

Kijk zelf maar

Het gebruik van video-opnamen binnen de volwassenenpsychiatrie

*Sandra van der Niet, studente opleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie, Hogeschool Windesheim, Zwolle
Cor niks, docent opleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie, Hogeschool Windesheim, Zwolle*

‘En toch voelt het alsof ik het echt op m’n allerhardst doe, hoor.’

Ik heb haar op alle mogelijke manieren uitgedaagd om uit volle borst naar de overkant te schreeuwen. Ik heb haar gespiegeld, ik heb de inzet op laten bouwen, ik heb feedback van groepsleden laten geven, ik heb haar zichzelf laten vergelijken met anderen en toch lukt het haar niet om al schreeuwend de overkant te bereiken.

Ik wou dat ik het had opgenomen op video, zodat ik het je zou kunnen laten zien.

Inleiding

Dit artikel is geschreven na een ruim aantal weken te hebben geëxperimenteerd met het gebruik van video in de PMT-zaal in het kader van het doorbreken van hardnekkige non-adequate gedrags- en gedachtepatronen. Binnen mijn stage in een GGZ-instelling kwam ik veel in aanraking met getraumatiseerde vrouwen. Na een aantal weken te hebben gewerkt rondom het thema kracht & agressie heb ik geconstateerd dat veel cliënten, ondanks diverse verbale en non-verbale interventies, vast bleven houden aan hun innerlijke overtuigingen en zodoende niet tot de gewenste gedragsverandering konden komen.

Al brainstormend over hoe dit wel te bereiken, kwam ik op het gebruik van video. Wat zou er gebeuren als ik de beelden terug kon laten zien? Wat als de cliënten zichzelf eens van een afstand konden bekijken? En als het werkt, hoe werkt het dan?

Mijn nieuwsgierigheid was geprikkeld. Ik had al eerder het één en ander gelezen over videohometraining binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg (Heijkoop, 1991), videointeractietraining (Ravelli & Steffen, 1991) en over het gebruik van videoconfrontatie binnen de behandeling van eetstoornissen (Probst e.a., 1986). Ik raakte nieuwsgierig over de mogelijkheden van het gebruik van video binnen de setting waar ik op dat moment werkzaam was – de volwassenenpsychiatrie.

Dit artikel begint met het een illustrerend praktijkvoorbeeld, gevolgd door een uiteenzetting van een aantal methodische en theoretische kaders aan de hand van korte casusfragmenten. Afgesloten zal worden met een aantal conclusies, discussiepunten en aanbevelingen.

Een casus uit het werkveld

Simone is een getrouwde vrouw van 38 jaar en neemt momenteel deel aan de vrouwengroep. Dit is een driedaagse deeltijdbehandeling. Het is een open groep

voor vrouwen die op grond van traumatische ervaringen in het verleden of handicaps in hun persoonlijkheidsstructuur zijn vastgelopen in oude overlevingsmechanismen.

Simone is een angstige vrouw die in alle situaties probeert de harmonie te bewaren. Ze voegt zich zo snel mogelijk naar de bestaande kaders en past zich aan aan wat ze denkt dat de ander van haar verwacht. Haar therapiedoelen zijn: meer voor zichzelf opkomen, gaan staan voor haar eigen mening, conflictvermijding doorbreken en agressie/kracht meer inzetten. Om Simone extra gelegenheid te geven om met laatstgenoemde thema's aan de slag te gaan, heeft zij individuele PMT met gebruik van video aangeboden gekregen.

Sessie 3. Afstand & nabijheid. Simone staat aan de ene kant van de zaal, ik aan de andere. Door middel van handgebaren en stemgebruik mag zij me dichterbij laten komen en stilzetten op een afstand die voor haar prettig is. Ze heeft de oefening al eerder gedaan en het lukt haar dan ook om mij op een voor haar prettige afstand neer te zetten. De 2^e en 3^e ronde zet ik meer agressie in. Simone klapt dicht. Haar lichaam helt achterover, ze lacht gespannen en haar blik blijft als bevroren op mij gericht. Ze blijft tien seconden zo staan. Dan probeert ze zich te herpakken door zachtjes "achteruit, Sandra" te zeggen, maar alle kracht is verdwenen.

Voorafgaand aan het bekijken van de video heb ik haar een korte vragenlijst laten invullen waarop Simone mocht invullen welk percentage aan agressie ze heeft ingezet en welke gedachten hierbij naar boven kwamen. Haar gedachten waren onder andere:

- Dit durf ik niet, de ander is veel sterker.
- Dit kan ik niet, ik kan niet feller, ze gaat toch wel over me heen.
- Hoe pittig moet ik, wat wil de therapeute van mij.

We gaan terugkijken en vergelijken de 1^e keer, toen het wel lukte, met de laatstgenoemde keer. Bij het bekijken van dit stukje video schrikt ze van haar eigen reactie. Het maakt haar verdrietig, ze begrijpt dat ze met de tien seconden die ze nodig heeft om zich enigszins te herpakken de ander enorm veel ruimte geeft om haar grenzen te overschrijden.

Ze benoemt dat haar hele houding bij de start van de oefening al zwak is. Ze staat niet stevig met beide benen op de grond. Ik koppel dit aan de gedachten waarmee ze de oefening startte en maak inzichtelijk dat gedachten, gedrag en gevoel onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. We ontdekken dat ze bij de 1^e keer oefenen veel steviger stond, omdat ze wist dat ik bij de 1^e keer haar grens sowieso nog niet zou testen. Op het moment dat ik aankondigde meer agressie in te zetten, kwamen de negatieve gedachten naar boven, die op hun beurt haar gedrag aanpasten en ervoor zorgden dat de negatieve voorspelling ook werkelijkheid werd.

De video-opnamen gaven in deze situatie de mogelijkheid om verschillende gedragingen naast elkaar te zetten om deze van een afstand te bekijken. De invloed en gevolgen van het eigen gedrag werd meer zichtbaar.

Een andere oefening: 3 materialen. Simone en ik zitten op een matje. Ze heeft zojuist 3 materialen uit het materialenhok en/of uit haar eigen tas verzameld. Ik geef de volgende instructie: "We gaan oefenen met nee-zeggen. Nummer 1 is het aller-, allerbelangrijkst, die geef je nooit weg, wat er ook gebeurt. Nummer 2 is redelijk belangrijk, dan moet ik echt met

goede argumenten komen. Nummer 3 is een beetje belangrijk, daar valt goed over te praten. In principe is jouw doel om zoveel mogelijk te houden. Jij hebt alles, ik heb niets. Ik wil graag van jou...."

We gaan in gesprek en vrij snel heb ik nummer 2 & 3 in mijn bezit. Ze geeft ze eigenlijk weg door te zeggen: "Je mag best die anderen hebben, maar mijn nummer 1 krijg je niet." Dat ging dus relatief eenvoudig. Nummer 1 is lastiger te krijgen en uiteindelijk komt Simone met het argument: "Nee, je krijgt nummer 1 niet, want ik weet niet zeker of jij er net zo goed voor kunt zorgen als dat ik dat doe."

Ik zet het stop en we gaan de video terugkijken. Ik wijs haar tijdens het terugspoelen van de video op de almachtspositie die ze inneemt. Binnen de vrouwengroep wordt veel gewerkt vanuit de machtsdriehoek (Servellen, 2005) welke uitgaat van drie machtsposities, te weten almacht, machtsrijd en onmacht. Op het moment dat je je vrij kunt bewegen binnen deze posities sta je in je kracht. Als gevolg van overlevingsmechanismes zitten de vrouwen vaak vast op één of twee van de drie posities en levert die derde positie veel angst en vermijding. Simone's doel is om meer de machtsrijd aan te gaan en minder de almacht of onmacht in te zetten als overlevingsmechanisme.

Op het moment dat ik haar verbaal teruggeef dat ze, wanneer het vraaggesprek lastig wordt en ik meer agressie inzet, in de almachtspositie schiet, ziet Simone dat zelf niet. Door het terugkijken van de video heeft ze de mogelijkheid om haar gedrag te toetsen aan haar en mijn beleving. Dit geeft ons een gezamenlijk referentiekader.

Theoretische kaders en methodische aspecten

Schematherapie

De schematherapie van Jeffrey Young (Young, Kloska, Weishaar, 2005) geeft een duidelijk inzicht in de hardnekkige instandhouding van innerlijke overtuigingen, door Young omschreven als kernschema's.

Binnen de schematherapie is veel beschreven over de werking van schema's en over hoe zij zichzelf in stand houden (Young, Kloska, Weishaar, 2005). Bij psychische traumata worden nieuwe schema's aangemaakt, aangepast of verworpen. De schematherapie gaat er vanuit deze oude, onaangepaste schema's die zich ontwikkelen in de kindertijd, doorwerken in de latere levensfasen en zichzelf, ondanks hun disfunctionele werking, in stand houden. Dit is het gevolg van het menselijk verlangen naar consistentie. Ondanks de negatieve en destructieve werking van het oude schema, is er ook een prettig aspect. Het schema geeft houvast, het is prettig, vertrouwd en het voelt 'goed'. Cliënten ervaren hun schema's als de absolute waarheid; ze bepalen hun denken, voelen en handelen in de omgang met zichzelf en met anderen. Een overtuiging als deze wordt ook wel een self-serving bias (Van der Molen, Perreijn, Van den Hout, 1997) genoemd, die in theorie vergelijkbaar is met de selffulfilling prophecy welke later in dit artikel aan bod zal komen.

De schematherapie benoemt een aantal schemaprocessen (Young & Pijnaker, 1999) die ertoe leiden dat het schema zichzelf in stand houdt. Young (2005) stelt hierbij dat disfunctioneel gedrag ontstaat als reactie op een schema. Dit is het

gedrag dat wij in de PMT-zaal tegen komen en welke verantwoordelijk zijn voor het belemmeren van de gedragsverandering.

Schemaproces	Niveau	Voorbeeld
1. Bevestiging	Cognitieve vervorming (negeren, ontkennen, minimaliseren)	Peter denkt de eeuwige zondebok te zijn. Als collega's lachen, denkt hij dat ze om hem lachen. Als iemand hem een compliment geeft, denkt hij dat ze een grap met hem uithalen.
2. Vermijding	Gedragsmatig, affectief, cognitief	Peter gaat nooit naar de bioscoop. Het herinnert hem aan het pesten van vroeger. Hij wil er ook nooit over praten, zodat hij er niet aan hoeft te denken en ook de emoties weg kan houden.
3. Compensatie	Gedragsmatig overcompenseren	Als kind is Peter veel gepest en in een slachtofferrol geduwd. Nu vertoont hij op zijn werk naar collega's dadergedrag.

Simone is bang dat als ze het conflict aangaat, de ander boos zal worden en dat als iemand eenmaal boos is, dit niet meer goed komt. Simone ervaart haar minimale agressie-inzet als een groot risico voor het in de steek gelaten worden. Deze cognitieve vervorming zorgt voor vermijding van het conflict en overcompensatie in gedrag – ze past zich aan in plaats van boos te worden en doet zoveel mogelijk om de ander te behagen.

Denken/voelen/handelen?

PMT is een therapie waarbij het zichtbare gedrag vaak het eerste aangrijpingspunt is en waarbij bewegings- en/of lichaamsgericht geïntervenieerd wordt. We creëren een bewegingsarrangement waarin het probleemgedrag naar voren komt en de cliënt gelegenheid krijgt om te oefenen met gedragsalternatieven.

Volgens de schematherapie is het doorbreken van gedragspatronen echter pas zinvol als de onderliggende schema's zowel cognitief als experiëntieel zijn doorgewerkt (Young, Klosko, Weishaar, 2005, p. 155). Het heeft dus geen zin om alleen een gedragsalternatief aan te bieden, het is van groot belang om onderliggende cognities naar boven te halen en uit te werken. Andersom geldt dit ook; inzicht alleen is niet voldoende, het doorbreken van de gedragspatronen is van groot belang om terugval te voorkomen.

Bij het doorbreken van de gedragspatronen gaat het vooral over het doorbreken van de drie eerder genoemde schemaprocessen die de schema's in stand houden.

In de praktijk is gebleken dat het komen tot de gewenste gedragsverandering niet gemakkelijk gaat. De oude, onaangepaste schema's diep geworteld zijn en vechten voor hun bestaan. Het vraagt van zowel de cliënt als de therapeut dan ook een doortastend en groot doorzettingsvermogen.

Simone kijkt me vertwijfeld aan tijdens de oefening afstand/nabijheid. Ik weet wat ik nu moet doen, ik snap het écht, ik bedoel, ik heb het net op de video gezien en hoe ik het toen deed is echt niet handig, maar..... ik vind het heel moeilijk. Of eigenlijk.. eigenlijk vooral heel eng.

Videofeedback in de behandeling bij eetstoornissen

Videofeedback wordt in de behandeling voor eetstoornissen veel ingezet. Het uitgangspunt van deze videoconfrontatiemethode is dat de videoplayback fungeert als belangrijk hulpmiddel om cliënten gevoelig te maken voor hun gedrag en belevingen. Ook blijkt video een hulpmiddel te zijn om mogelijke verschillen te onderzoeken tussen de subjectieve en de werkelijke beleving. De videoconfrontatie blijkt vaak een krachtige confrontatie te zijn voor cliënten met anorexia nervosa die hun vermagering ontkennen of minimaliseren (Probst, 2002). Naast het doorbreken van deze cognitieve vervorming is gebleken dat videofeedback ook kan leiden tot een meer realistisch zelfbeeld (Fernández & Vandereycken, 1994).

Aan het eind van het individuele PMT-traject vroeg ik Simone hoe ze het werken met de video had ervaren. Ze glimlachte en zei: "Nou, in het begin vond ik het heel naar, omdat ik mezelf en mijn gedrag zag zoals ik het in mijn hoofd al had bedacht. Ik zag ook alleen maar de negatieve dingen. Nu, de laatste keer, zag ik dat het eigenlijk wel meeviel.."

Selffulfilling prophecy

De theorie achter de selffulfilling prophecy van socioloog Robert K. Merton (1968), is dat cliënten een negatieve voorspelling doen over zichzelf, de toekomst en de wereld om hen heen, die ze door een focus op negatieve gebeurtenissen daadwerkelijk zien uitkomen. Video geeft hierbij de mogelijkheid tot afstand nemen van de innerlijke overtuig, doordat cliënten zichzelf van een afstand kunnen bekijken en kunnen controleren in hoeverre hun overtuiging klopt met de werkelijkheid.

Deze theorie lijkt parallel te lopen met de schemabevestiging vanuit schematherapie – men creëert een eigen beeld, gaat zich daarnaar gedragen en belemmert zodoende bewust of onbewust de gewenste gedragsverandering.

Simone vult voorafgaand aan de oefening Stuiten in welke gedachten zij heeft over het inzetten van kracht. Ze beschrijft bang te zijn dat ze het niet kan, en dat ze niet kan voldoen aan de verwachtingen die ik heb. We doen de oefening en Simone is in gedrag inderdaad weinig daadkrachtig. Bij het bekijken van de video benoemt ze dat ze ook helemaal niet stevig staat, omdat ze er geen vertrouwen in heeft. De verwachting van het niet kunnen bepaald haar houding en zorgt ervoor dat ze niet de kracht kan vinden om adequaat te handelen.

Ze besluit het nu anders te doen. We doen de oefening nogmaals, waarbij we vooraf een korte visualisatieoefening doen gericht op het inzetten van lichamelijke kracht bij een partijtje judo. Simone geeft aan nu krachtiger te staan en zegt: 'Kom maar op, we doen het opnieuw'.

Het naast elkaar zetten van de twee video's geeft Simone een duidelijk inzicht in de kracht van haar gedachten en het nut van een bewuste lichaamshouding.

Leerstijlen & modeling

Elk mens leert, denkt en communiceert op zijn eigen wijze. Informatie komt binnen via je zintuigen. Tijdens de ontwikkeling leer je de informatie van het ene kanaal beter herkennen dan die van het andere kanaal. Dit wordt zowel door omgevings- als genetische factoren bepaald. De wijze van de latere informatieverwerking hangt hier sterk vanaf. Zo is een visueel ingestelde persoon goed in het verkrijgen van informatie uit grafieken en leert een auditief persoon een examen door de stof hardop op te zeggen. Een optimaal leerklimaat creëren we door een beroep te doen op meerdere kanalen tegelijk. Het gebruik van video levert hierbij een extra dimensie. Door de beelden van de zojuist opgedane ervaring nog eens te herzien, wordt de informatie naast kinesthetisch ook visueel opgeslagen in de hersenen. Het aanbieden van informatie vanuit meerdere modaliteiten kan op die manier leiden tot een betere inprenting/beklijving. Mayer (2001) toont in zijn onderzoek naar de Cognitive Theory of Multimedia Learning aan dat het verwerken van informatie kan verbeteren door het gebruik van de capaciteit van zowel het visuele als verbale geheugensysteem. Dit wordt ook wel het multimedia principle genoemd (Mayer, 2001).

Binnen de PMT werken we lichaam- en bewegingsgericht. Dit houdt uiteraard niet in dat we enkel een appel doen op het kinesthetische aspect, want op het moment dat we het gedrag van een cliënt spiegelen om hem te laten ervaren wat dit met de ander doet, spelen we in op het visuele ingangskanaal. Het voordeel van video hierbij is dat de cliënt zelf model staat voor het ongewenste gedrag en later, na het experimenteren met nieuw gedrag, model staat voor het gewenste gedrag (Van Son, 1978). Doordat de cliënt op de video ziet dat het echt kan, wordt de self-efficacy verhoogd en groeit het zelfvertrouwen (Ravelli & Steffen, 1999).

De video-opname met het gewenste gedrag werkt hierbij als een positieve bekrachtiging.

We hebben nog één paar minuten. De voorlaatste keer heeft Simone veel kracht ingezet. De laatste keer lukte het een stuk minder goed. Ik vraag Simone wat ze wil: nog één maal de oefening doen en meer kracht inzetten of de opname van de voorlaatste keer nogmaals bekijken? Ze kiest de 2^e optie en noemt: "Dan kan ik weer even zien en voelen hoe het ook alweer moet."

Videohometraining en videointeractiebegeleiding

Binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg wordt al veel gebruik gemaakt van video. Grondlegger van een veelgebruikte methode is drs. Jacques Heijkoop, een ontwikkelingspsycholoog. Hij ontwikkelde de methode 'Anders kijken naar', welke uitgebreid staat beschreven in zijn boek Vastgelopen (Heijkoop, 1991). De benadering en de werkvormen van de methode draaien allemaal om het persoonlijk ervaren van eigen invloed. Doel van de methode is om het aantal momenten waarop men ervaart invloed te hebben te vergroten. Een reeks van deze ervaringen doet het zelfvertrouwen groeien en maakt de drempel tot gedragsverandering lager (Heijkoop, 1991).

Hometraining is een vorm van intensieve thuisbegeleiding in gezinnen met psychosociale problematiek. Het uitgangspunt is het bekrachtigen van positief gedrag. Primaire doel is herstel en verbetering van de communicatie tussen ouders en kinderen. In 1955 is dit in gang gezet binnen de gehandicaptenzorg, ter assistentie van ouders met gehoorgestoorde en dove kinderen (Muller e.a., 2001). De hometraining is steeds verder uitgekristalliseerd en inmiddels worden er vele differentiaties gebruikt. Een op zichzelf staande methode is de video interactiebegeleiding. Deze tilt het gebruik van video uit de homesetting en verplaatst het naar verschillende vormen van jeugdzorg, kinderopvang en andersoortige vormen van begeleiding en zorg.

Er is veel onderzoek gedaan naar de effecten van het gebruik van video. In het kader van dit artikel worden enkele onderzoeken kort aangehaald.

De onderzoeken van Edelson en Seidman (1975) en Eisler, Hersen en Agras (1973) leidden tot de conclusie dat videogebruik gecombineerd met het geven van feedback vanuit de therapeut betere resultaten geeft bij echtpaartherapie dan feedback alleen. Ook drie onderzoeken binnen de gezinstherapie (Bernal, 1969; Kaswan & Love 1969; Durrett & Kelley 1974) leveren gunstige resultaten op voor videogebruik, wanneer de videoplayback werd gecombineerd met verbale feedback.

Hung en Rosenthal (1981) noemen vier aspecten van het gebruik van video die op basis van de onderzoeken bepaalde uitspraken mogelijk maken. Zij concluderen uit hun overzicht van 52 studies dat er geen aantoonbaar bewijs is voor gunstige effecten van het gebruik van video op zich, maar wel in combinatie met andere therapeutische interventies. Ook bleek er een therapeutisch effect uit een onderzoek waarbij twee groepen cliënten werden vergeleken. De groep die videobegeleiding kreeg, gaf als groep betere therapeutische resultaten te zien (Moore, Chernell & West, 1978).

Video & PMT

Binnen de PMT gaan we na een lichaams- of bewegingsgerichte activiteit op zoek naar de betekenisverlening van het waargenomen gedrag. Er wordt gevraagd naar de betekenis van het gedrag. Vervolgens wordt er samen met de cliënt gezocht naar een gedragsalternatief en wordt de gelegenheid gecreëerd om te oefenen met dit nieuwe, gewenste gedrag. Door de 1^e fase, de waarneming en betekenisverlening, te verplaatsen naar de cliënt en de cliënt zelf te laten kijken naar wat hem opvalt in zijn gedrag, komt de cliënt tot een zelfconfrontatie zonder tussenkomst van de ander.

Uit alle eerder genoemde onderzoeken kwam naar voren dat het gebruik van video-opnamen in combinatie met feedback van een therapeut cq. begeleider een therapeutische waarde heeft. Deze video-opnamen werden gemaakt in de context waar de probleemsituatie zich voordeed. PMT vindt doorgaans plaats in de zaal. Als PMT'ers zijn wij echter geschoold in het manipuleren van bewegingssituaties waardoor we het probleemgedrag de zaal in halen en er op die manier mee aan de slag kunnen. Een nadeel van het werken buiten de probleemcontext is dat de cliënt uiteindelijk zelf het geleerde zal moeten gaan toepassen. Een voordeel van videogebruik binnen een PMT-zaal is dat de situatie zodanig gemanipuleerd kan worden dat er meerdere malen met het gedrag

geoefend kan worden en de oefensituatie zo nodig aangepast kan worden naar de behoefte van de cliënt.

Werkzame aspecten van video

De video-opnamen geven een neutrale afstand, kunnen fungeren als vergrootglas van disfunctioneel gedrag, als spiegel en als gemeenschappelijk referentiekader. De mogelijkheid van het zichtbaar maken van gedrag en het afspelen hiervan, zorgt ervoor dat onbewust gedrag bewust gemaakt kan worden. Lichaamstaal en gedragspatronen die normaliter niet opvallen of moeilijk te duiden zijn, kunnen met behulp van video worden uitgelicht, geduid en onderzocht.

Het gebruik van video binnen de PMT kan bijdragen aan een meer realistisch zelfbeeld en –beleving. Het kan leiden tot het doorbreken van rigide gedragspatronen, doordat de cliënt zijn gedrag en de gevolgen daarvan van een afstand kan bekijken. De zelfconfrontatie met zijn gedrag zonder tussenkomst van de ander kan leiden tot een meer stabiele en geïntegreerde mentale presentatie van zichzelf. De externe visualisatie geeft een meer realistisch en objectief beeld, daar waar de interne visualisatie een vertroebeld beeld geeft als gevolg van oude kerngedachten.

Interventies en attitude therapeut

De therapeut biedt een ander (visueel) kader om vanuit hier cognitief en gedragsmatig te herstructureren. Bij het opnemen en bekijken van de video neemt de therapeut een coachende en structurerende attitude aan. Hij geeft de verschillen weer tussen denken, voelen en handelen en probeert deze te scheiden en inzichtelijk te maken voor de cliënt.

Discussie en aanbevelingen

Voor de cliënt uit deze casus fungeerde de video voornamelijk als inzichtgevende spiegel. Simone was zich lang niet altijd bewust van haar gedrag en dat wat haar gedrag bij de ander opriep. De video-opnamen gaven haar de tijd en ruimte om hierbij stil te staan. Het maakte voor haar de koppeling tussen gedachten en gedrag meer inzichtelijk, waardoor ze sneller tot een gedragsverandering kon komen. Het terugzien van de succeservaring gaf haar meer zelfvertrouwen. De wetenschap van het kunnen bekrachtigde haar zelfbeeld.

Het gebruik van video kan een meerwaarde geven aan het therapeutisch proces van een individuele cliënt of een groep cliënten. Video voegt hierbij niet direct iets nieuws toe aan de al bestaande vormen van hulpverlening, het geeft echter wel een extra hulpmiddel en maakt het interventievlak breder, waardoor we weer meer kunnen aansluiten bij de specifieke behoeften en noden van cliënten en doelgroepen.

Video biedt vele mogelijkheden. Met een aantal daarvan heb ik mogen experimenteren, maar ik realiseer mij ook dat dit nog maar een topje van de ijsberg is. De mogelijkheden zijn legio, en het is aan ons als PMT'ers om dit grijze gebied verder in te kleuren.

Literatuur

- Bernal, M.E. (1996). Behavioral feedback in the modification of brat behaviors. *Journal of Nervous and mental Diseases*, 148, 375-385.
- Fernández, F., & Vandereycken, W. (1994). Influence of Video Confrontation on the Self-Evaluation of Anorexia Nervosa patients: A Controlled Study. *Eating Disorders*, 2, 135-139.
- Edolson, R.O., & Seidman, E. (1975). Use of videotape feedback in altering interpersonal perceptions of married couples: A therapy analogue. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 244-250.
- Heijkoop, J.C.M. (1991). *Vastgelopen. Anders kijken naar begeleiding van mensen met een verstandelijke handicap met ernstige gedragsproblemen*. Soest: Nellissen.
- Hung, J.H., & Rosenthal, T.L. (1978). Therapeutic videotaped playback. In: J.L. Fryrear & B. Fleshman (Red.), *Videotherapy in mental health* (pp. 5-46) Springfield III.
- Mayer, R.E. (2001). *Multimedia learning*. Cambridge: Cambridge university press.
- Merton, R.K. (1968). *Social Theory and Social Structure*. New York: The free press.
- Molen, H. van der, Perreijn, S., Hout, M. van den (1997). *Klinische psychologie, theorieën en psychopathologie*. Groningen: Wolters-Noordhoff.
- Moore, F.J., Chernell, E., & West, M.J. (1978). Television as a therapeutic tool. In: M. Berger (red.), *Videotape techniques in psychiatric training and treatment*. (rev. ed.) (pp. 153-160). New York: Brunner/Mazel.
- Muller, L. (2001). *Thuisbehandeling en hometraining*. Amsterdam: SWP.
- Probst, M. (2002). Lichaamsbeleving. In W. Vandereycken & G. Noordenbos (Red.), *Handboek eetstoornissen* (pp.233-248). Utrecht: De Tijdstroom.
- Ravelli, A. & Steffen, B. (1999). *Verdraait goed, video-interactietraining voor hulpverleners*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Servellen, A. (2005). *De weëen van de macht, zelfmanagement voor vrouwen*. Amersfoort: Acco.
- Son, M. van (1978). *Sociale vaardigheidstherapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie, handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

De auteur

Sandra van der Niet is vierdejaars studente aan de opleiding Bewegingsagogie en Psychomotorische Therapie aan Hogeschool Windesheim te Zwolle. Vanaf februari 2008 liep zij haar eindstage bij GGZ-instelling Dijk en Duin te Castricum. De voornaamste doelgroepen waar zij mee werkte zijn de vrouwengroep uit de vrouwenhulpverlening en klinische en poliklinische cliënten(groepen) uit de algemene volwassenenpsychiatrie cluster angst & depressie.

Samenvatting

In dit artikel wordt getracht een antwoord te geven op de vraag naar de meerwaarde van het gebruik van video-opnamen binnen de psychomotorische therapie. Vanuit verschillende theoretische en methodische invalshoeken, zoals de schematherapie, de videohometraining en verschillende kaders van de leertheorie, wordt aangegeven wat de therapeutische waarde van het

videogebruik zou kunnen zijn. Dit wordt geïllustreerd met een aantal praktijkvoorbeelden.