekking op jou functioneren binnen de therapie,

P: Uh hmm

I: Op welke manier merk je, tijdens de beeldende therapie, bij jezelf dat je in kan leven in de gevoelens van het slachtoffer?

P: Lastige vraag.....

I: Uh hmm

P: Hoe merk ik dat bij mijzelf?.....pffff.....(lange stilte) nou wat ik merk is euh, dat ik nu in ieder geval heel anders over mijn dochter denk en ook op een andere manier naar haar kijk..... dat is veranderd.... ook door de beeldende therapie....., maar waaraan merk ik dat....., ik denk dat ik het gewoon merk als ik aan het werk ben met een opdracht, dat ik eerst heel boos kon zijn maar dat ik nu weet dat die boosheid zeg maar niet terecht is om op haar te richten omdat ik.....weet dat dat niet klopt. En daardoor ben ik uhm, haar uhm ook meer gaan zien zeg maar, of eigenlijk meer over nagaan denken, over haar zeg maar.

I: En op welke manier dragen opdrachten daar aan bij?

P: Nou, door die opdrachten te krijgen ga ik toch weer aan de slag en merk ik het heeft er ook mee te maken hoe en wat ik voor opdracht krijg....., meestal wordt ie gegeven na een evaluatie zeg maar, en die zijn altijd erguhm, confronterend zeg maar, daar wordt er heel anders gekeken naar je werkstuk en de beeldend therapeut stelt vragen die ik uhm nou die alles als het ware in een ander licht zetten zeg maar, dan stelt zij een vraag waar ik nooit aan gedacht zou hebben, snap je en dat is dan wel eens lastig, maar vaak komt er dan een opdracht uit die dan toch weer goed bij mij past..... vind ik, ook al tja, is het soms wel erg lastig hoor....

I:Ok,..... dus als ik het goed begrijp is uhm.....de manier hoe opdrachten tot stand komen tijdens de evaluatiemomenten zijn ook van belang hoe jij je kunt invoelen naar jou slachtoffer?

P: Ja dat kun je wel zeggen ja, door op een opdracht door te gaan kom je uhm....., ook de diepte in zeg maar.....,

I: Ja...

P: nou en als ik dan met een opdracht bezig ben die over mijn dochter gaat, zoals collage over het

slachtoffer ofzo, nou dan ben uhm ik toch ook meer met haar bezig.....zeg maar dan met mijzelf..... en zo merk ik wel dat ik bij beeldend met haar gevoel bezig ben zeg maar.

I: En draagt de groep nog iets bij waardoor je beter in staat bent om je in te leven in anderen?

P: Nou ja, natuurlijk.....wel in een bepaald opzicht..... Kijk ik kan uhm, mij niet goed verplaatsen in hun ouderschap omdat ik dat van mijzelf uhm tja, te pijnlijk vindt ofzo..... maar ik herken wel veel van hun dingen, van de nieuwe dan vooral he, heb ik het over.

I: Uhm,Wat herken je dan en op wat voor manier heeft dat te maken met inleven?

P: met inleven ni.....

I: Nou laten we het eerst even hebben over wat je herkent in die nieuwe.

P: uhm, nou ik zie wel waar zij nu in zitten, daar heb ik zelf ook in gezeten en ik zie welke stappen ze nog moeten zetten, maar..... ik vind het ook....., ik vind het gewoon dom dat ze het niet doen

I: Wat vind je dan precies dom, dat zij niet eerder een stap zetten of dat jij de stap niet eerder hebt gezet?

P: (grinnik)..... goed punt.....

I: Je vertelt dat je ook op dat punt in de behandeling heb gezeten, kun je daarvan uit ook begrijpen dat het misschien erg moeilijk is om de stap te zetten en dat er eerst andere dingen voor nodig zijn?

P: Ja, dat is ook zo

I: en wat zegt dat dan over kunnen invoelen?

P: tja, dat iedereen het op zijn eigen manier moet doen.

I: Hee, maar zonder het interview om te zetten naar een therapie, merk je op andere punten dat groepsgenoten een bijdrage leveren voor jou om je in te kunnen leven in hoe anderen zich voelen?

P:.....hahaha, ja dat moesten we maar doen he..... nou ja, bij de mensen die hier langer zitten merk ik wel dat zij.....nou, ik hun gevoelens beter kan volgen omdat ik ook al langer hier ben zeg maar, en dat je ook een band met elkaar hebt. Zij kennen mij ook vanaf het begin en ik heb hun ook al vroeg meegemaakt zeg maar, snap je?

I: Uhm... nee eigenlijk snap ik dat niet zo goed wat je zegt....

P: Nou, ik weet wanneer hun iets dwars zit, ik kan aan hun voelen als er iets speelt zeg maar...

I: en heb je dat moeten leren?

P:Nou uhm niet direct leren, maar als je vijftien maand in therapie bent dan leer je in ieder geval wel signalen bij je groepsgenoten herkennen, zeg maar.....

I: Hoe dan?

P: Nou omdat de therapeuten er ook voor zorgen dat niets onbesproken blijft en je gaat dan ook zien wanneer anderen bijvoorbeeld....stiller zijn of anders reageren ofzo....

I: uhm , ok.....Kun je een voorbeeld geven binnen de beeldende therapie?

P: Nou.... uhm..... bij een evaluatie zeg maar, als iemand dan iets vertelt dat niet klopt of als ik het idee heb dat hij iets achterhoudt dan kan ik me enigszins verplaatsen in waarom hij dat doet maar dan vind ik dit niet goed omdat ik dan weet dat hij juist steun kan gebruiken in de vorm van kritiek ofzo zeg maar, snap je, en ook merk ik wel dat als iemand iets heel moeilijk vertelt en dat lastig vind zeg maar dan kan ik me zo goed inleven hoe het is om daar te staan want dat heb ik ook moeten doen, nou en dan heb ik het ook wel even moeilijk enzo,en dan kan ik ook begrijpen als het erop zit dat hij opgelucht is en leeg.

I: Ok... Zeg, ik heb al mijn vragen nu gesteld en denk ik dat ik voldoende informatie heb, uhm..... zijn er nog dingen die jezelf nog zou willen zeggen?

P:(lange stilte) Nee, eigenlijk niet...

I: Ok,... dan wil ik dit interview beëindigen, mag ik je bedanken voor je medewerking en dat je de tijd hebt vrijgemaakt?

P: Graag gedaan en geen punt.....

I: Tot ziens,

P: Tot ziens.

Interview 2 Samenvatting

Duur van het interview: 32 minuten 57 sec

De reden dat de patiënt in aanraking is gekomen met het forensisch behandelinstituut is omdat hij zich schuldig heeft gemaakt aan het plegen van ontuchtelijke handelingen met zijn minderjarige nichtje en het in het bezit hebben van kinderporno. Het betasten van zijn nichtje is volgens de patiënt 'een keer of tien' gebeurd. De reden dat dit volgens de patiënt gestopt is, is omdat de patiënt merkte dat het nichtje niet meer wilde door weg te lopen en het thuis aan haar ouders vertelt had. De patiënt geeft aan dat hij destijds het idee had dat het nichtje het contact met de patiënt net zo prettig ervaarde als dat de patiënt zelf deed.

De patiënt is op het moment van schrijven tien maanden in behandeling. Het doel van de behandeling is volgens de patiënt; delictpreventie door het verkrijgen van inzicht in onderliggende drijfveren zodat het nooit weer gebeurd.

Patiënt geeft aan dat hij in het begin van zijn behandeling het nut van de beeldende therapie niet inzag, omdat hij zich er totaal geen voorstelling bij kon maken hoe de therapievorm bij zou kunnen dragen aan zijn behandeling. Nu hij tien maanden in behandeling is merkt op een aantal punten dat de beeldende therapie toch een effect op hem heeft. Hierbij speelt de rol van de beeldend therapeut een belangrijke rol volgens de patiënt. Het is de manier van doorvragen waardoor de patiënt merkt dat hij door middel van zijn werkstuk op een andere manier naar zichzelf leert kijken. De patiënt geeft aan dat hij bij de beeldende therapie geconfronteerd wordt met gevoelens over zichzelf waar hij normaliter van zou zijn weggelopen. Maar omdat hij deze gevoelens in een werkstuk moet verwerken 'komt het ineens heel dichtbij' en bestaat de mogelijkheid om er voor weg te lopen ook niet. Het doel van de beeldende therapie is volgens de patiënt; meer inzicht krijgen in de onderliggende 'dingen' van die geleid hebben tot aan zijn delicten. De patiënt vertelt hierbij dat het voor hem niet alleen delict gerelateerd is maar dat hij op alle fronten van zichzelf binnen de beeldende therapie aan het werk wordt gezet. Karaktereigenschappen van hemzelf worden volgens hem tegen het licht gehouden waardoor hij vervolgens 'gedwongen' wordt om deze onder ogen te komen en er in een vervolg opdracht iets mee te moeten doen.

Het in beeld brengen van persoonlijke onderwerpen is voor de patiënt soms erg moeilijk om te doen, het roept met name veel schaamte op en laten hem stil staan bij situaties die hij liever vermijdt.

De patiënt noemt de opdracht 'zichzelf uitbeelden als landschap' als een opdracht waar hij in eerste instantie niet precies wist wat hij er mee aan moest. Maar tijdens een evaluatie moment ontdekte hij elementen in zijn werkstuk die hij in eerste instantie onbewust had aangebracht maar die tot zijn verbazing uiteindelijk veel meer over hem zeiden dan dat hij had gedacht van te voren. De patiënt benoemt de evaluatie momenten als belangrijke momenten voor hem tijdens de therapie. Hij verbaast zich wat er uit zijn eigen werkstuk naar voren komt en vindt deze momenten dan ook erg leerzaam. Volgens de patiënt werkt beeldende therapie door. Daarmee bedoelt hij dat uit een geëvalueerde opdracht weer een nieuwe opdracht volgt waarop hij zijn vorige opdracht verder uitdiept of aan nieuwe punten gaat werken die naar voren zijn gekomen.

Door het in beeld brengen van en het onder woorden brengen van persoonlijke gevoelens krijgt de patiënt een realistischer beeld over zichzelf. Zo vertelt hij dat hij valkuilen leert onderscheiden van negatieve eigenschappen (neiging om dingen stiekem te doen, terugtrekken bij conflict) maar ook het erkennen dat hij niet alleen maar slecht is, maar ook kwaliteiten bezit (behulpzaam zijn, gevoelens leren delen met o.a. partner). Tijdens het werken merkt de patiënt dat hij na verloop van tijd ook wat vaker aan zijn slachtoffer terugdenkt. Volgens hem komt dit omdat hij inmiddels zijn eigen situatie wat beter overziet en zich wat meer kan richten op andere zaken als zijn directe en indirecte slachtoffers en ook zijn toekomstperspectief. Voor als nog ziet het er niet heel rooskleurig uit maar stapje bij beetje krijgt de patiënt er meer vertrouwen in.

De patiënt vertelt dat het kijken naar kinderporno hem altijd verschrikkelijk heeft opgewonden en dat hij in het begin van de behandeling hier nog regelmatig over fantaseerde. Volgens de patiënt neemt dit

fantaseren steeds meer af en komen er andere gedachten bij hem naar boven als hij aan bepaalde beelden terugdenkt. Nu voelt hij verdriet en schaamte. Hij vertelt dat hij zich realiseert dat hij indirect heeft bijgedragen aan het misbruik dat de meisjes in de filmpjes hebben ondergaan. “geen van hen doet dit vrijwillig volgens mij en ergens is het de machthebbende factor die mij heeft opgewonden. Maar nu voel ik verdriet en schaam ik mij dat ik dit heb gedaan” aldus de patiënt.

De patiënt vertelt dat hij vanuit zijn eigen opvoeding niet gewent is om over gevoelens en emoties te praten. De patiënt heeft zelf ook een verleden met seksueel en fysiek geweld vanuit het ouderlijk huis meegemaakt waardoor het leven met geheimen en dubbele agenda's en boodschappen 'normaal' waren voor hem. De patiënt werkt nu aan de opdracht 'het levensboek' waar hij eigenlijk voor het eerst stil wordt gezet om emotionele gebeurtenissen uit zijn verleden onder ogen te komen en hiermee aan de slag te gaan. Deze opdracht werkt volgens de patiënt door op zijn gevoelsbeleving, niet alleen die van zichzelf maar ook van zijn slachtoffer. Zo vertelt hij dat hij elementen van zijn verleden tegenkomt die hem zijn overkomen maar die hij ook zijn slachtoffer heeft aangedaan. De gevoelens van de slachtoffers gaan een steeds grotere rol spelen volgens de patiënt maar om daar toe te komen moet er eerst ruimte ontstaan om uiteindelijk zichzelf daarin te kunnen verplaatsen.

Het groepstherapeutische proces speelt volgens de patiënt ook een belangrijke rol om jezelf te leren verplaatsen in de gevoelens van anderen. De patiënt benoemt dit als een proces waar je in eerste instantie aan elkaar moet wennen maar waar naarmate je elkaar langer en beter kent je ook steeds meer van elkaar gaat verwachten en elkaar vaker confronteert met de dingen die er gezegd worden of soms ook de dingen die juist niet gezegd worden maar die mensen naar elkaar toe uitstralen. “we zitten in hetzelfde schuitje en daarom spreken we elkaars taal en voelen we ons vrijer om elkaar aan te spreken als dat nodig is”, aldus de patiënt. Hierdoor leert de patiënt zich beter te verplaatsen in de beleving van groepsgenoten en dat werkt indirect door in het kunnen verplaatsen in de gevoelens van het slachtoffer.

De patiënt geeft aan dat hij binnen de beeldende therapie nog geen opdrachten heeft gekregen die in direct verband staan met slachtoffer-empathie maar dat hij deze opdrachten tijdens evaluatiemomenten van groepsgenoten wel voorbij heeft zien komen en dat hij daardoor wel aan het denken wordt gezet.

Duur van het interview: 38 minuten 14 sec

De reden dat de patiënt in behandeling is gekomen bij het forensisch behandelinstituut is omdat hij seksueel misbruik heeft gepleegd met zijn stiefdochter voor een periode van vijf jaar. In die periode misbruikte de patiënt bijna wekelijks zijn stiefdochter.

De stiefdochter is op haar negentiende zichzelf gaan wonen waardoor er meer afstand ontstond en zich steeds meer afzonderde in het contact. De patiënt heeft een oproep van de politie gekregen om zich te melden.

De patiënt geeft aan dat hij in eerste instantie de ernst van zijn toedoen niet inzag en ervan uit ging dat hij na een represailles van een uur weer naar huis kon gaan. Na een verblijf van drie dagen op het politiebureau waarbij de patiënt iedere dag verhoord werd, begon het naar eigen zeggen te dagen dat wat hij gedaan had ernstig was en zeker gevolgen voor hem zouden hebben.

De patiënt is op dit moment tweeënhalf jaar in dagbehandeling met naar eigen zeggen als doel: delictpreventie en inzicht krijgen in hetgeen dat hij het directe en de indirecte slachtoffers heeft aangedaan.

Toen de patiënt aan het begin van zijn behandeling stond was hij vooral boos op zijn slachtoffer. Naar eigen zeggen hadden ze in de periode van misbruik een goed contact en was er een wederzijds gevoel van verliefdheid en voelde hij zich zwart gemaakt en enigszins verraden omdat ze hem heeft moeten beloven dat ze hem nooit aan zou geven.

Binnen de behandeling richt de beeldende therapie zich volgens de patiënt met name op de eigen gevoelsbeleving en de gevoelsbeleving van het slachtoffer, daarnaast is het ook een confronterende therapie omdat je in beeld moet brengen wat je gedaan hebt. Volgens de patiënt is dit belangrijk om erachter te komen wat er onder zijn ouderschap schuilt zodat hij ervoor kan zorgen dat hij het niet weer zal laten gebeuren.

Er worden verschillende werkvormen volgens de patiënt voor ingezet. Er zijn collage-opdrachten, schilder-opdrachten en klei-opdrachten die als doel hebben dat je je leert verplaatsen in 'hoe het slachtoffer zich voelt'.

Voor de patiënt zijn het vooral de collage-opdrachten waarmee hij het beste verbinding weet te maken met zijn eigen gevoelsbeleving en die van het slachtoffer. Het helpt hem om concrete voorbeelden te gebruiken omdat hij op die manier via de afgebeelde uitdrukking beter in staat is om zijn eigen slachtoffer voor zich te zien. Dit draagt er toe bij dat de patiënt zichzelf meer confronteert met het verdriet waardoor hij als het ware zichzelf een spiegel voorhoud die hem er toe dwingt zijn daden onder ogen te komen. De patiënt geeft hierbij aan dat het voor hem belangrijk is om de verantwoordelijkheid te leren dragen omdat hij anders terugvalt in SOB's (Schijnbaar Onbelangrijke Beslissingen) en daardoor de ernst van de situatie uit het oog verliest.

De patiënt noemt een aantal collage opdrachten als 'hoe zie jij jezelf', 'hoe heeft het slachtoffer zich gevoeld ten tijde van het delict' die hem in beweging hebben gezet om meer stil te staan bij de gevolgen voor het slachtoffer die zijn daden met zich mee hebben gebracht. De patiënt kan niet goed verwoorden wat het precies is dat hem in beweging heeft gezet maar geeft wel dat hij erdoor geraakt is.

De patiënt omschrijft zich zelf als iemand die niet goed in staat is om bij zijn gevoelens te komen. Als reden geeft hij hiervoor aan dat hij al twintig jaar met depressieve klachten rondloopt en hiervoor bepaalde medicatie slikt die als bijwerking hebben dat zijn gevoelsbeleving wordt onderdrukt. De patiënt vertelt dat hij last heeft van stemmingswisselingen waardoor hij het leven soms niet meer zag zitten. De patiënt geeft aan dat hier gedurende de algehele behandeling in positieve zin verandering in komt. De patiënt merkt naar eigen zeggen dat door het delen van gevoelens er ruimte ontstaat waardoor hij zich minder depressief voelt. Inmiddels is de patiënt langzaam bepaalde medicatie aan het afbouwen en merkt hij naar eigen zeggen dat hij meer contact kan maken met zijn gevoelens en deze ook beter kan uiten naar anderen. Binnen de beeldende therapie geeft hij aan dat het hem stukje bij

beetje beter lukt om gevoelens zowel in beeld als in woord om te zetten. Hierbij is de patiënt ook beter in staat om meer aandacht te schenken aan de gevoelens van zijn slachtoffer.

De beeldende therapie biedt de patiënt ook de mogelijkheid om bepaalde patronen te doorbreken. Zo geeft de patiënt aan dat hij een halsstarrige houding had en dat dit in tekeningen en schilderijen terugkwam in het steeds maar werken in lijnen. Hierin is de patiënt naar eigen zeggen uitgenodigd om eens te experimenteren met andere vormen en materialen. Dit heeft op de patiënt een bevrijdende werking gehad. Hij leerde kanten van zichzelf ontdekken die hij nog niet eerder kende. De patiënt vertelt dat beeldende therapie hem ook helpt met het overwinnen van bepaalde angsten als het delen voor de groep en het voor zichzelf opkomen. Het feit dat hij een collage of een schilderij neer kan zetten geeft hem het gevoel dat hij tijdens evaluatiemomenten minder direct wordt overvallen met kritische vragen of opmerkingen maar dat deze meer gaan over zijn werk dan dat ze persoonlijk op hem gericht zijn. De patiënt noemt een groepsopdracht met klei waarbij iedereen zoveel mogelijk klei moest veroveren van groepsgenoten. Dit was volgens de patiënt erg moeilijk om te doen omdat hij zich erg bescheiden voelt. Door het toch te proberen heeft hij hier een goed gevoel aan over gehouden en heeft hij mede hierdoor het idee dat 'voor jezelf opkomen, best belangrijk is'. Dit draagt er volgens de patiënt toe bij dat hij een beter zelfbeeld ontwikkeld en dat hij vanuit die beweging zichzelf ook beter in staat acht om verantwoordelijkheid te dragen voor de door hem aangerichte schade bij het directe slachtoffer en de indirecte slachtoffers.

Ook het schrijven van brieven en gedichten die de patiënt moest koppelen aan de dor hem gemaakte werkstukken hebben er volgens hem aan toe bijgedragen dat hij steeds bewuster is gaan stilstaan bij de gevoelens van zijn slachtoffers.

Door de beeldende therapie geeft de patiënt aan steeds meer inzicht te krijgen in zijn persoonlijkheid en wat hij gedaan heeft. Door het in beeld brengen van de persoonlijke kenmerken wordt het voor de patiënt steeds duidelijker op welke punten 'hij de plank mis heeft geslagen'. Zijn gevoelens van verliefdheid, zo vertelt hij, en het feit dat hij zijn stiefdochter zag als een vrouw waarmee hij probeerde volwassen problemen te bespreken en op een volwassen manier lief probeerde te hebben, door er onder andere seksueel contact mee aan te gaan, ziet hij mede de beeldende therapie als 'gedachten-kronkels'. Naast dat de patiënt bij zichzelf een verandering merkt met betrekking tot het inleven in zijn slachtoffers wordt hij, naar eigen zeggen, hierin ook bekrachtigd door zijn directe omgeving.

Na tweeënhalf jaar behandeling geeft de patiënt aan dat hij sterker in zijn schoenen staat en dat hij zich bewust is van hetgeen dat hij heeft aangericht en dat er niemand anders dan hijzelf voor verantwoordelijk is voor zijn daden en dat hij die verantwoordelijkheid zal moeten dragen en dat hij in staat is om zich naar zijn beste kunnen te kunnen verplaatsen in hoe het slachtoffer zich moet voelen en dat de gevolgen van zijn daden verstrekkende gevolgen hebben voor zijn directe en indirecte slachtoffers.

Interview 4 Samenvatting

Duur van het interview: 40 minuten 05 sec.

De reden dat de patiënt in aanraking gekomen met het forensisch behandelinstituut omdat hij zijn beide dochters meerdere malen heeft betast. De patiënt geeft aan dat hij zelf degene is geweest die hulp is gaan zoeken. Het betasten van zijn dochters was inmiddels acht jaar gestopt. De beide dochters zijn op volwassen leeftijd samen met hun partners en de patiënt hierover in gesprek geweest. In eerste instantie dachten de dochters dat zij het proces zelf zouden kunnen verwerken, maar bleven hier indirect mee rondlopen. De patiënt merkte dit vooral bij zijn jongste dochter, die ging op zichzelf wonen en kwam na verloop van tijd steeds minder vaker thuis. Als reden gaf de jongste dochter aan dat het door de betastingen van haar vader kwam. De patiënt geeft aan dat hij dacht dat hij het 'een plaats' had gegeven maar uit het gesprek is het weer gaan leven en merkte hij dat hij niet zo langer door kon gaan. Het gegeven bleef hem veelvuldig bezighouden tot op het punt dat hij psychisch en lichamelijk 'in de knoop' zat. De patiënt is voor een periode van tweeënhalf jaar in behandeling gekomen en zit momenteel in een nazorg traject.

Binnen de beeldende therapie is volgens de patiënt met name aandacht besteedt aan zijn gevoelsbeleving. Daarin is hij in eerste instantie aan de slag gegaan met het neerzetten van gevoelens die hij over zichzelf had. Één van de opdrachten die de patiënt noemt is de opdracht waarin hij zichzelf als landschap uitbeeld. Dit is een verlaten eiland geworden waar hij in een hutje eenzaam zou kunnen weggroten. Deze opdracht verbeelde naar eigen zeggen precies hetgeen dat hij ten aanzien van zichzelf voelde. Voor de patiënt was het onbegrijpelijk dat na wat hij gedaan heeft bij zijn slachtoffers er nog zoveel mensen om zich heen te hebben die er voor hem zijn. Ten tijde van het maken benoemt de patiënt dat hij vooral bezig was met het te boven komen van zijn eigen schaamte maar nog niet volledig gefocust was op de gevoelens van zijn slachtoffers. Dit is later in de beeldende therapie aan bod gekomen. In eerste instantie heeft de patiënt zichzelf door middel van schilderijen zichzelf in beeld gebracht. Hij geeft aan dat dit hij er toentertijd weinig bij voelde en dat hij het nut van de beeldende therapie niet inzag, het schilderen was slechts geklieder en geklodder. Omdat de patiënt geen binding met de gekozen werkvorm had geeft hij aan dat hij op bepaalde punten sociaal wenselijk kon reageren. Naar eigen zeggen “konden ze het krijgen zoals ze het wilden hebben, als blauw voor blij staat en rood voor boos, dan deed ik dit braaf maar voelde er verder niets bij”. Dit veranderde toen de patiënt in collage vorm begon te werken. Hij ervaart dit materiaal als concreet en kon er veel meer expressie in kwijt. Het is vanuit deze verandering van materiaal dat de patiënt, zo geeft hij aan, beter in staat is geweest om verbinding te maken met zijn gevoelsbeleving, als voorbeeld benoemt de patiënt dat als hij in een tijdschrift een foto van een huilend kind ziet dat hij dan beter in staat om zijn eigen dochter voor ogen te halen wat op zijn beurt weer meer gevoelens bij hem oproept en meer verbinding met zijn werkstuk kan maken. Ook vind de patiënt het belangrijk dat hij betrokken wordt bij de totstandkoming van een opdracht, hij ziet sit als een soort warming up om er alvast mee bezig te kunnen gaan. Belangrijke collage opdrachten waren: – De daderschapscollage, waarin de patiënt vertelt hoe hij als vader naar zijn slachtoffer keek. Dit was voor hem een belangrijk moment omdat hij voor het eerst eens van een afstand door zijn eigen ogen heen heeft gekeken. – De collage 'eigen slachtofferschap' waarin de patiënt allerlei elementen in beeld heeft gebracht waar hij zelf slachtoffer van is en die hij tot nu toe zelf met zich mee heeft moeten dragen zonder het gevoel het met anderen te kunnen delen. Ook de opdracht 'het levensboek' heeft een belangrijke bijdrage geleverd aan het contact maken met en het leren in beeld te brengen van emoties. In het levensboek zo vertelt de patiënt werd het voor hem inzichtelijk waarom hij moeite heeft met het uiten van emoties. Tegelijkertijd, zo vertelt hij, heeft het er ook toe bijgedragen dat hij is gaan inzien wat het belang van 'je emoties delen' is. Door het in beeld brengen van alle voor hem emotionele gebeurtenissen uit zijn leven en deze met de groep te delen tijdens een evaluatie moment gaf een gevoel van opluchting. De patiënt benoemt nadrukkelijk dat hij vindt dat de beeldende therapie zich hierin onderscheidt van de andere therapievormen. Daar wordt volgens de patiënt wel aandacht besteed aan gebeurtenissen uit het verleden maar niet in de

volledigheid zoals dat bij de beeldende therapie gebeurt.

Langzaam aan merkte hij dat er een verschuiving in hem plaatsvond na aanleiding van deze opdrachten. De patiënt benoemt dat deze opdrachten inspeelde op zijn verantwoordelijkheidsgevoel. De patiënt vertelt over een realisatie moment dat hij besepte dat hij ondanks wat er ten grondslag lag van zijn delicten, hij wel diegene is die er verantwoordelijk voor is. Vanaf dit moment is de patiënt zich veel meer gaan bezig houden met de gevoelens van zijn slachtoffers.

In de collage 'Gevoelens van het slachtoffer' heeft de patiënt zich naar eigen zeggen kunnen verplaatsen in het verdriet van zowel zijn directe slachtoffers als de indirecte slachtoffers. De patiënt geeft aan dat hij heel bewust heeft stil gestaan bij deze opdracht om de gevoelsbeleving van zijn slachtoffers weer te kunnen geven. Zo heeft hij naast plaatjes van jonge vrouwen ook plaatjes van oudere vrouwen met emotionele gezichtsuitdrukkingen weer gegeven om voor zichzelf helder te hebben dat zijn delicten niet alleen gevolgen hebben voor zijn dochter maar zeer zeker ook voor zijn vrouw.

De opdracht 'de daad' in klei was voor de patiënt veruit de meest confronterende opdracht. Het letterlijk uitbeelden van hetgeen dat hij zijn dochter aangedaan heeft, heeft hem bekneld en was voor hem een breekpunt in de beeldende therapie dat zijn doorwerking had in de andere therapieën. In één klap werd hem duidelijk wat de lading van zijn daad was en welke gevolgen deze voor het slachtoffer hebben gehad. Het was voor hem de eerste keer dat hij met al zijn verworven inzichten inzag wat voor man hij was geweest. De patiënt vertelt dat hij het stadium van schaamte voorbij was en dat het vooral gevoelens van afkeer en boosheid waren die hij naar eigen zeggen “tot op het bot toe” voelde.

Een andere opdracht die binnen de beeldende therapie gegeven wordt en in relatie staat met het tonen van invoelend vermogen is volgens de patiënt 'de gift met brief'. Hij ervaarde deze opdracht als een werkstuk waar hij met veel aandacht aan heeft gewerkt. Tijdens het maken van het werkstuk en het schrijven van de brief kwamen veel emoties naar boven. Hij geeft aan zijn aandacht volledig op zijn slachtoffers te hebben gericht en te hebben stil gestaan bij hun gevoelens zonder daarbij zich zelf te laten beïnvloeden door zijn eigen referentiekaders. Elke handeling en elk woord heeft hij met zorg overwogen en uitgevoerd met de intentie hun iets te geven waarin hij oprecht spijt betuigt en laat zien dat hij volledige verantwoordelijkheid neemt voor zijn daden en dat zijn gedachten en gevoelens uitgaan naar hun welzijn.

De patiënt ervaart evaluatiemomenten als belangrijke momenten om stil te staan bij de gevoelens van zijn slachtoffers. Hij merkt bij zichzelf dat hij tijdens deze momenten extra stil staat bij de gevoelens van zijn slachtoffers omdat hij aan de hand van zijn werkstuk kritisch bevraagt wordt door de beeldend therapeut en zijn groepsleden. Er worden zaken aangehaald waar de patiënt naar eigen zeggen nog niet eerder bij stil had gestaan en het werk vanuit een ander perspectief leert benaderen. Dit draagt er volgens de patiënt toe bij dat hij er toe gezet wordt om meer en meer, naarmate hij verder in het beeldend therapeutische proces komt, in leert voelen in de gevoelsbeleving van zijn slachtoffers.

Ook het groepsproces is een belangrijke factor voor de patiënt om invoelend vermogen te ontwikkelen. Het gegeven dat zijn allemaal met 'een soortgelijke' ervaring spreken draagt er volgens de patiënt toe bij dat je minder kunt verhullen omdat groepsleden weten wanneer je op een eerlijke manier met je behandeling omgaat. Het maakt wel verschil volgens de patiënt of iemand net in behandeling komt of al langere tijd in behandeling is. Degenen die net starten zijn vooral nog met hun 'eigen' slachtofferschap bezig en dragen daarbij nog geen verantwoording voor hun delicten en zijn al helemaal niet bezig met de gevolgen voor het slachtoffer.

De patiënt benoemt dit als een route die patiënten af moeten leggen om tot invoelend vermogen te komen.

Interview 5 Samenvatting

Duur van het interview: 45 minuten 37 sec.

De reden dat deze patiënt in behandeling is op het forensisch instituut is omdat hij gedurende een periode van anderhalf jaar gemiddeld één keer per week zijn stiefdochter seksueel misbruikt heeft. De reden dat het seksueel misbruik is gestopt is omdat de stiefdochter een woedeaanval op school heeft gehad waarbij zij alles vertelt heeft tegen een mentor. Deze heeft vervolgens het Algemeen Meldpunt Kindermishandeling (AMK) ingeschakeld die op hun beurt de politie ingelicht heeft en de patiënt heeft gearresteerd.

Dit was voor de patiënt heel beangstigend, hij was bang om alles kwijt te raken maar had ook een gevoel van opluchting. De patiënt geeft aan dat hij niet bij machte was om dit te stoppen. De drang om door te gaan nam de overhand en voelde zich overmand door de drang om eigen behoeften te vervullen. Lichte mate van besef (altijd achteraf) dat wat er gebeurde niet goed was maar geen grip op de situatie. De patiënt is nu 9 maanden in behandeling.

Doel van de behandeling is het bewust worden van hetgeen hij gedaan en aangericht heeft en te kijken waar het zit zodat hij geen seksueel delict meer pleegt. Het krijgen van handvatten die hij tijdig in kan zetten om te voorkomen dat hij in herhaling valt.

Hierbij is het inzichtelijk maken een belangrijk onderdeel. Door te kijken naar achterliggende gedachten en gevoelens die ten grondslag liggen ontwikkeld de patiënt handvatten voor zichzelf om in de hand te houden en in de toekomst anders om te gaan met prikkelende situaties. De patiënt vertelt dat hij heel veel morele gevoelens heeft gehad en heeft weggemaakt om ernst van delict te kunnen verhullen. In de behandeling komen gevoelens naar boven en wordt er bij stil gestaan.

Volgens de patiënt gaat het binnen de beeldende therapie met name om zijn gevoelsbeleving te onderzoeken. Binnen beeldende therapie is het makkelijker om aan gevoelens te werken omdat de patiënt in de gelegenheid is om die gevoelens eerst te laten zien in het werkstuk in plaats van ze te moeten vertellen. Als het ware gaat de patiënt er op een wat speelse manier mee om. Dit biedt een stukje veiligheid die er anders niet is. Het is wel belangrijk dat het materiaal aansluit, anders kan de patiënt er naar eigen zeggen: “echt niets mee”.

De beeldende therapie wordt in stapjes aangeboden. Allereerst krijgt de patiënt opdrachten waarin hij zichzelf op een andere manier leert zien. Hoe zit de patiënt zelf in elkaar en vervolgens komen gevoelens van het slachtoffer aan bod.

Evaluatie momenten zijn belangrijk tijdens de beeldende therapie. Volgens de patiënt dragen deze momenten bij aan het helder krijgen van onduidelijkheden die anders niet aan de orde zouden zijn gekomen. Groepsgenoten en de beeldend therapeut zetten het werkstuk in een ander licht dan de manier waarop de patiënt naar zijn eigen werk keek.

Volgens de patiënt is het belangrijk om eerst zichzelf te onderzoeken voor dat hij ruimte ervaart om naar de beleving van het slachtoffer te kunnen kijken. Door eerst met zichzelf aan het werk te gaan ontdekt de patiënt binnen de beeldende therapie waar zijn valkuilen liggen en hoe deze ontstaan zijn. Voorbeelden van opdrachten die hier toe bijdragen en belangrijk zijn geweest voor de patiënt zijn; de vreemde vogel, wie ben ik.....

De vreemde vogel is een schilder-opdracht waarbij de patiënt zichzelf in de vorm van een vogel op de muur schildert. De patiënt geeft aan naar zichzelf vanuit een ander perspectief te kijken. Hij ziet hoe hij was / is en kan dit naar zichzelf en naar groepsgenoten toe vertellen. Groepsgenoten reageren op dit werk en zetten, volgens de patiënt, hem op hun beurt weer aan het denken door kritische vragen te stellen. Volgens de patiënt werkt dit verruimend omdat groepsgenoten anders naar de tekening kijken en elementen ervan benoemen die de patiënt zelf nog niet had gezien.

De collage: “wie ben ik” duidelijk dat hij veel boosheid in zich heeft en een kort lontje naar de buitenwereld toe heeft. Deze collage roept tijdens het maken veel verschillende gevoelens op bij de patiënt. Het roept vooral veel schaamte en verdriet op.

Het voelen van de schaamte en verdriet is erg lastig volgens de patiënt, het is lastig om te laten zien aan

anderen omdat hij angst heeft dat anderen oordelend over hem zijn. Naast deze gevoelens voelt de patiënt steun van groepsgenoten. Hij geeft aan dat het voor hem makkelijker is om zijn emoties te delen met groepsgenoten die een soort gelijk delict hebben gepleegd.

Ook de vraag waarom heb ik dit gedaan komt voor het eerst op bij de patiënt bij dit werkstuk. Hierdoor leert de patiënt met andere ogen kijken naar zichzelf. Eerst waren er gedachten dat alles goed was en hij met het plegen van zijn delicten door kon gaan, nu wordt hij in de beeldende therapie ermee geconfronteerd en blijkt achteraf dat hij dingen anders had moeten doen waardoor het wel goed had kunnen gaan. De patiënt geeft aan dat hij bij zichzelf merkt dat hij in beweging komt. Dat hij wat meer in staat is om niet alleen maar naar zichzelf te kijken maar ook een beetje naar zijn omgeving.

Door de confronterende werking van het in beeld brengen van persoonlijke eigenschappen geeft de patiënt aan ook anders naar zijn eigen ouderschap te kijken. De patiënt geeft hierbij aan dat hij in eerste instantie geneigd is om een kenmerk van zichzelf aan te wijzen als reden voor zijn delictgedrag. Als voorbeeld geeft hij aan dat hij geneigd is het feit dat hij een introvert persoon is die alles opkropt als excuus en alles-verklarende factor te gebruiken. De patiënt benoemt dat hij al gauw in de gaten kreeg dat hij dit als excuus gebruikte als middel om het voor zichzelf te kunnen verantwoorden maar dat dit niet goed is. Het staat naar eigen zeggen zeker met zijn delictgedrag in verband maar het is geld niet als legitieme reden voor zijn delict. Hij vindt dat hij verantwoording hoort te dragen omdat hij er naar eigen zeggen “met zijn volwassen handen aan een minderjarig meisje heeft gezeten”. Hij wist dat het officieel niet mag, op mijn vraag, of het naast dat het officieel niet mag hij het wel zou willen, geeft de patiënt aan dat hij dat nu absoluut niet meer zou willen en dat hij o.a. door het beeldende proces inzicht ontwikkelt in eigen gevoelens en de manier waarop hij signalen verkeerd geïnterpreteert heeft.

De patiënt geeft aan dat hij in de beeldende therapie nog niet gericht bezig is met slachtoffer-empathie, maar dat hij indirect bij zichzelf wel merkt dat er bij hemzelf meer ruimte ontstaat om niet alleen naar de negatieve gevolgen voor zichzelf te kijken. De patiënt geeft aan dat de beeldende therapie hieraan bijdraagt omdat hij de ruimte krijgt om gevoelens en emoties te kunnen delen met de therapeuten en met zijn groepsgenoten waarbij hij opluchting ervaart dat hij het deelt. Hier gaat wel een hoop schaamte aan vooraf maar door de schaamte te overwinnen en de stappen te zetten geeft hij aan dat hij beter in staat is om “wat meer om zich heen te kijken” in plaats van zichzelf als slachtoffer te zien omdat hem van alles is ontnomen.

Ook buiten de therapieën merkt de patiënt dat hij zijn aandacht meer richt op anderen. Toen de patiënt nog verbleef in 'het huis van bewaring' (HVB) en daarna in het 'open kamp' was hij blij als hij op verlof naar huis mocht. Hij ervaart dat nu anders, zijn aandacht ligt meer bij hetgeen hij in de thuissituatie heeft aangericht, met name naar de indirecte slachtoffers, als zijn partner die nog steeds bij hem blijft en de manier waarop anderen naar haar toe reageren. Hierdoor voelt de patiënt zich beschaamd en heeft hij veel bewondering voor het feit dat zij nog bij hem is.

Het groepsproces is een belangrijk element om te oefenen met invoelend te kunnen zijn naar anderen. In eerste instantie merkt de patiënt dat hij erg steunend is en geraakt wordt door herkenbare verhalen als het aankomt op wat de groepsgenoot allemaal kwijt is geraakt en dat hij zich daar volledig in kan verplaatsten, maar naarmate de patiënt langer in therapie is merkt hij dat hij steeds kritischer wordt in het tonen van zijn invoelendheid. Hij benoemt dat hij enerzijds begrip heeft voor het verdriet van een mede patiënt maar dat hij daarnaast vindt dat zijn groepsgenoot ook verder moeten kijken dan alleen maar zichzelf. De patiënt ervaart dit omdat hij binnen de beeldende therapie en andere therapieën de stap heeft kunnen zetten om voorbij zijn eigen slachtofferschap te kunnen kijken en nu zijn eigen gedrag terug ziet in groepsgenoten die net in behandeling zijn gekomen.

Bijlage II: Interviews met beeldend therapeuten

Interview 1 Transcript

I: Goedemiddag en welkom

BT: Hallo

I: In het kader van mijn afstuderen doe ik onderzoek naar de ontwikkeling van het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen binnen de beeldende therapie. Omdat het steeds noemen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik nogal een hele mond vol is zal ik gedurende het interview het hebben over de zedendelinquent en of de doelgroep.

BT: Ok, is goed

I: Ik wil het graag met je hebben over een aantal onderwerpen om daar een helder beeld over te krijgen. Ik wil het hebben over de empathische ontwikkeling binnen de beeldende therapie, hoe is het verloop welke stappen worden daar in gezet, welke stappen zet jij.

Ik wil het ook hebben over werkvormen, over bepaalde opdrachten die je inzet en met welk doel je dat doet en wat dat bijdraagt aan het empathische vermogen. En ik wil het hebben over de empathische houding, hoe stem je af op je patiënten en wat ze nodig hebben.

Er zullen ook wel kenmerken van incestplegers naar boven komen, waar je wellicht de mogelijkheden en onmogelijkheden vind. En daarnaast ook de mogelijkheden en onmogelijkheden van het medium. En het gaat ook over het onderscheid, hoe merk je nu als een patiënt een empathische reactie geeft of wanneer het gaat over zelfmedelijden, hoe merk je dat het oprecht is.

BT: oké

I: zou je mij iets kunnen vertellen hoe je binnen de beeldende therapie werkt aan het ontwikkelen van het empathische vermogen. In de literatuur heb ik gevonden dat het ontwikkelen van het empathische vermogen een heel belangrijk aspect is omdat het voor zedendelinquenten delict preventief werkt als mensen kunnen invoelen. En het staat in heel veel instellingen ook wel op de agenda, dat als je kunt invoelen wat je gedaan hebt dat dat bij draagt aan delict preventie. En is dat dan ook zo binnen de beeldende therapie.

BT: of het bijdraagt aan het voorkomen van een nieuw delict?

I: ja

BT: en kan natuurlijk niet zeggen dat dat waar is, ik hoop natuurlijk wel dat het zo is. En ik ben van mening, maar dat heb ik niet onderzocht, maar ik ben van mening dat dat stuk aandacht vraagt omdat het terug vallen in delicten anders wel groot is, groter is dan als je het niet doet, dat is wat ik denk. Maar bewijs heb ik niet, maar als kijkt, dan zijn er meer onderdelen, het is niet alleen het empathische maar ze moeten ook empathisch naar zichzelf zijn en niet alleen naar het slachtoffer. Als ze geen contact maken met hun eigen gevoel kunnen ze ook niet naar een ander empathisch zijn. Dus dat is wel een beetje de denk wijze en er zijn verschillende meningen over aangedaan. Ik weet dat een tijd geleden er heel erg het idee bestond dat met zedendelinquenten empathische vermogen niet haalbaar was, die discussie was er ook. Wat ik hier zie is dat het bij sommige mensen haalbaar is en het bij sommigen bij een hardnekkig fenomeen hoort, dat ze het probleem, het delict gedrag externaliseren. Op het moment dat je daar een wending is krijgt, het besef van ouderschap en daarmee schuldgevoel ontwikkeld dat er dan ook een beetje empathische vermogen voor het slachtoffer ontwikkeld kan worden. Maar dan moet je het wel in een volgorde doen. Als je in de behandeling begint met empathische vermogen dan denk ik niet dat dat zal lukken omdat ze dan nog geen contact hebben met zichzelf. Ik denk dat ze dan nog veel meer in het zelfmedelijden zitten dan dat ze empathische kunnen zijn.

I: oké, en kun je dan iets meer vertellen over die volgorde.

BT: nou ik hou in de beeldende therapie aan dat ze eerst gaan ontdekken wie ze zijn, ook voor mij om te kijken of er fundamenteen zijn om een behandeling op te zetten. En dan hebben we het over fundamenteen in gevoelsmatige en rationele zin. Daarnaast of er kennis is en is deze te ontwikkelen. En dan hebben we het over ervaringskennis en inzicht, gevoelsmatig inzicht ook. En als dat haalbaar is dan kun je uiteindelijk ook naar het delict gaan en daarna het empathisch vermogen. Dus dat is de volgorde die

ik aanhoud, dus eerst zelfkennis dan delict kennis en dan het ontwikkelen van het empathische vermogen en dan met name naar het slachtoffer.

I: en is dat ook de laatste fase van je behandeling?

BT: ja, dat is in de dagbehandeling wel de laatste fase. Wat ik nog wel eens doe nadat het empathische vermogen ontwikkeld is, is terug gaan trauma als ene patiënt zeer getraumatiseerd is. Dan zet ik dat individueel voort. Dat is de laatste tijd minder aan de orde maar in het verleden hebben we veel zeer getraumatiseerde patiënten gehad. En dat heb ik toen voort gezet, maar pas nadat het empathisch vermogen is ontwikkeld.

I: met welk doel zet je de behandeling dan voort?

BT: om de trauma's die in de weg staan om zich verder te ontwikkelen om te kunnen kijken naar het delict gedrag. Als je altijd het gevoel hebt dat je slachtoffer bent, meer dan dader, dan zit er iets in de weg. Of er zit ene externaliseren in de weg van het valt wel mee wat ik heb gedaan en het slachtoffer vond het zo erg niet. En dan moet je op een confronterende manier toch tot het delict gedrag zien te komen zodat ze verantwoordelijkheid kunnen nemen voor het delict maar soms kan een trauma dat in de weg staan. Dat de eigen pijn zo in de weg staat, of de eigen boosheid. Mijn ervaring is dat het trauma soms zo groot is dat je dat eerst op moet ruimen maar ik heb het ook wel vaak uitgesteld, eerst kijken naar het dader gedrag en dan pas naar jezelf als slachtoffer. En daar rondom heen en tussen door zit empathie en het ontwikkelen van het empathische vermogen.

I: en als je eens terug gaat naar de drie treden die je benoemde, dus eerst zelfkennis enz. welke elementen zijn er voor nodig om dat te bewerkstelligen binnen beeldende therapie?

BT: ik begin altijd met wat standaard opdrachten waarin ze wat kunnen rangschikken wie ze zijn, zo kun je een beetje kijken welke insteek iemand heeft. Ik start altijd met de vreemde vogel, dit is een opdracht die iedereen krijgt. Bij deze opdracht schildert een patiënt zichzelf op de muur en gebruikt hiervoor een vreemde vogel. Op deze manier leert de patiënt op een andere manier naar zichzelf kijken en leert hij ook kennis maken met de beeldende therapie. Voor mij is het ook een observatie opdracht, waarbij ik kan zien wat iemand in huis heeft. Of iemand bijvoorbeeld in staat is om abstract te denken, een beetje zijn niveau onderzoeken zeg maar. Wat je ziet is dat zo'n vogel aan het begin nog zeg maar onduidelijkheid met zich meebrengt maar dat de vogel in de loop van het proces een steeds belangrijkere positie in gaat nemen. Omdat hij op de muur wordt geschilderd kunnen de patiënten hem ook steeds terugzien en soms zie dat ze de vogel als reflectiemateriaal gebruiken.

Ik zet ook wel collage opdrachten in. Een collage doe ik vaak omdat je dan kan zien hoe mensen ordenen en of er sprake is van ordening en is er structuur. En die structuur die zegt wel iets over de draagkracht die iemand heeft. Als iemand weinig ordening en structuur heeft dan zou er eerst wat fundament moeten worden gelegd want anders kan iemand het niet eens dragen. En vervolgens gaan we kijken naar de basis gevoelens, wat uitkristalliseren van die gevoelens, verdiepen en dan komt het verleden ook om de hoek kijken, een levenslijn. En vanuit die levenslijn gaan we naar het delict gedrag, het is echter een grove lijn. Gaande weg kom je als therapeut ook wel zaken tegen die soms wat verder moeten worden uitgewerkt, en dat kun je zien door de werkstukken. Worden ze doorleefd gemaakt, blijven ze kaal, zit er emotie in die werkstukken, als dat niet het geval is zal je daar wat verder op door moeten gaan, door er een opdracht aan toe te voegen zodat je aard wat meer zicht op krijgt.

En dan ga je door naar het delict en volg je eigenlijk hetzelfde verhaal. Daar heb ik ook drie deling in. Het delict als dader, hoe heb je het beleefd. Dan komt er ook al wat empathie om de hoek kijken, wat zijn de gevoelens van het slachtoffer en mogelijk je eigen slachtoffer schap. En vervolgens werken we het delict uit, ook weer in verschillende stappen afhankelijk van hoe de patiënt dat ook invult. Maar dat is ook weer de grove lijn. Daar komen opdrachten in voor als 'het beest' en 'wat heb je gedaan'.

I: en wat is je doel van dat soort opdrachten?

BT: in ieder geval verantwoordelijkheid besef ontwikkelen. Het naar zich toe laten trekken en onthullen. Meestal is het niet eens onthult, zijn er wel wat zinnen of woorden aan gegeven maar als ze iets maken word het echt zichtbaar wat ze hebben gedaan, wat er is gebeurd en dat is minstens zo heftig, meestal heftiger dan er een paar woorden aan geven.

I: je ging me net een beetje te snel, want je vertelde of de eerste fase en dat je van daaruit wel eens over gaat naar de emoties, maar hoe doe je dat binnen de beeldende therapie? Kun je een aantal

voorbeelden geven van opdrachten en hoe die dan doorwerken op die zelfontwikkeling en wat jeer mee probeert te bereiken.

BT: ja, een opdracht uit die fase is bijvoorbeeld 'wie ben ik' en als je dan ziet dat er weinig gevoel of beleving aan het werkstuk zit dan kan je iemand een extra opdracht laten doen waarin ze iets moeten toevoegen wat over beleving gaat. En vanuit die beleving geef ik nog wel een de opdracht om een landschap weer te geven. Het gaat dan om eigen vormgeving en aan het soort landschap kan je meestal zien wat iemand beleeft en het geen je ziet kan je dan op door gaan. Meestal volgt het een werkstuk op het andere en eigenlijk pak ik op wat zich voordoet. Maar ik moet wel richting zelfkennis en de beleving en doorleving gaan om vast te kunnen stellen of het bijvoorbeeld gaat om angst of om boosheid of verdriet of zijn er te weinig positieve ervaringen, te weinig blijdschap of plezier. En dat kan je dan een beetje afmeten. En van daaruit maak ik weer andere stappen naar onder andere een levensboek.

I: en doe je dat in samenspraak met de patiënt of volg je je eigen weg daarin.

BT: ik heb door de jaren wel iets ontwikkeld waarvan ik de koers wel een beetje aan wil houden. Dat ik altijd wel op het spoor zit van zelfkennis, delict gedrag en dan empathie. Dat zijn wel grove lijnen waar ik op koers en waarvan ik ook denk dat het hier binnen de dagbehandeling een heel goede plek heeft, dat het een hele rijke aanvulling is op de behandeling.

I: die koers heb je zelf gaande de jaren ontwikkeld door de ervaring, kun je dan ook zeggen dat zedendeliquenten veel overeenkomsten met elkaar hebben.

BT: ja, dat is een bepaald soort gedrag waar overeenkomsten in zitten bij de zedendeliquenten. En dan heb ik het bijvoorbeeld over wat ze noemen cognitieve vorming. Zo is de cognitieve vorming bij zeden vaak dat ze het delict bagatelliseren, zeggen dat het slachtoffer het ook wilde of het niet erg vond.

Verdere problematiek is vaak ook wel overeenkomstig, het gaat vaak over faalangst, minderwaardigheidsgevoelens en als je kijkt naar de oorzaken zie je vaak en hele symbiotische band met de moeder. Vaak hechtingsproblematiek, dat zijn overeenkomsten. Dus gedrag, oorzaak en problematiek, in die categorie zitten wel aardig wat overeenkomsten.

I: er zijn natuurlijk altijd gevallen daargelaten waarin de uitschieters de andere kant op gaan neem ik aan.

BT: ja, zo zijn ze ook heel vaak slachtoffer van seksueel misbruik, ik dacht dat 60 tot 70 procent zelf slachtoffer is. Dus dat is een hoog cijfer.

I: dat vind ik een heel interessant onderwerp om verder op in te gaan maar dat is voor een ander moment. Zijn er ook momenten binnen de beeldende therapie die je hebt om in en uit te zoeken om werkstukken die mensen maken, laten ze voldoende diepgang zien, hoe doe je dat?

BT: het werkstuk staat altijd in combinatie met een evaluatie, en wat de groep daar ook in zegt. Je hebt de maker die wat vertelt over zijn werk en dan heb je de groep en de therapeut, die elementen spelen een belangrijke rol in een vervolg, waar wat nog te halen valt. Ik kijk naar het werkstuk, hoor het verhaal en zie de groep er op reageren. Die combinatie maakt mijn conclusie in hoever iets nog verder moet worden uitgewerkt. Ik kijk of het werkstuk gelaagd is, of ontbreken er zaken. Is er beleving te zien in het werkstuk, heeft iemand er verbinding mee en herkennen de groepsgenoten wat de maker verteld. En als dat niet het geval is kun je daar dieper op ingaan. Ik als deskundige kan kijken of er iets ontbreekt en dat is voor mij een gegeven om mee te werken. En wat ontbreekt er dan en dat is dan een ingang voor een volgend werkstuk.

I: en hoe je deze bevindingen dan voor jezelf of geef je het terug?

BT: nee, dat geef ik wel aan, als ik dan zeg dat ik iets mis met de toevoeging dat het niet erg is want het zijn allemaal kleine stappen, dan geef ik een vervolg opdracht. Dus de verdieping en vergroting is een vervolg.

I: hebben we het nu nog steeds over het stuk zelfkennis ontwikkelen?

BT: dat is voor alle stappen hetzelfde, zelfde proces komt steeds terug.

I: en wanneer ga je nu echt over naar een volgende fase, wanneer denk je dat er voldoende bagage is?

BT: vroeger hadden we veel meer tijd om te behandelen en om fundamenteën te leggen, kon overal uitgebreid bij stil staan en op ingaan. Dan hadden we soms drie jaar de tijd. Maar die tijd is er nu niet meer dus ik ga er wat sneller doorheen, als iemand een beetje contact heeft met zijn emoties en het levensverhaal helder is geworden dan zijn we toe aan de volgende fase dus het delict.

I: en als je denkt dat iemand er nog niet aan toe is ga je dan een stap terug

BT: nee, het blijft een vervolg, we kijken dan naar wat er verder moet worden uitgediept.

I: dus iemand krijgt een opdracht en een vervolg er op en zo nodig komen er meer verdiepende opdrachten om het invoelbaar en zichtbaar te maken wie hij is.

BT: ja, maar wel steeds gekoppeld aan het delict want daar gaat het uiteindelijk om. Ook doordat we minder tijd hebben word het sneller en meer die kant op gespitst. We diepen wel uit wie iemand is maar de koppeling verliezen we niet uit het oog.

I: maak je tijdens de therapie ook al onderscheid tussen de dader en de mens die het delict gepleegd heeft?

BT: ik weet niet of die scheiding er zo ligt. Voor mij zijn het altijd mensen die binnen komen en niet de zedendelinquent. Maar ze hebben wel een delict gepleegd en dat komt natuurlijk al snel om de hoek kijken. Maar ze blijven gewoon Henk of Piet en daar is de opdracht 'wie ben ik' op gericht maar Henk heeft ook delict gepleegd en dat word er natuurlijk mee verbonden en in mee genomen.

Daar komt het in beeld maar we werken het in die eerste fase nog niet dieper uit.

I: en dan ga je over na het delict als men voldoende inzicht heeft.

BT: ja, het gaat niet alleen over inzicht maar eigenlijk vooral over doorwerken. Soms hebben mensen veel inzicht maar blijft het daar steken en zeker het doorwerken vind ik heel belangrijk.

De doelgroep is ook wel wat verschoven, we krijgen tegenwoordig veelal minder intelligente mensen in de behandeling. Het verkrijgen van inzicht begint dan ook wel iets anders te liggen en het gaat dan vooral om doorwerken.

I: wat is verschil daar tussen dan?

BT: inzicht is meer cognitie en doorwerken gaat over doen, handelen en ervaren. En dan heb je de beeldende handeling heel hard nodig en ook de ordening en het eigen maken van de materie.

I: en dan komen ze bij het thema ouderschap, wat is daar je doel?

BT: ik kom altijd terug op het leren dragen van hun verantwoordelijkheid. Dat is ook onze taak voor de maatschappij, dat de patiënten terug keren in de maatschappij en verantwoordelijkheid kunnen dragen en zonder een nieuw delict te plegen.

I: en hoe doe je dat binnen de beeldende therapie?

BT: door mensen hun verantwoordelijkheid te laten voelen, je mag hopen dat er schuld en schaamte gevoel om de hoek komt kijken. Want dat weerhoud mensen om opnieuw een delict te plegen. Dus enerzijds moet je empathie ontwikkelen en anderzijds schuld en schaamte gevoel. Dat is een beetje de grote lijn wat je doet.

I: en het feit dat het groepstherapie is, draagt dat bij?

BT: ja, enorm. Ik ben nooit een voorstander geweest van individuele behandeling bij deze doelgroep want dan zijn er kansen om te ontglippen veel groter. En de schaamte kan dan zo groot worden dat het onthullen bijna niet mogelijk is.

I: zijn daar ook uitzonderingen in, bijvoorbeeld bij mensen met een autistische stoornis?

BT: ja, dat maakt de prognose niet echt gunstig. Bij mensen met een autistische stoornis is de kans op terugval veel groter. Ik zou dan alsnog voorstander zijn van een start in een groepstherapie en dat wellicht niet helemaal doorlopen maar in ieder geval het delict uitwerken in een groepsbehandeling en dan terug gaan naar individuele therapie. En dan individueel doorgaan op de fundamenteën om de draagkracht wat te vergroten. Bij dat soort cliënten zou ik me veel meer richten op de interactie en dan het delict gedrag in de interactie brengen. Zo doen we in groep ook groepsopdrachten over het delict.

I: kun je daar een paar voorbeelden van noemen?

BT: bijvoorbeeld de één maakt een landschap en een andere patiënt vult daarop aan wat hij daar op mist. Of een werkstuk aan elkaar laten grenzen en dan met elkaar de grens bepalen, dat zijn zaken wat ook te maken heeft met het delict, waar liggen grenzen enz.

I: is materiaalkeuze ook een belangrijk onderdeel.

BT: jazeker, als je heel erg handelings- en ervaringsgericht gaat werken dan heeft pastelkrijt bijvoorbeeld een heel andere uitwerking dan wasco en bij het uitwerken van de vier basis emoties, is het heel belangrijk om daar een juist materiaal voor te kiezen, maar ik moet eerlijk zeggen dat ik daar de laatste tijd mij minder mee bezig houdt dan eerst, ik merk bijvoorbeeld dat het werken met verf ook een

goed materiaal is om emoties mee uit te werken. Ik let voornamelijk op de kleur en de beweging die gemaakt worden, ik zie daarin momenteel veel meer potentie in voor de werking van een werkstuk. Ik vind het wel belangrijk om een scheiding te maken tussen het aanbieden van ruimtelijk werken en werken op plat vlak. Als ik patiënten aan het werk zet met emoties dan laat ik ze daarbij liever op plat vlak werken, dat is het vertrekpunt. Als ik dan merk dat er bijvoorbeeld veel boosheid bij komt kijken dan laat ik ze vaak die boosheid uitwerken in materiaal als bijvoorbeeld klei

I: Wat is daar de appélwaarde van?

BT: De appélwaarde waarde daarvan is de kleuren die ontstaan van de verf, de sensopatische werking van klei en de bewegingen van de kwast, ja...

I: en merk je dat dat doorwerkt bij de patiënten?

BT: Ja, jazeker, als je bijvoorbeeld iemand hebt die heel gesloten is en je vraagt hem om in de klei wat te wroeten dan uhm en je stimuleert dat door de patiënt te laten staan, hem een bol te laten maken dan maak je wel wat los. De klei beweegt ook mee en daardoor zit je sneller in een dynamiek. En die dynamiek heb je heel hard nodig om gevoelens uit te kunnen werken.

I: Waarom?

BT: Nou die innerlijke dynamiek heb je bij zedendelinquenten heel hard nodig omdat als je ze alleen op gedragsmatig gebied zou behandelen dan worden het straks op het eerste gezicht de braafste burgers van het heelal maar waar het volgens mij om gaat is de innerlijke dynamiek, en die innerlijke dynamiek ligt vaak opgeslagen in emoties.

I: Maar er is toch niets mis mee als zedendelinquenten de meest brave burgers van het heelal worden?

BT: Ja, maar ondertussen, dat waren ze al en in het geheim plegen ze allerlei seksuele delicten, dus het vertonen van wenselijk gedrag werk je alleen maar in de hand als je ze alleen maar gedragsmatig behandelt.

I: Begrijp ik het goed dat als je de innerlijke dynamiek bewerkt dat je dan op het wel of niet meer willen plegen van een delict aanstuurt?

BT: Nee, zo zou ik het niet noemen, uhm het onbewuste materiaal dat open gaat liggen, dan hebben we het voornamelijk over frustratie, ja.... frustratie over onmacht, frustratie over gekleineerd worden, frustraties over geldingsdrang, op dat gebied ligt het een beetje, frustratie over het niet kunnen uiten van woede niet zo afgebakend dat het alleen maar boosheid is, het heeft een dynamisch karakter. Dat probeer ik naar boven te krijgen door middel van het beeldend karakter en ik ga dus niet vragen hoe zedendelinquenten zich gedragen naar kinderen want dan krijg je een heel mooi antwoord. Maar als je vraagt naar de drijfveer om te komen tot een seksueel delict met kinderen dan heb je het over die dynamiek.

I: Met als doel?

BT: Dat zorgt ervoor dat wat zich zo verborgen houdt, ingesloten houdt, de verborgen agenda die voor hun zelf ook vaak verborgen is, dat je die open legt waardoor ze er een stukje grip op krijgen en een stukje verwerking en dat je dan daarmee het probleem oplost laat verdwijnen dat ze daar controle op krijgen.

I: Ok, en hoe kom je nu vanuit die innerlijke dynamiek tot invoelend vermogen, tot empathie?

BT: Daar kom je niet zomaar, dan ben je al wat verder in de behandeling, al een paar opdrachten later. Ik heb daar niet één twee drie een passend protocol of een passende module voor maar als ik denk dat alle kanten van het delict zijn belicht en die man heeft zijn delictgedrag wel in de gaten met name doorleeft uitgewerkt, dan ontstaat er ook een schaamte en schuldgevoel. En dan kun je aan de empathie gaan werken.

I: Ontstaat er op dat moment dan ook verantwoordelijkheidsgevoel?

BT: Nou er ontstaat het besef van wat heb ik in godsnaam nou gedaan, hoe moet het slachtoffer zich al die tijd gevoeld hebben en ik heb dat nooit zo gezien. Ik heb het niet geweten, ik heb het weggemaakt, ik heb de aandacht alleen maar aan mezelf gehouden.

I: Kun je wat voorbeelden geven van werkstukken die je op dat moment inzet?

BT: Ik heb er zo'n lijstje van maar nu even niet.... uhm, onder andere een collage maken over hoe het slachtoffer zich gevoeld heeft. Wat je dan nog veel ziet is dat patiënten het nog veel over zichzelf hebben.

I: Is dat dan ook een soort van graadmeter?

BT: Enerzijds wel, maar komt altijd wel een vervolgoopdracht uit waarbij ik vraag om de gevoelens van het slachtoffer nog meer uit te lichten en daarbij zijn eigen gevoelens wat meer op de achtergrond te houden. En dan vervolgens meer emoties in beeld brengen. En dan die uitwerken in een schilder-opdrachten.

Ik vraag ze ook wel eens om een kaart te maken voor het slachtoffer of een gift te maken, een gift met brief, uhm, nou dat soort opdrachten met name.

I: Bij bijvoorbeeld de opdracht de gift met brief, hoe meet je daaraan af dat iemand oprecht en invoelend naar het slachtoffer toe is en zich niet sociaal wenselijk opstelt?

BT: Ja, meten is altijd erg moeilijk, maar ik hoop dat ik op basis van mijn intuïtie, mijn ervaringen met de doelgroep en mijn kennis voldoende kan aanvoelen wanneer iemand oprecht is en wanneer niet.

I: Zijn er ook elementen, pijlers die jezelf inzet om je intuïtie te onderbouwen?

BT: Er zijn wel elementen waarvan je kunt zeggen Héé, hier heb je iemand die doorleeft kan voelen wat hij het slachtoffer heeft aangedaan en of wanneer iemand dat nog ontbreekt. Dat merk je aan de manier waarop iemand bezig is of dat hij in de brief niet de juiste woorden heeft. Het gaat erin de brief om dat het duidelijk wordt dat het niet langer om degene gaat die de brief heeft geschreven maar dat de aandacht ligt bij het slachtoffer in plaats van bij zichzelf. Dat zou je kunnen zien als graadmeter in werkstukken om af te lezen of iemand empathisch handelt of niet.

Als er in de brief nog veel elementen zitten die over de dader zelf gaan dan weet je dat hij toch nog meer met zichzelf bezig is dan met zijn slachtoffer.

I: Dus het is van belang hoe zo'n brief is opgebouwd...

BT: Ja, of er intentie is en of er vanuit de ogen van het slachtoffer gekeken kan worden in plaats van zichzelf.

I: Je hebt nu een verloop geschetst binnen de beeldende therapie en een aantal opdrachten genoemd die je daarbij inzet, die opdrachten worden geëvalueerd, en net als bij de gift, worden ook andere opdrachten met verhalen of brieven ondersteund?

BT: Ja, woorden geven vind ik binnen deze therapie ook wel belangrijk, zeker bij zedendelinquenten omdat ik denk dat werkstukken daardoor beter communiceerbaar worden. In een groepstherapie bij de zedendelinquenten worden werkstukken vaak door een ieder op eigen wijze geïnterpreteerd en door er middel van een brief het werkstuk te ondersteunen worden er woorden aangegeven waardoor een werkstuk en het verhaal van de maker er beter door naar voren worden gebracht. Er ontstaat dan een werkstuk dat vertaalt wordt op een niveau die iedereen daar wel verstaat.

Het schrijven van een brief is ook altijd een heel intensief groepsproces, er ontstaat een sterke verbinding tussen het werkstuk en de brief omdat de hele groep meedenkt over een geschreven brief, alles wordt hierbij door de groep in een weegschaal gelegd, wordt de juiste toon gevonden en dat soort dingen. Het valt mij op dat groepsgenoten elkaar heel goed aan kunnen vullen in dat soort dingen, ik denk dat een opdracht als de gift het groepsproces daarin niet zou kunnen missen.

I: Draagt de groepsdynamiek ook bij aan het ontwikkelen van het empathisch vermogen?

BT: Ja ja ja, omdat ze vaak zelf ook slachtoffer zijn kan je dat inzetten, al zijnde weten hoe het voelt om seksueel misbruikt te zijn en het bagatelliseren van het delict, daarin is inzet van de groep ook heel belangrijk, die weten precies wanneer iemand de ernst van het delict probeert te ontlopen en kan daarin een hele confronterende houding in aannemen, dat is een heel belangrijk stuk.

I: Wat is jou houding tijdens de therapie en veranderd die ook gedurende het proces?

BT: Ja ja ja, ik laat ze gedurende het proces meer meedenken, dat ik ze zelf opdrachten meer op maat laten maken, ze weten zelf vaak goed aan te geven wat het beste bij hun past om mee aan het werk te gaan. Ik geef ze dan een onderwerp maar probeer ze zoveel mogelijk daarbinnen het op een eigen manier uit te laten werken. Op die manier voelen zij zich ook meer de drager van hun proces. Ik bespreek dit alles wel met ze, het is niet dat ze daar volledig de vrije hand in hebben, ik stel wel veel waarom vragen. Ik wil weten wat de motivatie is om op een bepaalde manier aan een onderwerp te gaan werken.

Daarbij stem ik gedurende het proces af op het vermogen van de patiënten, het intellectuele vermogen, het vermogen met affiniteit met beeldend, dan hebben we het over de tijd die iemand binnen de

behandeling nog heeft.

I: Zijn er nog onmogelijkheden binnen het medium om aan empathie ontwikkeling te werken?

BT: Nou,.... soms zit het wat indirecte karakter wat in de weg.

I: Wat bedoel je daarmee?

BT: Nou als je bijvoorbeeld naar dramatherapie kijkt dan is het veel makkelijker om het empathisch vermogen te ontwikkelen, je hebt dan iemand tegenover je waar je op in moet spelen en daar spelen ze veel directer in op de gevoelens van een ander. Bij beeldend zit het medium er tussen en dat is daardoor een stuk indirecter. Ik kan niet echt zeggen dat het echt een nadeel is maar wel dat het een andere ingang heeft die voor een hoop patiënten moeilijk kan zijn.

Wat ik met beeldend wel goed kan benutten als het gaat om empathie, dan is dat wel het voorstellen om je in te leven in het slachtoffer en dan met name opdrachten als de gift met de brief vindt ik daarvoor wel een heel geschikt middel voor om juist dat soort empathie te ontwikkelen. Maar bij drama kun je veel beter middels interactie empathie leren ontwikkelen, leren afstemmen en inspelen op de ander.

I: Zou je dat niet kunnen ondervangen door groepsopdrachten bij beeldend?

BT: Mmm, ja, ja dat zou kunnen maar dan niet helemaal want soms is het toch hardnekkiger, dan leren ze zich wel in een ander te verplaatsen maar nog niet echt in het slachtoffer. Dan blijft het lustgevoel en het machtsgevoel ongezien.

I: Ok, zijn er nog dingen die je zelf zou willen toevoegen aan het gesprek?

BT: En dan heb je het met name over empathie neem ik aan he?

I: ja inderdaad.

BT: Moet ik even nadenken, nee, niet zo één twee drie.

I: Ok, dan wil ik het gesprek gaan afronden en je graag bedanken.

BT: Graag gedaan.

Interview 2. Samenvatting

Duur van het interview: 43 minuten 06 sec.

Het belang van slachtoffer-empathie is dat als de pleger gaat inzien dat een ander schade heeft geleden door zijn toedoen en daarbij hun daden onder ogen komen dat dit afschrikt en zal leiden tot een innerlijke motivatie om dit niet meer te willen.

Opvallend is dat als patiënten starten met de beeldende therapie dat ze voornamelijk op zichzelf gericht zijn en de ander zien zoals ze zichzelf zien. Het is enigszins te vergelijken met het gedrag van een klein kind, als ik een ijsje lekker vind dan vind een ander dat ook. Ze zijn niet in staat om differentiatie te maken met de belevingswereld van een ander. De beeldend therapeut heeft het idee dat zij een beeld hebben dat de wereld om hun draait en daarbij niet in staat hoeven te zijn om rekening te houden met de gevoelens en ideeën van anderen. Daarbij hebben ze wel de ander nodig om te krijgen wat zij willen. Wat je daarbij ziet is dat zij vanuit een egoïstische beweegreden zich heel erg behulpzaam opstellen en erg op anderen zijn gericht. Hierbij zijn zij erg sociaal wenselijk, wat erg beklemmend op een ander kan overkomen dat zij vervolgens zelf niet doorhebben.

Een ander kenmerk dat de beeldend therapeut bij de doelgroep ziet is een narcistische persoonlijkheidsstoornis. Wat kenmerkend is voor deze groep is dat zij in een overtuiging leven dat ze het slachtoffer niet veel leed hebben toe berokkend. Zij denken dat het slachtoffer het prettig vond en dat het slachtoffer zelf op de dader afkomt en de seksuele handelingen vrijwillig ondergaat. Zij hebben niet in de gaten wat hun eigen aandeel hierin is, dat zij bijvoorbeeld het slachtoffer zo manipuleren om gedaan te krijgen wat zij willen. In hun ogen dragen zij dan ook geen enkele verantwoordelijkheid voor wat zij het slachtoffer hebben aangedaan. Zij horizontaliseren het slachtoffer vaak met zichzelf. Hiermee wordt bedoeld dat zij het kind zien als een kleine volwassene die ook als een volwassene behandeld kan worden. Er wordt hierbij vanuit gegaan dat zij op seksueel gebied dezelfde gevoelens en behoeften hebben als ieder andere volwassene.

De beeldend therapeut werkt niet volgens een standaard behandel-model, onlangs is de instelling gestart met een nieuw zorgprogramma, dit is opgezet vanuit een cognitief gedragsmatig oogpunt maar daarbij is geen vaste kijk op de werkwijze met pedofielen binnen de beeldende therapie.

De beeldend therapeut geeft aan dat slachtoffer-empathie nog geen groot onderdeel binnen de beeldende therapie is. De aandacht ligt met namen op het uitdiepen van de seksuele fantasieën, lustgevoelens en seksuele voorkeuren zodat het inzichtelijk voor de patiënten wordt hoe zij functioneren en waar denkfouten liggen.

De beeldend therapeut geeft aan dat het werken naar slachtoffer-empathie toe binnen de afdelingstherapieën niet goed mogelijk is omdat in deze setting gemengde delicten zijn. Het is dan erg moeilijk om 'in te zoomen' op een pedofilie-delict omdat de patiënten vaak niet van elkaar weten wat hun delicten zijn en pedofielen over het algemeen niet populair zijn onder medepatiënten. Er wordt dan algemener aan empathie gewerkt. Het gaat dan wel over inleven in de ander, rekening houden met grenzen van een ander en het adequaat stellen van eigen grenzen, dit heeft indirect overlap en raakvlakken met slachtoffer-empathie. In sommige gevallen wordt er individueel gewerkt. Dit gebeurt op indicatie. Als bijvoorbeeld een patiënt niet in staat is om binnen een groep te functioneren of omdat een patiënt een autistisch verwante stoornis heeft of vanwege een onderwerp dat te gevoelig ligt om in de groep te bespreken, bij de laatste kun je denken aan seksuele delicten. Dit wordt meestal door de groep slecht gedragen omdat er vaak sprake is van eigen slachtofferschap. Op deze momenten is het mogelijk om gericht aan slachtoffer-empathie te werken. Een voorbeeld van een opdracht die de beeldend therapeut daarbij inzet is dat een patiënt 'een foto van het delict' moet namaken en er als toeschouwer naar moet kijken en op moet reageren. Bij dit voorbeeld komen patiënten er echt aan toe om stil te staan bij de gevoelens van het slachtoffer en het aanschouwen van hun daden. Van daar uit kan een vervolgoopdracht komen waarbij een patiënt een werkstuk moet maken over de gevoelens die

het slachtoffer ten tijde van het delict gevoeld moet hebben. Deze opdrachten sturen er op aan dat een patiënt zijn daden herbeleefd en opnieuw doorleeft. Hierbij is de functie van toeschouwer erg belangrijk. Ten tijde van het plegen van het delict is een patiënt vaak niet helder van geest. Door het op een ander moment opnieuw in beeld te brengen kan de patiënt vanuit de derde persoon zien wat er toen gebeurt is. Vaak komen er op deze momenten woorden of handelingen die het slachtoffer zei of deed ten tijde van het delict waarmee zij aangaf dit niet te willen weer in de gedachten van een patiënt naar boven drijven. Woorden en handelingen waar de patiënt zich ten tijde van het delict voor afgesloten heeft en aan voorbij is gegaan. Dit is vaak een realisatie moment waarbij patiënten verdriet voelen richting het slachtoffer.

Het materiaal dat hierbij ingezet wordt is volgens de beeldend therapeut ook van belang. Voor deze opdracht heeft de beeldend therapeut voor soft-pastel krijt gekozen. Het materiaal is door zijn eigenschappen en samenstelling goed geschikt om composities krachtiger en met meer diepgang op papier neer te zetten. Dit spreekt de gevoelsbeleving dan weer beter aan. Over het algemeen koppelt de beeldend therapeut een opdracht aan een gesteld doel maar laat de materiaalkeuze vrij met als doel dat de patiënten zelf een materiaal vinden dat bij hun past. De doelen zijn meestal gekoppeld aan het behandeldoel. Zo nu en dan wordt er een extra doel geformuleerd wanneer er ten tijde van de behandeling elementen naar voren komen die onder de aandacht gebracht moeten worden.

De werkvormen die ingezet worden zijn afgemeten aan de persoonskenmerken van een patiënt. Bij bijvoorbeeld patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis is het belangrijk om in eerste instantie de stoornis te gaan bewerken omdat de patiënten anders niet in staat zullen zijn om zich te verplaatsen in de gevoelens van het slachtoffer en het te dragen van verantwoordelijkheid voor hun daden omdat zij vanuit de stoornis in hun ogen het niet verkeerd hebben gedaan. Opdrachten die de beeldend therapeut hier inzet zijn opdrachten die gericht zijn op het maken van contact en het zelfbeeld van de patiënt. Hierdoor wordt het narcisme 'wat losgeweekt'. Dit is belangrijk omdat er vaak onder de narcistische stoornis een gevoel van minderwaardigheid ligt dat door het aannemen en aanleren van andere gewoontes wordt overcompenceerd. In de werkwijze van de patiënt is dit vaak terug te zien in het perfectionistisch willen werken, precies de regels opvolgen en naar anderen toe uitstralen dat hetgeen wat hij doet fantastisch is. Zodra je de patiënten vraagt om meer vanuit zichzelf te werken, wat abstracter of meer met toevalstechnieken dan merk je dat ze dit erg eng en spannend vinden. De controlebehoefte is erg sterk aanwezig. Door opdrachten aan te bieden waarbij ze 'gedwongen' zijn om dit meer los te laten en zich meer over te leveren aan de grenzen van materialen worden patiënten met een narcistische persoonlijkheidsstoornis geconfronteerd met zichzelf en moeten zij zich kwetsbaarder opstellen. De beeldend therapeut spreekt tijdens het proces de cognities van de patiënt aan. Door hem te laten praten over wat hij lastig vindt en waar hij moeite mee heeft en welke gevoelens hij daarbij ervaart wordt er een basis gelegd in de vertrouwensrelatie wat er toe kan leiden dat de patiënt zich meer durft open te stellen.

De beeldend therapeut maakt steeds verbinding met de gevoelsbeleving van de patiënten. Door vragen te stellen tijdens het proces laat ze patiënten stil staan bij hun eigen gevoelens die opspelen in relatie met een opdracht en / of de beperkingen die een materiaal of een opdracht met zich mee brengen. Vragen die zij hierbij stelt zijn bijvoorbeeld: “hoe is het voor jou om met je linkerhand te moeten werken (terwijl je rechts bent) en hier weinig controle over te hebben?” en “waar in je lichaam voel je de spanning oplopen?” De beeldend therapeut maakt de verbinding naar het lichaam omdat daarin spanningen en sensaties waar te nemen zijn. Het is volgens de beeldend therapeut ook steeds een afwisseling waarbij je het ene moment op de kracht gaat zitten van een patiënt en het andere moment hem aanspreekt op zijn beperkingen.

Naast teken- en schilder-opdrachten werkt de beeldend therapeut ook met collage-opdrachten, klei-opdrachten en samenwerkingsopdrachten om empathische processen op gang te brengen.

De houding van de beeldend therapeut is aan het begin van een behandeling met name steunend maar verschuift gaande weg naar re-educatief of supportief. Zij luistert naar het verhaal van de patiënt en probeert vanuit zijn situatie respectvol met hem om te gaan. Er wordt ruimte geboden voor waarin de patiënt in eerste instantie zichzelf centraal kan stellen. Dit houdt niet in dat zij voorbijgaat aan de ernst van het delict maar dat er ruimte geboden wordt om stil te staan bij de gevolgen die het plegen van het delict voor de patiënt heeft en welke gevoelens komen daarbij kijken. Daarna wordt er vrij snel de overstap gemaakt naar het slachtoffer. Welke gevolgen heeft het voor het slachtoffer en welke gevoelens komen daarbij kijken. De patiënt wordt middels beeldende opdrachten geconfronteerd met zijn handelen en hierop aangesproken. Aan het einde van een sessie wordt de therapie nabesproken, er wordt gekeken hoe de patiënt gewerkt heeft en welke gevoelens daarbij zijn komen kijken. Onderbelichte onderwerpen worden in het licht gesteld door er dieper op in te gaan.

Omslagpunten waaraan te merken is dat de patiënt empathie ontwikkelt binnen de beeldende therapie, zijn momenten waarin patiënten zich meer openstellen voor de behandeling, als de weerstand afneemt en wanneer de patiënten meer vanuit zichzelf gaan praten over dingen die zij lastig vinden en waar zij tegenaan lopen in plaats van te vermijden. Je merkt dat zodra patiënten in staat zijn om zich zo op te stellen dat er binnen de beeldende therapie ruimte ontstaat om zich te richten op de ik-ander differentiatie. Als hun eigen belevingswereld inzichtelijk wordt gemaakt dan kun je proberen om daarnaast de belevingswereld van een ander te leggen.

Het is lastig om expliciet en concreet iets te benoemen waarmee aan te tonen is dat een patiënt zich oprecht empathisch opstelt. Het is meer een gevoel dat de beeldend therapeut heeft bij patiënten. De beeldend therapeut geeft wel aan dat je een patiënt langere tijd meemaakt en dat je binnen dat tijdsbestek iemand ook beter leert kennen, door hem te observeren en door met hem te werken en door de feedback die vanuit het multidisciplinaire team terugkrijgt. Je ontwikkelt zicht op de gewoontes en kenmerken van de patiënten die je op den duur in staat stellen om een goede inschatting te kunnen maken wanneer iemand oprecht is en wanneer je iets wordt voor gehouden dat er mooier uitziet dan dat het in werkelijkheid is.

In het proces van de beeldende therapie zie je soms patiënten letterlijk stagneren wanneer zij met een opdracht bezig zijn die gericht is op slachtoffer-empathie. Ze gaan anders werken, hun lichaamshouding veranderd, soms kunnen zij letterlijk niet meer verder tekenen en / of worden zij emotioneel vanuit de beeltenis van het werkstuk. Als deze momenten zich verder in het verloop van de behandeling zich voordoen, dan is het een interessant gegeven om actief met de patiënt te gaan onderzoeken waarop deze emoties berust zijn.

Een voordeel dat de beeldende therapie ten opzichte van andere therapie-onderdelen heeft, is de toegankelijkheid om het over gevoelens en emoties te hebben zonder daarbij direct de confrontatie aan te gaan. Het werkstuk staat tussen de patiënt en de behandelaar in en via het werkstuk kan een patiënt over zichzelf praten. Dit biedt een stukje veiligheid wat ze vaak bij andere therapie-onderdelen niet hebben. En het beeldend medium stelt patiënten op een concrete manier in staat om te experimenteren met situaties om te ontdekken waar de mogelijkheden liggen om er anders mee om te gaan.

Onmogelijkheden die de beeldende therapie kent om te werken aan het empathisch vermogen van de incestplegers en de plegers van seksueel misbruik van kinderen hebben betrekking op de randvoorwaarden om aan de beeldende therapie deel te nemen zoals patiënten die rand-psychotisch zijn of patiënten die gevoelsremmende medicatie gebruiken.

Interview 3. Samenvatting

Duur van het interview: 55 minuten 26 sec

Binnen de behandeling bij de beeldende therapie neemt het onderwerp slachtoffer-empathie een belangrijke rol in. Er wordt gedurende een periode van een jaar in een meerdaagse groep aandacht besteed aan diverse onderwerpen als; de ontwikkelingsgeschiedenis, het delict scenario, het netwerk en (slachtoffer) empathie. Deze vier onderwerpen worden in een viertal blokken van ieder drie maanden aangeboden waarin de plegers (hierna te noemen cliënten) leren draagvlak te creëren om verantwoordelijkheid te kunnen dragen voor hun delicten.

Daarnaast was er tot vorig jaar ook een meerdaagse groep die zich gedurende een periode van negen maanden bezig houdt met (slachtoffer) empathie. Deze groep is sinds vorig jaar opgeheven.

Het ontwikkelen van het empathisch vermogen bij incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen is volgens de beeldend therapeut om meerdere redenen belangrijk.

Het is belangrijk dat de cliënt inziet dat de wereld niet alleen om hun draait. Er is verschil en onderscheid tussen eigen en andermans behoeften! maar dat er naast het bestaan van hun eigen gevoelens en behoeften ook mensen leven die dat ook hebben en op een geheel eigen wijze daar invulling aan willen geven en dat dit niet altijd overeenkomt met de wensen van de pleger. Dit heeft als doel dat de cliënt rekening leert houden met anderen en daarbij geen grensoverschrijdend gedrag vertoont. Door af te leren stemmen op de belevingswereld van een ander gaan plegers ook merken wat de gevolgen van hun eigen gedrag zijn voor een ander. Zij leren op die manier zich in te leven in de ander en betekenis te geven aan hun eigen gevoel en aan het gevoel van een ander.

De manier waarop de beeldend therapeut binnen de beeldende therapie werkt aan het ontwikkelen van het empathisch vermogen van de cliënten gebeurt in groepsverband. cliënten werken of individueel aan een opdracht binnen de groep of er worden groepsopdrachten aangeboden waarmee cliënten oefenen met het invoelen in de ander. De aandacht binnen dit proces ligt in eerste instantie op de gevoelsbeleving van de cliënt zelf. Hierin zet hij zichzelf centraal en komen alle voor de cliënt belangrijke aspecten aan bod. De cliënt leert, als het ware door stil te staan bij zichzelf, zijn eigen belevingswereld te onderzoeken, in beeld te brengen, hierdoor zichzelf beter kennen en dat vervolgens op een adequate manier onder woorden te brengen. Vervolgens verschuift de aandacht naar 'de cliënt en anderen'. De cliënt gaat in deze fase zichzelf naast / met anderen onderzoeken. Hierbij leert hij kijken hoe hij zich verhoudt ten opzichte van andere mensen en of zijn beeld klopt met de manier waarop anderen hem ervaren. In een laatste fase wordt de cliënt zelf als onderwerp uit het proces gehaald en wordt 'de ander' centraal gesteld.

In deze cyclus wordt het slachtoffer al vroegtijdig betrokken in het proces zodat de cliënt verbinding leert leggen tussen zijn eigen handelen en gedrag en de gevolgen die deze voor het slachtoffer heeft.

Het blok empathie wordt binnen de intensieve deeltijdgroep voor cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die sinds vorig jaar niet meer bestaat specifiek door de beeldende therapie ingezet en uitgevoerd. De beeldende therapie wordt uitermate geschikt geacht om aan gevoelens en empathisch vermogen te werken door het concrete karakter dat beeldende therapie met zich meebrengt. Binnen dit blok formuleert de beeldend therapeut zelf doelen die zij koppelt aan het vermogen van de individuele cliënt.

Het beeldend medium stelt de cliënt in staat om vanuit de derde persoon naar zichzelf en naar zijn slachtoffer te kijken. Door vorm te geven aan het delict leert de cliënt om zich als zijnde toeschouwer in te leven in de situatie die hij voor zich ziet. Hierbij is het voor cliënten 'makkelijker' om zich te verplaatsen in de gevoelens van het slachtoffer.

Dit is echter niet vanaf het begin van de behandeling zo. cliënten die net starten met de beeldende therapie zijn in eerste instantie erg op zichzelf gericht en kennen vertonen kenmerken waardoor zij niet in staat zijn om zich in te leven in de gevoelsbeleving van het slachtoffer. Overeenkomsten tussen

cliënten met seksueel grensoverschrijdend gedrag die de beeldend therapeut vaak terug ziet bij de cliënten zijn, gevoelens van onmacht waarbij de cliënt zichzelf vrijpleit omdat vaker of regelmatig hij in zijn ogen niet anders kon handelen denkfouten/ goedpraters. Daarbij komen ook veel vermijdende kenmerken kijken. Een ander kenmerk dat genoemd wordt is egozwakte van plegers het zwakke ego dat sommige plegers hebben. cliënten hebben vaker een erg laag zelfbeeld waardoor zij leeftijdsgenoten boven zichzelf plaatsten, niet mee kunnen komen en daardoor het idee hebben dat zij makkelijker een gelijkwaardige afstemming bereiken bij kinderen. Cliënten voelen zich vaak miskend en onbegrepen en zijn makkelijk krenkbaar zijn. De wereld is fout, de wereld begrijpt mij niet en ik heb niets verkeerd gedaan, zijn uitlatingen die goed bij deze groep passen.

Het ontwikkelingsniveau en de ernst van de stoornis spelen een grote rol in het wel of niet kunnen ontwikkelen van het empathisch vermogen. Als er sprake is van een laag ontwikkelingsniveau of bijvoorbeeld sprake is van een autisme verwante stoornis dan wordt daar de methodiek/ aanpak keuze van behandeling op afgestemd. Zo wordt er een keuze gemaakt of een cliënt in aanmerking komt voor groepstherapie of dat hiervoor een contra-indicatie is en dat het beter is om de cliënt een individueel behandeltraject aan te bieden.

De beeldend therapeut geeft aan dat het belangrijk is om zich af te stemmen op afstemming te vinden in het vermogen van de cliënt. De cliënt wordt voldoende ruimte bieden om empathisch naar zichzelf te worden alvorens je de stap naar het slachtoffer en indirecte slachtoffers toe kunt maken. Als cliënten niet in hun eigen spiegel durven kijken dan is het lastig vanuit echtheid en oprechtheid empathisch te reageren naar een ander. Anderzijds prikkelt, stimuleert de therapeut om hem in te laten zien dat er naast zijn eigen belevingswereld ook nog een wereld vol belevingswerelden van anderen bestaat die de cliënt niet uit het oog dient te verliezen.

Voorbeelden van opdrachten die de beeldend therapeut inzet om het empathisch vermogen van de cliënten te ontwikkelen zijn:

- 'Kijken en bekeken worden'. Bij deze opdracht werken cliënten in tweetallen waarbij de cliënten tegenover elkaar zitten en één van de twee zich laat tekenen en dat degene die tekent zich tijdens het tekenen probeert voor te stellen wat er door de ander heengaat. Waar die persoon aan denkt en hoe hij zich moet voelen als model. Deze opdracht vraagt om observatievermogen, inleving, nuanceren en signalering vanuit de cliënt.
- Kleibakken met daarin natte klei. Bij deze groepsopdracht gaat er een kleibak met daarin een gevormd stuk klei rond de cliënten verwoorden hoe het materiaal aanvoelt en waarmee ze het gevoel associëren. De cliënten worden stil gezet en gewezen op de lichamelijke sensaties en de cognitieve sensaties die zij ervaren.
- 'Het verhaal'. De beeldend therapeut draagt een verhaal voor waarbij zij vertelt over een situatie in een huis. De dochter van het huis is alleen thuis en ligt op bed wanneer zij plotseling een man vader de trap op hoort komen...op het moment dat zij de deurklink hoort bewegen hoort zij de auto van haar moeder voor de deur stoppen en de deur gaat open, ze hoort hem sluipen, voelt dat de deken van haar wordt afgetrokken, voelt zijn adem in haar nek... De opdracht die hieraan gekoppeld wordt is dat de cliënt een werkstuk maken over de gevoelens van de dochter op het dat moment. De beeldend therapeut geeft aan dat het belangrijk is om het verhaal spannend te vertellen zodat de cliënten in het moment worden getrokken.

Dit soort opdrachten dragen eraan bij dat cliënten zich leren te verplaatsen in de belevingswereld van een ander. De materiaalkeuze van een opdracht speelt een even belangrijke rol als het formuleren en het aanbieden van een opdracht. De beeldend therapeut zet vooral sensopatisch materiaal in. Dit zijn materialen als bijvoorbeeld: klei, vingerverf en krijt. Deze materialen doen een appel op de gevoelsbeleving door de samenstelling en de eigenschappen ervan.

Het doen en handelen staan centraal binnen de beeldende therapie, het is een ervaringsgerichte vorm van behandeling waarmee cliënten door middel van beleving contact leren maken met hun eigen gevoelens en de gevoelens van een ander.

De koppeling om het naast te ervaren ook te begrijpen wordt bewerkstelligt door evaluatiemomenten. Op deze momenten wordt er betekenis gegeven aan het proces en het werkstuk en worden onderbelichte aspecten van een werkstuk besproken. Een zogeheten procesevaluatie: b.v. hoe heeft de cliënt gedurende de opdracht gewerkt, waar liep hij tegen aan en hoe is hij hier mee omgegaan.

De houdingsaspecten van de beeldend therapeut zijn gedurende de behandeling afgestemd op het appel en de mogelijkheden van de cliënt. Dit varieert tussen supportief, directief, ondersteunend en inzichtgevend. Het is maar net welke aanpak de cliënt nodig heeft, bij cliënten met een laag zelfbeeld werkt de beeldend therapeut op een meer supportieve / ondersteunende werkwijze en de cliënten met bijvoorbeeld narcistische kenmerken vragen om een meer directieve werkwijze.

Het groepsproces speelt volgens de beeldend therapeut een belangrijke rol als het aankomt op het ontwikkelen van het empathisch vermogen. Met 'gelijkgestemden' is het voor de cliënt vaak makkelijker om zichzelf te laten zien en op spreekwoordelijke manier 'kleur te bekennen' of 'met de billen bloot gaan'. In groepsproces worden zij uitgedaagd om de interactie te stimuleren en te bewerkstelligen met elkaar aan te gaan'. 'Interactie' is vooral bij zedendelinquenten een moeilijk onderwerp. Binnen de groep worden rolverdelingen en patronen, interpretaties objectief en subjectieve beleving, zichtbaar gemaakt en besproken. In het medium komen de cliënten elkaar tegen, soms word er een wedstrijdelement aan een opdracht toegevoegd om interactie of patronen zichtbaar te maken of te versterken. Het gedrag dat in het groepsproces naar voren komt wordt vervolgens besproken en / of uitgewerkt in het medium. Hierbij wordt herkenning van analoge processen in het dagelijkse leven worden besproken. Op deze manier leren cliënten zichzelf maar ook anderen beter kennen en worden zij uitgedaagd om zich te verplaatsen in de ander. Dit is onder andere de kracht van de groep.

Ik denk dat ik niet een eenduidig afgemeten antwoord hierop kan geven, als je met mensen werkt en je wilt een empathische ontwikkeling meten dan komt het aan op mijn eigen intuïtie en mijn deskundigheid die ik door de loop der jaren heb ontwikkeld. Wat concreet genomen opvalt zijn gedragsmatige kenmerken en houdingsaspecten van de patiënten waar een verandering in waar te nemen is. Door patiënten lang in therapie te hebben leer je ook hun eigenaardigheden herkennen, als zij tijdens een evaluatie waarbij de gevoelens van het slachtoffer centraal staan voornamelijk over zichzelf en hun eigen lasten blijven praten dan zegt mij dat iets over hun empathisch vermogen, pas als de aandacht merkbaar verschuift naar de gevoelens van het slachtoffer, kun je voorzichtig aan interpreteren dat de patiënt bewuster wordt van wat zijn gedrag een ander heeft aangedaan en zich empathisch aan het ontwikkelen is.

De voordelen van beeldende therapie om aan het empathisch vermogen van incestplegers en plegers van seksueel misbruik van kinderen te werken zijn het concrete karakter van het medium. Een werkstuk dat gemaakt wordt, is zichtbaar en tastbaar, het is iets waar de maker niet omheen kan, ook al zou hij dit willen. Vaak heeft dit volgens de beeldend therapeut ook een confronterende werking waarbij de cliënt soms letterlijk onder ogen krijgt wat hij gedaan heeft. De gevoelens die hierbij komen kijken zijn heel bruikbaar om de aandacht naar de gevoelsbeleving van het slachtoffer te verplaatsten. Vaak zijn er eerst de beelden en later pas de woorden. Hiermee bedoelt de beeldend therapeut dat de cliënten het erg moeilijk vinden om hun gevoel onder woorden te brengen en eerder in staat zijn om het in beeld uit te drukken brengen. Waar mogelijk worden bij de evaluatie woorden bij de beelden gezocht. Er wordt gemetalliseerd/ betekenis gegeven. Het komt voor dat cliënten geen idee hebben waarom ze iets gemaakt hebben. Dit komt niet omdat de opdracht onduidelijk is maar eerder omdat zij vanuit de gekregen opdracht iets gecreëerd hebben waar zij voor zichzelf niet direct concrete betekenis aan kunnen geven. Deze komt dan vaak tijdens evaluatiemomenten tot stand.

Het beeldend medium kent ook nadelen volgens de beeldend therapeut. De confronterende werking van een werkstuk kan ook leiden tot grote weerstand. Het in beeld brengen van onderwerpen kan cliënten soms op een dusdanige manier in de weg gaan zitten dat zij blokkeren. Dit kan gedurende

lange periode de therapie in weg blijven zitten. Hier stellen cliënten elkaar vaak in gerust door herkenning te benoemen . Cliënten leren van en door elkaar.

Beschrijving van in het verslag genoemde opdrachten

Collage-opdrachten

- *'Gevoelens van het slachtoffer' / 'hoe heeft het slachtoffer zich gevoeld ten tijde van het delict'*

De patiënt krijgt de opdracht om de gevoelens die het slachtoffer volgens de patiënt ten tijde van het misbruik gevoeld moet hebben door middel van het plakken van plaatjes uit onder andere tijdschriften in een collagevorm op A3 formaat papier in beeld brengen.

Het doel hiervan is om de patiënt stil te laten staan bij de gevoelens van zijn slachtoffer en af te meten in hoeverre deze in staat is om zich te verplaatsen in de gevoelsbeleving van het slachtoffer.

- *'Hoe kijk ik naar de wereld en hoe kijkt de wereld naar mij'*

De patiënt krijgt de opdracht om de silhouet van zijn hoofd en torso over te trekken op een groot vel papier (50x70 cm) en middels het plakken van plaatjes uit onder andere tijdschriften aan de binnenkant van zijn silhouet weer te geven hoe hij naar de wereld kijkt en deze ervaart en dit op een zelfde manier te doen aan de buitenkant van zijn silhouet maar dan vanuit het oogpunt hoe hij denkt dat de wereld tegen hem aankijkt.

Het doel hiervan is om het beeld dat de patiënt over zijn positie in de wereld heeft in beeld te brengen en te onderzoeken op welke punten dit een realistisch beeld is en op welke punten er sprake is van een irrealistische beeldvorming. Op de laatst genoemde liggen vaak werkpunten voor de patiënt die hij middels vervolgoopdrachten gaat onderzoeken.

Klei-opdrachten

- *'Het beest in mij'*

De patiënt krijgt de opdracht om zijn drijfveren middels een metafoor (het beest) in klei uitbeelden. Het doel hiervan is om de patiënt zijn onderliggende drijfveren die ten grondslag liggen aan zijn lustbeleving die geleidt hebben tot het delict te onderzoeken en inzichtelijk te maken. Deze opdracht bestaat vaak uit vervolgoopdrachten. Het is voor de patiënten vaak erg moeilijk om contact te maken met de lustgevoelens die zij ervaarde ten tijde van het delict. Veelal zie je gedragsmatige kenmerken in het eerste beeld terug. Hiermee doel ik dat zij voornamelijk de manier waarop zij gehandeld hebben in beeld brengen maar niet de intrinsieke drijfveren achter de lustgevoelens. Anders geformuleerd; “hoe en wat voelde de patiënt ten tijde van het plegen van zijn delict. En wat lag ten grondslag aan die gevoelens.

- *'De daad'*

De patiënt moet zijn delict uitbeelden in klei. Hierbij moet hij zichzelf met zijn slachtoffer uitbeelden. Het doel hiervan is de patiënt te confronteren met zijn daden en hem te laten doorleven wat hij heeft aangericht bij zijn slachtoffer. Deze opdracht wordt net als de opdracht 'het beest in mij' in een later stadium van de behandeling aangeboden om het maximale effect van de opdracht te bereiken. Deze opdracht wordt vaak meerdere keren herhaald. De patiënt maakt het beeld de eerste keer vaak erg klein vanwege de beladenheid ervan, ook details ontbreken vaak en verhoudingen kloppen ook niet. Het beeld wordt steeds groter en persoonlijker gemaakt waarbij details worden toegevoegd en de verhoudingen steeds meer kloppen zodat de patiënt zichzelf en zijn slachtoffer steeds meer herkent in het werkstuk.

- *'Kleibakken met daarin natte klei'*

Bij deze groepsopdracht gaat er een kleibak met daarin een gevormd stuk klei rond de cliënten verwoorden hoe het materiaal aanvoelt en waarmee ze het gevoel associëren. De cliënten worden stil gezet en gewezen op de lichamelijke sensaties en de cognitieve sensaties die zij ervaren.

Schilder-opdrachten

- 'Het levensboek'

De patiënten moeten in deze opdracht een bundeling maken van emotionele en voor hun betekenisvolle momenten uit hun leven. Iedere gebeurtenis tekenen en schilderen zij op A4 papier tot er een 'boekvorm' ontstaat.

Het *doel* van deze opdracht is de patiënten stil te laten staan bij hun eigen vorming, ze te laten kijken naar voor hun kenmerkende situaties die zij met zich mee dragen. Op deze manier krijgen zij op een concrete manier inzicht in wat zij meegemaakt hebben. Het is belangrijk dat zij dit doorleven omdat zij op die manier naast het krijgen van inzicht ook in contact komen met hun eigen gevoelsbeleving.

- 'Emoties in beweging'

De patiënten werken vier basis-emoties (Blij, Bedroefd, Boos en Bang) afzonderlijk uit op een vel papier (50x70 cm). Hiervoor zoeken zij een bij een emotie passende gezichtsuitdrukking uit een tijdschrift en plakken die in het midden van het vel papier. Vervolgens kiezen zij zelf kleuren uit en schilderen zij de beweging die volgens hun idee het beste bij de emotie past.

Het *doel* van de opdracht is om patiënten stil te laten staan bij de manier waarop emoties zich vanuit hun lichaam naar de buitenwereld toe vertalen.

- 'Vreemde vogel'

Een schilder-opdracht waarmee iedere patiënt die start met beeldende therapie begint. De vreemde vogel is een metafoor die wordt ingezet om patiënten op een andere indirecte manier naar zichzelf te laten kijken. Zij schilderen een vogel op de muur van de therapie ruimte die eigenschappen bezit die kenmerkend zijn voor de patiënt. Aan de hand van een evaluatie in de groep stelt de startende patiënt zich voor aan zijn groepsgenoten en aan de beeldend therapeut. Deze opdracht is tevens een observatie middel voor de beeldend therapeut om kijken of / in hoeverre de patiënt in staat is om op een andere manier zichzelf te benaderen en uit te drukken.

- 'Landschapschilderij'

Een landschapschilderij wordt in een vroege fase van de behandeling gegeven en dient er mede voor om patiënten in contact te brengen met hun eigen gevoelsbeleving. Door zichzelf uit te drukken als een landschapsvorm vertelt de patiënt vaak iets over zijn innerlijke gemoedstoestand. Als iemand zichzelf bijvoorbeeld als een doolhof uitbeeldt met een ruig terrein dan vertelt dat een ander verhaal dan wanneer iemand zich uitbeeldt als een uitgestrekte woestijn vlakte.

Teken-opdrachten

- 'Het levensboek'

Zie beschrijving bij schilder-opdrachten

- 'Elkaar natekenen' / 'Kijken en bekeken worden'

De patiënten werken bij deze opdracht in tweetallen. Zij gaan recht tegenover elkaar zitten. Één van de twee is het model en de ander gaat een portret tekening van de ander maken. Degene die aan het tekenen is krijgt de extra opdracht om gedurende het tekenen zich in te denken hoe en wat de ander op

dit moment zou kunnen voelen. Na een dertig minuten wisselen de patiënten om. Het doel van deze opdracht is dat patiënten oefenen om zichzelf in een ander te leren verplaatsen.

- 'een foto van het delict tekenen'

De patiënt moet zijn delict natekenen en er als toeschouwer naar moet kijken en op moet reageren. Het doel hiervan is dat patiënten stil leren / gaan staan bij de gevoelens van het slachtoffer en het aanschouwen van hun daden. Van daar uit kan een vervolgoopdracht komen waarbij een patiënt een werkstuk moet maken over de gevoelens die het slachtoffer ten tijde van het delict gevoeld moet hebben.

- 'Het verhaal'

De beeldend therapeut draagt een verhaal voor waarbij zij vertelt over een situatie in een huis. De dochter van het huis is alleen thuis en ligt op bed wanneer zij plotseling een man vader de trap op hoort komen...op het moment dat zij de deurklink hoort bewegen hoort zij de auto van haar moeder voor de deur stoppen en de deur gaat open, ze hoort hem sluipen, voelt dat de deken van haar wordt afgetrokken, voelt zijn adem in haar nek...

De opdracht die hieraan gekoppeld wordt is dat de cliënt een werkstuk maken over de gevoelens van de dochter op het dat moment. De beeldend therapeut geeft aan dat het belangrijk is om het verhaal spannend te vertellen zodat de cliënten in het moment worden getrokken.

Steen-opdrachten

- 'De Gift met brief'

De opdracht is de laatste opdracht die patiënten binnen de behandeling bij beeldende therapie krijgen. De patiënt maakt een gift van speksteen voor zijn slachtoffer en schrijft daarbij een passende brief die gericht is aan het slachtoffer. De inhoud van de brief moet getuigen van oprechtheid en waardigheid naar het slachtoffer toe. De patiënt schrijft voorbij zijn eigen verdriet in plaats daarvan laat hij middels woorden zien dat hij alle verantwoordelijkheid draagt en spijt betuigt voor zijn daden. Het komt voor dat een slachtoffer de gift en brief overhandigd krijgen.