

## **Herkennen, onderscheiden en verwoorden van emoties middels psychomotorische therapie voor (jong) volwassen patiënten in de forensische psychiatrie: een basisvaardigheid voor agressieregulatie.**

---

Hoek, T.A.P., Meessen, L.J.E., Nijkamp, M.N., Nijland, N., Reijs, B., Spee, P. & Winkel, F.  
2015

**Zorgprogramma** Dit product kan gehanteerd worden binnen de therapeutische veranderfase van het (basis)zorgprogramma voor de forensische psychiatrie (EFP, 2014). Tevens kan het geïmplementeerd worden in specifieke zorglijnen binnen forensisch psychiatrische instellingen.

**Prototype werkwijze** Re-educatief (waaronder directief klachtgericht en focaal inzichtgevend).

### **Probleemomschrijving**

#### *Probleem*

Uit onderzoek blijkt dat patiënten met agressieregulatie problematiek moeite hebben met het herkennen, onderscheiden en verwoorden van emoties (Teten, Miller, Bailey, Dunn & Kent, 2008; Fossati et al., 2009). Binnen dit product zal in dit kader gesproken worden van een beperkt bewustzijn van de interne emotionele toestand. Het zich bewustzijn van de interne emotionele toestand wordt gezien als een basisvaardigheid, om van daaruit adequate gedragalternatieven in te kunnen zetten (Fonagy & Target, 2007). Bij patiënten met agressieregulatie problematiek ontbreekt deze vaardigheid veelal, waardoor zij als het ware overspoeld raken door hun emoties (Fonagy, 2003). Ze ervaren hierdoor een zich herhalend gebrek aan controle op agressieve doorbraken.

#### *Spreiding*

Er is een grote spreiding binnen de patiëntenpopulatie die in de forensische psychiatrie behandeld wordt, zowel qua leeftijd als qua psychopathologie. Bij patiënten met agressieregulatie problematiek zijn verschillende diagnoses onder de categorie 'Disruptive, impulse control and conduct disorders' mogelijk (American Psychiatric Association, 2014). Hierbij valt te denken aan: impulsregulatie stoornis NAO, periodieke explosieve stoornis of gedragsstoornis. Ook bij Attention Deficit Hyperactivity Disorder, autisme spectrum stoornissen en posttraumatische stress-stoornis is er vaak sprake van agressieregulatie problematiek. Tenslotte zijn persoonlijkheidsstoornissen uit cluster B, maar ook cluster C en een licht verstandelijke beperking veel voorkomend. Bij agressieregulatie problematiek is vaak sprake van co-morbiditeit, met name in de vorm van middelenmisbruik (Rueve & Welton, 2008).

#### *Gevolgen*

Agressief gedrag is een omvangrijk probleem in de hedendaagse maatschappij. De negatieve consequenties van agressief gedrag zoals vandalisme, huiselijk geweld en geweld in de publieke sector zijn enorm (Bakhuys-Roozenboom, Koningsveld & van den Bossch, 2010). Dit geldt voor de slachtoffers, maar vaak ook voor de daders en hun familie (Hairston, 2003).

Forensische patiënten ervaren vaak ernstige gevolgen van het eigen criminele gedrag op onder andere hun relaties (Goggin, Gendreau & Grey, 1998), werk, vrije tijd en financiële situatie (Gendreau, Goggin & Gray, 2000; Oddone-Paolucci, Violato & Schofield, 2000). Patiënten met agressieregulatie problematiek

hebben vaak een verhoogd fysiek spanningsniveau en een grotere kans op stress-gerelateerde ziekten (Siegman, 2000).

Volgens het Good Lives Model van Ward, Mann & Gannon (2007) is er een sterk verband tussen het risico op recidive en het subjectieve gevoel van welzijn van de forensische patiënt. Het risico op recidive neemt toe wanneer de patiënt geen uitzicht heeft op omstandigheden die dit gevoel van welzijn bevorderen, zoals het kunnen behouden van werk, een goede woonsituatie, gezondheid en betekenisvolle relaties. Zo kan er gemakkelijk een neerwaartse spiraal ontstaan wanneer er geen controle ontstaat op agressief gedrag. Het risico op recidive blijft plaatsvinden en de patiënt heeft het gevoel 'niets meer te verliezen te hebben'.

## **Doelgroep**

### *Beschrijving*

De doelgroep betreft (jong) volwassen patiënten met agressieregulatie problematiek die in de forensische psychiatrie behandeld worden voor hun psychische/ psychiatrische problematiek. Er is sprake van actueel of dreigend delictgedrag en een noodzaak tot het verminderen van het recidiverisico.

### *Indicatie*

Er is sprake van:

- een beperkt lichaamsbewustzijn;
- problemen met het herkennen, onderscheiden en verwoorden van emoties.

### *Contra-indicaties*

- een toestandsbeeld waarbij de patiënt onder invloed is van middelen (drugs, alcohol, medicatie) die het reëel waarnemen en herkennen van lichamelijke sensaties verstoren;
- een acute psychose of een andere fysieke of psychiatrische aandoening waardoor de leerbaarheid in het waarnemen van lichamelijke sensaties verstoord is;
- een hoge mate van psychopathie. Hierbij wordt een PCL-R score van 30 of hoger aangehouden (Hildebrand & De Ruiter 2012);
- een IQ onder de 50. Bij een IQ tussen de 50 en de 70 wordt een inschatting gemaakt van de individuele leerbaarheid en het reflectief vermogen van de patiënt;
- een leeftijd onder de 16 jaar.

### *Selectie (intake, verwijzing, O&A-traject)*

Verwijzing gebeurt door de eindverantwoordelijk hoofdbehandelaar wanneer er op basis van eerder genoemde indicaties aanwijzingen zijn dat de patiënt zou kunnen profiteren van de omschreven interventie. De psychomotorisch therapeut heeft hierin een adviserende functie binnen een intake overleg of een multidisciplinaire behandelplanbespreking.

## **Doelen**

### *Algemeen behandeldoel*

Afname van het recidiverisico op agressief gedrag.

### *Hoofddoel voor PMT*

De patiënt:

- is zich meer bewust van zijn lichaam en hij kan verschillende sensaties van elkaar onderscheiden en verwoorden.
- is zich bewust van zijn interne emotionele toestand; kan emoties herkennen, onderscheiden en verwoorden.

### *Subdoelen voor PMT*

De patiënt:

- kan zijn basale lichamelijke sensaties waarnemen, zoals een verhoogde hartslag, toenemende spierspanning, een verhoogde ademhaling en een oplopende lichaamstemperatuur;
- kan zijn eigen lichamelijke sensaties herkennen bij oplopende spanning;
- kan betekenis verlenen aan lichamelijke sensaties en de verbanden leggen tussen lichamelijke sensaties en de interne emotionele toestand.

## **Beschrijving van de interventie-aanpak**

### *Opzet van de interventie (onderdelen/ volgorde/ frequentie/ intensiteit en duur)*

De frequentie van de interventie is 1 keer per week 45-60 minuten, uitgaande van 10 sessies. Daarnaast worden er enkele huiswerk opdrachten meegegeven waarmee de patiënt buiten de therapie sessies om

kan oefenen. De interventie kan individueel of in een klein groepsverband (max. 4 patiënten) worden aangeboden.

De interventie bestaat uit 2 fasen:

Fase 1: Lichaamsbewustzijn (5 sessies)

In eerste instantie is er binnen deze fase aandacht voor het leren waarnemen van basale lichamelijke sensaties. Het gaat hierbij om sensaties als een verhoogde hartslag, toenemende spierspanning, een verhoogde ademhaling en een oplopende lichaamstemperatuur. De patiënt leert om zijn aandacht te richten op zijn lichaam.

In tweede instantie wordt aandacht besteed aan het waarnemen van lichamelijke sensaties bij oplopende spanning. Binnen een breed scala aan activiteiten gericht op het bewegen of de lichaamsbeleving, wordt er geëxperimenteerd met spanning verhogende situaties. De patiënt leert in deze fase onderscheid te maken in de intensiteit van spanning aan de hand van de spanningsmeter (bijv. op een schaal van 0 tot 10).

Fase 2: Bewustzijn van de interne emotionele toestand (5 sessies)

In deze fase leert de patiënt om betekenis te verlenen aan lichamelijke sensaties. Er worden verbanden gelegd tussen lichamelijke sensaties en aanwezige emoties. De patiënt leert dat verschillende emoties zich lichamelijk ook verschillend manifesteren en dat emoties van elkaar onderscheiden kunnen worden. Hierbij kan gebruik worden gemaakt van de 5 basis emoties (bang, boos, blij, bedroefd en beschaamd). Door aandacht te hebben voor gevoelde emoties, leert de patiënt om naast het onderscheiden ook te nuanceren en zijn emoties te verwoorden. In dit stadium kan gebruik worden gemaakt van emotiekaarten om een breed scala aan emoties te introduceren. De patiënt leert om contact te maken met zijn interne emotionele toestand, deze te verwoorden en er met afstand naar te kijken *Inhoud van de interventie* (concrete activiteiten/in fasen. Het betreft de beschrijving van enkele illustratieve kernactiviteiten per fase.)

#### *Rol therapeut*

De rol van de therapeut is ondersteunend en uitnodigend. De therapeut heeft een actieve rol in het gezamenlijk verhelderen, verduidelijken en verwoorden van de ervaren lichamelijke sensaties en emoties. Er wordt in beide fasen gebruik gemaakt van psycho-educatie op het gebied van het lichaamsbewustzijn en emoties. Gedurende de interventie zal de therapeut steeds meer aansturen op het autonome vermogen van de patiënt om zijn interne emotionele toestand te verwoorden. Afgestemd op de patiënt zal de attitude van de therapeut verschuiven van sturend naar meer volgend.

#### **Onderbouwing**

##### *Welke factoren veroorzaken het probleem?*

Er zijn aanwijzingen dat het lichaamsbewustzijn beperkt ontwikkeld is bij patiënten met agressieregulatie problematiek (Kinzel, 1970; Curran, Blatchley & Hanlon, 1978; Nijkamp, 2013). Het lichaamsbewustzijn wordt omschreven als de mate waarin iemand zich bewust is van innerlijke lichamelijke sensaties en arousal. Het is de vaardigheid om zich te focussen op, en zich bewust te zijn van subtiele lichamelijke sensaties (Mehling et al., 2011).

In de aanloop naar agressief gedrag is er vaak sprake van oplopende spanning welke gepaard gaat met fysiologische arousal (Berkowitz, 1993; Lorber, 2004; Vries-Bouw de, 2011). De manifestatie van deze arousal kan worden opgemerkt aan de hand van diverse lichamelijke sensaties. Zo kunnen een verhoogde hartslag, een alerte lichaamshouding en gespannen spieren aanwijzingen zijn van emotionele spanning (Herbert, Herbert & Pollatos, 2011) en mogelijk agressief gedrag (Rueve & Welton, 2008). Door een beperkt lichaamsbewustzijn zou de gewaarwording en herkenning van deze lichamelijke sensaties bemoeilijkt kunnen worden. De waarschuwendende functie van deze lichamelijke signalen, die mogelijkheden biedt om tijds alternatief gedrag in te zetten en agressie te voorkomen, wordt door patiënten met agressieregulatie problematiek vaak niet benut.

Het bewustzijn van de interne emotionele toestand van zichzelf en anderen is tevens beperkt ontwikkeld bij patiënten met agressieregulatie problematiek (Fonagy, 2003). Binnen verschillende onderzoeken worden aanwijzingen gevonden dat het niet adequaat kunnen herkennen en onderscheiden van emoties, een kernaspect vormt van agressieregulatie problematiek (Teten et al., 2008; Fossati et al., 2009; Pond et al., 2012). Omdat emoties vaak niet adequaat worden herkend en begrepen door patiënten met agressieregulatie problematiek, worden emoties als zeer intens, overstelpend en oncontroleerbaar ervaren. Het reflecteren op de eigen interne emotionele en mentale toestand wordt hierdoor ernstig bemoeilijkt (Fonagy & Bateman, 2007).

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

Patiënten kunnen middels de omschreven psychomotorische interventie leren om zich bewust te worden van lichamelijke sensaties bij oplopende spanning en boosheid. Door betekenis te leren verlenen aan

deze lichamelijke sensaties, zal er meer contact kunnen worden gemaakt met de interne emotionele toestand (Bakal, 1999; Price & Thompson, 2007). Wanneer emoties herkend en begrepen worden, ontstaan er vervolgens ook meer mogelijkheden om deze adequaat tot uiting te brengen (Pond et al., 2012).

De interventie kan worden gezien als een basisvaardigheid voor verdere behandeling van agressieregulatie problematiek. De bewustwording van de interne emotionele toestand kan worden ingezet om adequaat gedrag in te zetten aan de hand van focaal inzichtgevende behandelprogramma's. Voorbeelden hiervan zijn de Aggression Replacement Training (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998), de Held zonder geweld training (Hornsveld, Dam-Van Baggen, Leenaars & Jonkers, 2004) en de time out procedure (Dijk, 2005). De interventie biedt echter ook goede vervolgmogelijkheden voor meer verdiepende en persoonsgerichte behandelprogramma's, zoals Emotionally Focussed Therapy (Greenberg, Johnson, 1988), Mentalisation Based Treatment (Allen, Fonagy & Hoboken, 2006) en Schema Focussed Therapy (Young, 1999).

### *Theoretische verantwoording*

De link tussen het lichaam en de bewustwording van de interne emotionele toestand is al door diverse onderzoekers omschreven (Craig, 2002; Damasio, 2003; Pollatos, Kirsch & Schrandy, 2005; Gyllenstein, Skar, Miller & Gard, 2010). Het lichaam wordt door deze onderzoekers gezien als een belangrijke informatiebron over de interne emotionele toestand. Het lichaamsbewustzijn is hierin de basis voor een gezond regulatiemechanisme waarmee de integratie tussen lichaam en geest kan worden gerealiseerd (Damasio, 1999).

Binnen de PMT kan aan de hand van experiëntiële, lichaams- en bewegingsgeoriënteerde werkvormen een beroep worden gedaan op de emotionele beleving van de patiënt en de bewustwording hiervan (Probst, Knapen, Poot & Vancampfort, 2010; Basiszorgprogramma EFP, 2014 p. 50; Smeijsters, 2007; Lange de, 2010). Het lichaamsbewustzijn wordt binnen de PMT ingezet om de integratie tussen sensomotorische, emotionele en cognitieve processen te bewerkstelligen. Andere therapievormen waarin het lichaamsbewustzijn op een vergelijkbare wijze een belangrijke plek inneemt binnen de behandeling zijn: Sensorimotor psychotherapy (Ogden, Minton & Paun, 2006), Pessio-Boyden psychotherapie (Grayson, 2014) en Mind-body bridging (Tollefson, Webb, Shumway, Block, Nakamura, 2009).

*Werkzame elementen op grond van praktijkervaring en literatuuronderzoek*  
(beschrijving van werkzame elementen door gedegen wetenschappelijke onderbouwing op grond van literatuuronderzoek).

### *Werkzame elementen op grond van praktijkervaring en literatuuronderzoek*

Diverse werkvormen die beogen het lichaamsbewustzijn en de emotieregulatie te vergroten, kunnen binnen deze interventie worden ingezet. Voorbeelden hiervan zijn werkvormen uit In Control! (Reijntjens, Rutten & Valenkamp, 2009), Mindfulness Based Stress Reduction (Kabat-Zinn, 2003; Fix & Fix, 2013) en diverse ontspanningsmethoden zoals van Dixhoorn (1999) en Jacobson (1938).

## **Randvoorwaarden en kosten uitvoering interventie-aanpak**

### *Uitvoering*

Voor het uitvoeren van de interventie is een goed geoutilleerde PMT-ruimte nodig. Dat betekent:

- dat er voldoende bewegingsruimte is in de ruimte;
- dat er voldoende 'groot' materiaal aanwezig is (zoals banken, kasten, zwaai-installatie, baskets etc.);
- dat er voldoende 'klein' materiaal aanwezig is (zoals ballen, pionnen, blokjes, rackets etc.).

### *Subtypen*

Groepsverband (maximaal 4 deelnemers).

### *Opleiding en competenties (welke opleiding, welke training, kwaliteitsbewaking)*

Minimaal een bachelor opgeleid Psychomotorisch Therapeut aan een door de Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT) erkende opleiding.

### *Algemene randvoorwaarden (organisatorische randvoorwaarden, randvoorwaarden voor de patiënt)*

- De veiligheid moet gewaarborgd zijn voor zowel patiënt als therapeut;
- Basisafpraak is dat therapeut en patiënt op respectvolle wijze met elkaar omgaan;
- Voor zowel de patiënt als de therapeut geldt dat de time out regel kan worden toegepast. Dit betekent dat er een pauze kan worden ingelast indien de spanning te hoog oploopt;

Er zijn duidelijke afspraken over consequenties bij het niet nakomen van gemaakte afspraken. Deze zijn vooraf vastgelegd in een formele behandelovereenkomst.

### *Kosten van de interventie*

Directe kosten (op basis van 10 sessies)

- Uren PMT-er (10 maal 45/60 minuten directe tijd + 2 maal 45 minuten voor en nagesprek)
- Uren PMT-er registratie, rapportage en screening (10 maal 30 minuten).

Indirecte kosten

- Gebruik van een geschikte zaalruimte met materialen waar de PMT-interventie uitgevoerd kan worden;
- Administratieve en secretariële ondersteuning bij het inplannen en organiseren van het contact;
- Multidisciplinair overleg.

### **Literatuur**

- Allen, J.G., Fonagy, P., Hoboken, N.J. (2006). *The handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons Inc.
- American Psychiatric Association (2014). Handboek voor de classificatie van psychische stoornissen *DSM-5*. Uitgeverij Boom.
- Bakal, D. (1999). *Minding the body: Clinical uses of somatic awareness*. New York: The Guilford Press.
- Bakhuys Roozenboom, M., Koningsveld, K., Bossche van den, S. (2010). Agressie afgerekend; een onderzoek naar de kosten en baten van maatregelen tegen agressie en geweld in de publieke taak. TNO rapport in opdracht van binnenlandse zaken.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression; Its causes, consequences and control*. New York: McGraw-Hill.
- Craig, A.D. (2002). How do you feel? Interoception: The sense of the physiological condition of the body. *Nature Reviews Neuroscience*, 3, 655–666.
- Curran, S.F., Blatchley, R.J., Hanlon, T.E. (1978). The relationship between body buffer zone and violence Assessed By Subjective and Objective Techniques. *Criminal Justice and Behavior*, 5 (1), 53-62.
- Damasio A. (1999). *The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness*. San Diego; Harcourt.
- Damasio A. (2003). Mental self; The person within. *Nature*, 423, 227.
- Dijk, A.C.J. (2005). Handen thuis? Handen thuis! Psychomotorische behandeling bij plegers van huiselijk geweld. In: Lange, de, J. & Bosscher, R.J. (red). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Dixhoorn, van J. (1999). Relaxatie therapie, eerste samenvatting gehele methode. Hoofdstuk over AOT. *Handboek gezond werken*, Winnubst.
- Expertisecentrum Forensische Psychiatrie. Versie 2.0. (2014). *Basis Zorgprogramma. Landelijk Zorgprogramma voor Forensische Patiënten*. Verkregen op 25 november 2014 van [http://www.efp.nl/web/images/uploads/BasisZP\\_versie\\_2.0\\_def.pdf](http://www.efp.nl/web/images/uploads/BasisZP_versie_2.0_def.pdf).
- Fix, R.L. & Fix, S.T. (2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 18 (2), 219–227.
- Fonagy, P. (2003). Towards a developmental understanding of violence. *The British Journal of Psychiatry*, 183, 190-192.
- Fonagy, P. & Bateman, A.W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, Vol 16(1), 83-101.
- Fonagy, P. & Target, M. (2007). The rooting of the mind in the body: New links between attachment theory and psychoanalytic thought. *Journal of American Psychoanalytical Association*, 55, 411-456.
- Fossati, A., Acquarini, E., Feeney, J.A., Borroni, S., Grazioli, Giarolli, E., Franciosi, G. & Maffei, C. (2009). Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attachment & Human Development*, 11 (2).
- Gendreau, P., Goggin, C., & Grey, G. (2000). *Case needs review: employment domain*. Saint John, NB: Centre for Criminal Justice Studies, University of New Brunswick.
- Goggin, C., Gendreau, P., & Grey, G., (1998). *Case needs review: Associates/ Social interaction domain*. Saint John, NB: Centre for Criminal Justice Studies, University of New Brunswick.
- Goldstein, A.P., Glick, B., & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, IL: Research Press
- Grayson, J. (2014). Back to the root: Healing potential offenders' childhood trauma with Pessio Boyden System Psychomotor. In: Allez, G.H.(2014). *Sexual diversity and sexual offending: Research, assessment, and clinical treatment in psychosexual therapy*. London, England: Karnac Books, 2014.
- Greenberg, L. & Johnson, S.M. (1988). *Emotionally Focused Therapy for Couples*. New York: Guilford Press.

- Gyllensten, A.L., Skar, L., Miller, M. & Gard, G. (2010). Embodied identity; A deeper understanding of body awareness. *Physiotherapy Theory and Practice*, 26 (7), 439-446.
- Hairston, C.F. (2003). Prisoners and their families; parenting issues during incarceration. In: *Prisoners once removed*. Washington: The urban institute press.
- Herbert, B.M., Herbert, C., Pollatos, O. (2011). On the relationship between interoceptive awareness and alexithymia: Is interoceptive awareness related to emotional awareness? *Journal of Personality*, 79 (5), 1149-1175.
- Hildebrand, M. & Ruiter, de, C. (2012). Psychopathic traits and change on indicators of dynamic risk factors during inpatient forensic psychiatric treatment. *International Journal of Law and Psychiatry*, 35, 276–288.
- Hornsveld, R., Dam-Baggen, van, R., Leenaars, E., Jonkers, F. (2004). Agressiehanteringstherapie voor forensisch-psychiatrische patiënten met gewelddelicten: ontwikkeling en praktijk. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 13–22.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-Based Interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 144-156.
- Kinzel, A.F. (1970). Body-buffer zone in violent prisoners. *American Journal of Psychiatry*, 127 (1), 131-139.
- Lange de, J. (2010). Psychomotorische therapie. *Lichaams- en bewegingsgeoriënteerde interventies in de GGZ*. Amsterdam: Boom.
- Lorber, F.M. (2004). Psychophysiology of aggression, psychopathy and conduct problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 130 (4), 531-552.
- Mehling, W.E., Gopisetty, V., Daubenmier, J., Price, C.J., Hecht, F.M. & Stewart, A. (2009). Body Awareness: Construct and Self-Report Measures. *PLoS ONE*, 4 (5), e5614.
- Nijkamp, M.N. (2013). Master thesis: Body awareness, emotion recognition and trauma in reactive aggressors. Manuscript in preparation.
- Oddone-Paolucci, E., Violato, C., & Schofield, M.A. (2000). *A review of marital and family variables as they relate to adult criminal recidivism*. Calgary: National Foundation for Family Research and education.
- Ogden, P., Minton, K., Paun, C. (2006). *Trauma and the body, a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W.W Norton & Company, inc.
- Pollatos, O., Kirsch, W. & Schrandy, R. (2005). On the relationship between interoceptive awareness, emotional experience and brain processes. *Cognitive Brain Research*, 25, 948-962.
- Pond, R.S., Kashdan T.B., DeWall C.N., Savostyanova, A., Lambert, N.M. & Ficham, F.D. (2012). Emotion differentiation moderates aggressive tendencies in angry people: A daily diary analysis. *Emotion*, 12 (2), 326-337.
- Price, C.J. & Thompson, E.A. (2007). Measuring dimensions of body connection: Body awareness and bodily dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 13 (9), 945-953.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G., Vancampfort, D. Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2010 (2), 105-113
- Reijntjens, W., Rutten, E. & Valenkamp, M. (2009). *Gedragsinterventie In Control!* Stichting Jeugdzorg St. Joseph / J.J.I. Het Keerpunt en Van Montfoort. Verkregen op 11 december 2014 van [http://www.devaktherapeuten.nl/web/images/uploads/In\\_Control\\_\\_Samenvatting\\_2009-04-09\\_herindiening1\\_kopie.pdf](http://www.devaktherapeuten.nl/web/images/uploads/In_Control__Samenvatting_2009-04-09_herindiening1_kopie.pdf)
- Rueve, M.E. & Welton, R.S. (2008). Violence and mental illness. *Psychiatry (Edgemont)*, 5 (5), 34-48.
- Siegmán, A.W., Townsend, S.T., Civelek, A.C & Blumenthal, R.S. (2000). Antagonistic Behavior, Dominance, Hostility, and Coronary Heart Disease. *Psychosomatic Medicine*, 62(2), 248–257.
- Smeijsters, H. (2007). *Agressieregulatie door vaktherapieën in de forensische psychiatrie*. Heerlen: Hogeschool Zuyd–KenVaK.
- Teten, A.L., Miller, L.A., Bailey, S.D., Dunn, N.J. & Kent, T.A. (2008). Empathic deficits and alexithymia in trauma-related impulsive aggression. *Behavioral Sciences and the Law*, 26, 823-832.
- Tollefson, D.R., Webb, K., Shumway, D., Block, S.H., Nakamura, Y. (2009). A Mind-Body Approach to domestic Violence Perpetrator Treatment: Program Overview and Preliminary Outcomes. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18 (1) 17-45.
- Vries-Bouw de, M., Popma, A., Vermeiren, R., R., Doreleijers, T.A.H, Van de Ven, P.M., Jansen, L.M.C. (2011). The predictive value of low heart rate and heart variability during stress for reoffending in delinquent male adolescents. *Psychophysiology*, 48, 1596-1603.
- Ward, T., Mann, R.E., & Gannon, T.A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: Clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 87-107
- Young, Y.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd ed.)*. Sarasota, FL, US: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.