

Praktijkonderzoek naar interventies

Vaktherapie in Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg

Een bijzondere samenwerking heeft praktijk en onderzoek bij elkaar gebracht. Onderzocht is welke interventies door vaktherapeuten worden ingezet in een Justitiële Jeugdinrichting of in de Gesloten Jeugdzorg. Het artikel in dit themanummer gaat in op de onderzoeksmethode, de probleemgebieden en de interventietheorie. In de volgende edities komen de interventies per vaktherapie aan bod¹.

In dit artikel ...

- ... de opzet van een praktijkonderzoek naar vaktherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg;
- ... de beschrijving van een onderzoeksmethode gebaseerd op 'grounded theory' en 'naturalistic/constructivistic inquiry';
- ... de omschrijving van vier kerngebieden waarop de vaktherapie zich richt met onderbouwing van een interventietheorie.

Inleiding

Dit artikel beschrijft de eerste fase van het onderzoeksproject dat als doel heeft het ontwikkelen, uitvoeren, evalueren en verbeteren van vaktherapeutische interventies in de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) en de Gesloten Jeugdzorg (GJ).

Beschreven wordt de doelgroep jeugdigen in de JJI en GJ, de opzet van het project, de praktijkgerichte onderzoeksmethode en de resultaten, te weten de kerngebieden waar vaktherapeuten aan werken, en de interventietheorie die verklaart waarom vaktherapie werkt.

Kenmerken van de doelgroep

Vaktherapie wordt gegeven aan jeugdigen die op strafrechtelijke titel in de behandelafdelingen van de JJI verblijven. Dit zijn jeugdigen aan wie de kinderrechter bij vonnis de maatregel 'Plaatsing in een inrichting' heeft opgelegd (de PIJ-maatregel).

Vaktherapie wordt ook gegeven aan jeugdigen die in de GJ verblijven. Deze minderjarigen zijn op basis van een door de kinderrechter afgegeven 'Machtiging gesloten plaatsing' opgenomen. GJ is bedoeld voor jeugdigen met ernstige opgroei- of opvoedproblemen die de ontwikkeling naar volwassenheid belemmeren en die een

gesloten setting nodig hebben om te voorkomen dat zij zich aan de zorg onttrekken of daar door anderen aan worden onttrokken.

Over de problematiek van jeugdigen die zijn opgenomen bij de behandelafdeling van de JJI constateert Boendermaker (1999) dat het vaak om meervoudige problematiek gaat (oppositieel opstandige gedragsstoornis, gedragsstoornis, antisociale persoonlijkheid en ADHD). Jeugdigen komen uit een onstabiele gezinssituatie, hebben vaak een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug en een verbrokkelde schoolloopbaan. Dit komt overeen met de problematiek die bij de GJ wordt genoemd (Boendermaker, 1999).

Opzet van het project

Pilotproject

Vanaf 1 maart 2008 tot 1 oktober 2008 werd een pilotproject uitgevoerd. Het betrof een systematische beschrijving door vaktherapeuten van wat integraal geldt voor alle vaktherapieën in het werkveld van de JJI en GJ (Smeijsters et al., 2009).

Er is informatie verzameld, geanalyseerd en geïntegreerd met betrekking tot de kerngebieden waar vaktherapie zich op richt, de doelstellingen, methoden, bewijzen van effectiviteit op basis van bestaand onderzoek en de theoretische onderbouwing. Het pilotproject is samen met vaktherapeuten van Het Keerpunt, O.G. Heldring en Rentray uitgevoerd.

RAAK-project

Aansluitend op het pilotproject is van 1 oktober 2008 tot 1 oktober 2010 een RAAK-project gestart. Een RAAK-project² is een door de overheid gesubsidieerd project dat als doel heeft het innoveren van de beroepspraktijk. De professionals en organisaties in het project zijn gericht op het binnen twee jaar realiseren van de volgende specifieke doelen:

2008-2009: Ontwikkelen consensus-based interventies

1. Het gezamenlijk ontwikkelen van consensus practices van het niveau 'potentieel' (de interventie is goed beschreven) en 'in theorie effectief' (een goede theoretische uitleg op basis van verschillende onderzoeken waarom een interventie kan werken) voor de behandeling van jeugdigen gericht op het verminderen van crimineel gedrag (zie Van Yperen & Veerman, 2008). Voor elk medium wordt een interventie ontwikkeld.

2009-2010: Toepassen en evalueren consensus-based interventies

2. Het veranderen van de beroepspraktijk doordat de interventies worden toegepast;

3. Het ontwikkelen en toepassen van een systematiek van procesevaluatie die erop toeziet dat de interventies worden uitgevoerd zoals bedoeld;
4. Het ontwikkelen en toepassen van een systematiek van effectevaluatie die registreert of de doelen gehaald worden waardoor duidelijk is of de interventies 'doeltreffend' zijn (Van Yperen & Veerman, 2008). In het kader van practice-based evidence worden de interventies met behulp van treffers, vondsten, missers en knelpunten doorontwikkeld;
5. De interventies in de praktijk en het onderwijs verspreiden, verankeren en implementeren.

2008-2010: Toepassen practice-based evidence, evidence-based practice en werken in een community of practice

6. Professionals in de praktijk de systematiek van practice-based evidence en evidence-based practice laten toepassen;
7. Regionale en landelijke 'communities of practice' tussen de instellingen ontwikkelen en de afzonderlijke instellingen laten uitgroeien tot lerende organisaties.

Deelnemende instellingen aan het RAAK-project zijn:

- Hogeschool Zuyd;
- Hogeschool Utrecht;
- Stichting Jeugdzorg St. Joseph (JJI Het Keerpunt en Icarus Jeugdzorg Plus), Cadier en Keer;
- O.G. Heldring, Zetten;
- Rentray, Eefde;
- Den Hey-Acker, Breda;
- Jongerenhuis Harreveld, Harreveld;
- De Sprengen, Zutphen.

Het onderzoek kent een wetenschappelijke adviesraad³.

Onderzoeksmethode

Dit artikel beschrijft de onderzoeksmethode en resultaten van fase 1 van het project (de periode 2008-2009): het ontwikkelen van consensus-based interventies. De onderzoeksmethode is gebaseerd op de uitgangspunten van practice-based evidence en de onderzoeksmethoden grounded theory en naturalistic/ constructivist inquiry.

Practice-based evidence

Fase 1 van het onderzoek resulteert in practice-based evidence (PBE). PBE legt in het onderzoek vooral de nadruk op de klinische ervaringskennis van de hulpverlener en de cliënt (Smeijsters, 2005, 2006, 2007, 2008c, 2009; Van Yperen & Veerman, 2008). Cliënten en hulpverleners worden als experts op hun eigen terrein gezien. PBE is ervaringskennis opgebouwd vanuit reflectie op casuïstiek. Doel is het beschrijven en ontwikkelen van succesvolle praktijken. PBE gaat uit van de daadwerkelijke praktijk en zet hulpverle-

ners aan tot het expliciteren van die praktijk en van de door hen waargenomen effecten. Van Yperen en Veerman (2008) pleiten ervoor niet 'top-downinterventies' die voortkomen uit effectonderzoek voor te schrijven, maar 'bottom-up' te beginnen bij wat er is en dat uit te bouwen. Zij definiëren praktijkgestuurd effectonderzoek als onderzoek waarin onderzoekers en behandelaars gezamenlijk optrekken en informatie verzamelen om de doeltreffendheid van het praktische handelen te toetsen. Ontwerpen, toepassen, evalueren en verbeteren gaan hand in hand. Het grote voordeel is dat dit gebeurt in de reguliere praktijk, want wat in experimenteel onderzoek (Randomized Controlled Trials, RCT's) werkt, werkt nog niet in de praktijk van alledag (Hutschemaekers & Van Nijntzen, 2008). Het 'meten' van resultaten is onderdeel van het hulpverlenend handelen en aldus wordt bottom-up practice-based evidence voor de effectiviteit van interventies opgespoord (Veerman, 2008). Verder geldt dat bij een voldoende aantal case-studies op een rij (meer dan acht), deze bewijsvoering volgens de American Psychological Association (APA) een volwaardig alternatief is voor het uitvoeren van een aantal RCT's (Van Yperen & Veerman, 2008).

Professionals als co-onderzoekers

De rol van de professional is ontleend aan de naturalistic/constructivistic inquiry (Lincoln & Guba, 1985). In dit project fungeren de vaktherapeuten niet als respondenten, maar als co-onderzoekers. Co-onderzoeker zijn betekent dat zij niet alleen toeleverancier van gegevens zijn, maar tijdens alle fasen van het project een zeer actieve rol spelen. Enkele kenmerken van deze methode zijn:

- professionals aanzetten tot reflectie en zelf helderheid laten verschaffen over welke interventies zij gebruiken bij wie, wanneer, hoe en waarom;
- professionals in staat stellen van en met elkaar te leren, ervaringskennis te vergelijken, te evalueren en integreren tot 'best practices';
- professionals in hun proces van reflectie en ontwikkeling nieuwe kennis laten integreren;
- het praktische staat voorop. Het onderzoek levert iets op dat zonder veel omhaal in de praktijk kan worden ingezet. Vanuit het oogpunt van leren is sprake van 'werkplekleren';
- de samenwerking tussen vaktherapeuten onderling, vaktherapeuten als co-onderzoekers en de onderzoekers van KenVaK heeft het karakter van een 'community of practice' waar personen met eenzelfde ervaringsachtergrond die met soortgelijke zaken te maken hebben, met elkaar interventies beschrijven, systematiseren, innoveren, toepassen en evalueren;
- het onderzoek heeft tot gevolg dat de eigen organisatie zich kan ontwikkelen tot een 'lerende organisatie' en het eigen beroep tot een 'lerend beroep'.

Onderzoekstechnieken

Dataverzamelingsstechnieken

- (Open) interviews: de KenVaK-onderzoekers interviewen individuele vaktherapeuten.
- Groepstechnieken bij focusgroepen: vaktherapeuten in de projectgroep onder leiding van de KenVaK-onderzoekers.
- Delphi-technieken: conceptdocumenten individueel laten commentariëren door vaktherapeuten.
- (Participerende) observatie: de vaktherapeuten observeren elkaars handelen en werkwijze.

Data-analysetechnieken, kwaliteitscriteria en kwaliteitstechnieken zijn ontleend aan de onderzoeksmethoden grounded theory (Boeije, 2005) en naturalistic/constructivistic inquiry (Lincoln & Guba, 1985).

Data-analyse technieken

- Coderen: verschillende vormen van tekstcoderingen die uitmonden in de topicstructuur.
- Categoriseren: soortgelijke codes uit meerdere interviews bij elkaar zetten in een categorie (bijvoorbeeld in de categorie 'werkvormen' bij 'zelfbeeld'). Binnen de categorie onderscheid maken tussen subcategorieën (bijvoorbeeld verschillende typen werkvormen zoals 'werkvormen gericht op eigenheid').
- Thematiseren: binnen de afzonderlijke (sub)categorieën fragmenten met vergelijkbare codes integreren tot een thema dat de kern weergeeft (bijvoorbeeld in de subcategorie 'werkvormen gericht op eigenheid' het thema 'werkvormen om te ontdekken wie je bent'). Daarbij wordt gebruikt gemaakt van de analysetechnieken zoals schrappen, selecteren, parafaseren, integreren.
- Zoeken naar relaties: thema's uit meerdere (sub)categorieën aan elkaar relateren (bijvoorbeeld 'een werkvorm die ruimte geeft voor eigen inbreng leidt tot opgewektheid'). Hier zijn twee thema's aan elkaar gerelateerd ('ruimte voor eigen inbreng' en het resultaat hiervan 'opgewektheid').

Bovenstaande technieken zijn toegepast door de leden van de afzonderlijke projectgroepen per medium. Zij analyseerden interviewverslagen van een collega-projectlid, vergeleken in de focusgroep de meerdere individuele analyses van dezelfde en van andere interviews met elkaar, integreerden de individuele analyses tot een gezamenlijk document en bewerkten dit gezamenlijk met technieken van inhoudsanalyse (zinnen selecteren, schrappen, parafaseren, integreren, abstraheren enzovoort). Zo ontstond een gemeenschappelijk document waarover consensus werd bereikt.

Kwaliteitscriteria

- Credibility: worden de analyses door de respondenten herkend?

- **Dependability:** ontbreekt geen belangrijke informatie?
- **Donfirmability:** bevestigen externe beoordelaars (de belangstellende meelezende vaktherapeuten en andere behandelaars die in de instellingen geraadpleegd zijn) de gevolgtrekkingen?
- **Transferability:** kunnen personen uit een andere context afleiden wat daar bruikbaar is? (vaktherapeuten uit instellingen die niet deelnemen).
- **Authenticity:** hebben de respondenten een eerlijke kans gehad hun mening te berde te brengen?

Kwaliteitstechnieken

- **Triangulatie:** gebruik maken van verschillende personen, verschillende dataverzamelingstechnieken en theorieën (van verschillende kanten belichten).
- **Member checking:** bij de respondenten telkens toetsen of het resultaat strookt met wat ze bedoelen. Staat er wat er moet staan? Is dit wat er gezegd werd? Strookt dit met de praktijk?
- **Peer debriefing:** resultaten voorleggen aan de achterban op de eigen werkplek en onafhankelijke deskundigen buiten de eigen werkplek.

Resultaten

Kerngebieden waar vaktherapeuten aan werken⁴

De beschrijving van onderstaande kerngebieden zijn het eindresultaat van de vooraf besproken analysetechnieken en kwaliteitstechnieken. Dit zijn dus de teksten waarover op de voorheen beschreven manier consensus is bereikt. Vaktherapeuten werken met onderstaande vier kerngebieden omdat deze nauw samenhangen met risicofactoren en protectieve factoren. Deze paragraaf beschrijft de vier kerngebieden. Verderop wordt beschreven hoe zij samenhangen met risicofactoren en protectieve factoren.

■ **Zelfbeeld**

Voor jeugdigen met een zwakke identiteit geldt dat zij vaak niet goed weten wie ze zijn, negatieve overtuigingen over zichzelf en/ of weinig zelfvertrouwen hebben. Zelfonderschatting en een gebrek aan zelfrespect kunnen leiden tot een gebrekkig inzicht in wat men zelf wel of niet kan beïnvloeden. Deze jeugdigen ontwikkelen vaak weinig gedragsalternatieven en doordachte oplossingen, vertonen weinig positieve responsiviteit naar anderen, kunnen zich moeilijk aan de omgeving aanpassen, niet goed met problemen omgaan en moeilijk zichzelf tot rust brengen. Onrealistische opvattingen over zichzelf kunnen daarentegen de aanleiding zijn voor een kunstmatig en opgeblazen gevoel van zelfwaarde. Negatieve beoordelingen en feedback worden dan snel geïnterpreteerd als een bedreiging van het zelfbeeld, wat agressief gedrag tot gevolg kan hebben. De worsteling met de eigen identiteitsontwikkeling kan ertoe

leiden dat aansluiting wordt gezocht bij delinquente leeftijdsgenoten die antisociaal gedrag vertonen en/ of betrokken zijn bij of lid zijn van een bende.

De jeugdigen hebben in het algemeen weinig inzicht in het eigen probleemgedrag en een gering probleembesef. Door het gebrek aan zelfinzicht en inzicht in risicovolle omstandigheden geloven zij niet dat zij risico lopen en vinden de behandeling vaak niet noodzakelijk.

■ **Emoties**

De jeugdigen zijn niet in staat de emotie van een ander te herkennen en hun gedrag daarop aan te passen en/ of ze zijn zich niet bewust van hun eigen (oplopende) emoties en/ of ze zijn niet in staat deze emoties op passende wijze te uiten en ontladen. Hierdoor kunnen zij overmatige stress ervaren en snel gefrustreerd raken. Er is vaak sprake van matig of ernstig verlies terwijl de jeugdigen over weinig copingvaardigheden beschikken om hiermee om te gaan. Er kan sprake zijn van schommelingen in de stemming, impulsiviteit of riskant gedrag. De jeugdigen doen dingen zonder na te denken, reageren plotseling met intense emoties zonder rekening te houden met de gevolgen. Zij hebben een groot probleem met het zelf reguleren van stemmingen, het onder controle houden van boosheid en (agressieve) impulsen en kunnen uitbarstingen hebben waarbij anderen bedreigd of bang gemaakt worden of letsel ondervinden, of waarbij ernstige beschadiging van eigendom plaatsvindt. Het gebrek aan copingvaardigheden kan ook leiden tot internaliserende problematiek. Internaliserende problemen zijn naar binnen gericht, zoals angsten, dwangmatig gedrag, depressieve gevoelens, teruggetrokkenheid, suicidaliteit en lichamelijke klachten als gevolg van psychische spanning.

■ **Interactie**

Bij jeugdigen met problemen in dit kerngebied bestaat vaak een tekort aan sociale vaardigheden en het onvermogen interpersoonlijke problemen op te lossen. De grenzen van anderen worden veelal slecht erkend en niet bewaakt. Het tekort aan sociale vaardigheden en/ of het onvermogen interpersoonlijke problemen op te lossen en/ of een verstoorde autonomie vergroten de kans op afwijzing door leeftijdsgenoten waardoor jeugdigen de omgang zoeken met delinquente leeftijdsgenoten en/ of betrokken raken bij of lid zijn van een bende.

Bij de jeugdigen is regelmatig sprake van een gebrek aan empathie en rouw. Zij zijn onaangedaan door pijn of tegenslag van anderen, zijn onverschillig ten opzichte van de gevoelens van anderen en negeren gevoelloos de negatieve effecten van het eigen gedrag op anderen en/ of erkennen de onrechtmatigheid van de eigen acties niet. De houding tegenover (gezags)relaties is vaak negatief. Daarom stellen zij zich niet open voor behandeling en begeleiding.

■ Cognities

Voor jeugdigen met problemen op het gebied van cognities geldt dat zij negatieve cognities hebben met betrekking tot zichzelf, tot het eigen kunnen en de eigen vaardigheden. Dat kan leiden tot internaliserende problematiek. Daarnaast zijn er vaak negatieve cognities met betrekking tot anderen. De jeugdigen nemen het gedrag van anderen verkeerd waar en interpreteren het niet correct. Daardoor koesteren zij negatieve opvattingen over anderen en de wereld om hen heen en zijn zij geneigd ten onrechte agressieve bedoelingen bij anderen waar te nemen. Er is sprake van onjuist generaliseren en het niet toetsen van negatieve opvattingen. De jeugdigen staan regelmatig achter opvattingen en waarden die criminaliteit of geweld goedpraten. De afwijzing door leeftijdsgenoten kan zowel oorzaak als gevolg zijn van het ten onrechte waarnemen van agressieve bedoelingen bij anderen. Oorzaak, omdat afwijzing kan leiden tot het veronderstellen van agressieve bedoelingen bij anderen; gevolg, omdat het veronderstellen van agressieve bedoelingen leidt tot gedrag dat afwijzing provoceert.

Kerngebieden in relatie tot risicofactoren en protectieve factoren

Bovenstaande kerngebieden vormen de focus van de vaktherapeuten. Zij zijn in meerdere of mindere mate gerelateerd aan de zogenaamde dynamisch criminogene risicofactoren en protectieve factoren.

Dynamisch criminogene risicofactoren

Voor jeugdigen van twaalf tot achttien jaar met geweldsdelict(en) brengt het actuariële risicotaxatie instrument Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY) de kans op geweldsrecidive in beeld (Lodewijks et al., 2003; Duits et al., 2005). De SAVRY behelst factoren met betrekking tot geweldsrecidive bij jeugdigen en is verdeeld in statische/ onveranderbare en dynamische risicofactoren. Tot de eerste categorie behoren de historische factoren en het item achterstandsbuurt uit de sociale/ contextuele factoren. De tweede groep factoren is verdeeld in sociale/ contextuele factoren en individuele factoren. Per factor onderscheidt de SAVRY een lage, gemiddelde of hoge recidivekans. Bepaalde items van de SAVRY die indicatief zijn voor risicofactoren of protectieve factoren hangen nauw samen met de kerngebieden waarop vaktherapeuten zich richten.

Vaktherapeutische kerngebieden en dynamisch criminogene risicofactoren

Tussen de kerngebieden en de dynamisch criminogene risicofactoren bestaat een nauwe samenhang. Problemen op het gebied van het zelfbeeld vinden we terug in de items 'omgang met delinquente leeftijdsgenoten' (item 11) en 'negatieve opvattingen' (17). Problemen op het gebied van

de emoties vinden we terug in de items 'ervaren stress en geringe copingvaardigheden' (13), 'impulsiviteit en riskant gedrag' (18) en 'problemen met het hanteren van boosheid' (20). Problemen met betrekking tot de interactie vinden we terug in de items 'omgang met delinquente leeftijdsgenoten' (11), alsmede in de items 'afwijzing door leeftijdsgenoten' (12) en 'gebrek aan empathie en berouw' (21). Problemen op het punt van de cognitie vinden we terug in de items 'afwijzing door leeftijdsgenoten' (12), 'negatieve opvattingen' (17) en tevens in item 22: aandachtstekort-hyperactiviteitsprobleem.

Vaktherapie en protectieve factoren

In de SAVRY worden ook protectieve factoren gescoord die een tegenwicht bieden aan de risicofactoren die de kans op recidive vergroten.

Enkele van deze protectieve factoren zijn in verband te brengen met de vier kerngebieden van vaktherapie:

- P1: prosociale betrokkenheid (helpen, samenwerken, onderhandelen) heeft betrekking op 'interactie';
- P4: een positieve houding ten opzichte van interventie en autoriteit (actieve betrokkenheid bij het plannen en uitvoeren van de behandeling) heeft betrekking op 'interactie' en 'cognitie';
- P6: een veerkrachtige persoonlijkheid (goed doordachte oplossingen, positieve responsiviteit naar anderen, zich aan de omgeving kunnen aanpassen, zichzelf tot rust brengen, gezond zelfrespect) heeft betrekking op 'zelfbeeld' en 'emotie'.

Overkoepelende interventietheorie

Een interventietheorie is een theorie die op basis van valide theoretische uitgangspunten en reeds beschikbare onderzoeksresultaten ('circumstantial evidence') verklaart op welke beïnvloedbare problemen ('mediatoren') van een cliënt een therapie inwerkt en hoe en waarom zij dit doet (Van Yperen & Veerman, 2008). In dit geval gaat het om een verklaring op welke risicofactoren en protectieve factoren vaktherapie inwerkt en hoe en waarom zij dit doet.

Niet-cognitief

Verbale en cognitieve benaderingen behoeven in veel gevallen een non-verbale en niet-cognitieve aanvulling (Bernstein et al., 2007). Deze aanvulling richt zich vaak op 'interne werkmodellen' van cliënten (Zevalkink & Van Dam, 2007). Interne werkmodellen zijn impliciete, non-verbale, niet-cognitieve patronen die in het verleden ontstaan zijn en het waarnemen, voelen, handelen en denken in het heden bepalen. Vaktherapie kan in de noodzakelijke aanvulling voorzien omdat zij minder een beroep doet op verbale en cognitieve vermogens en in een spelmatige en ontspannen ambiance het doorvoeld handelen aanspreekt. Vakthe-

rapeuten laten de cliënt niet-bedacht, intuïtief, ervarend, improviserend, experimenterend, spelend, handelend en ontdekkend bezig zijn. De ontspannen sfeer leidt tot ontspanning bij cliënten, laat cliënten zichzelf zijn, nodigt hen uit tot handelen en geeft hen de mogelijkheid iets te kunnen. Vaktherapie is geschikt om een ingang te krijgen, weerstand te doorbreken en het gebrek aan motivatie weg te nemen. Het gevolg is dat de aandacht voor het gebeuren en de motivatie om van de gebeurtenis gebruik te maken toeneemt. Vaktherapie komt daarbij tegemoet aan bepaalde uitgangspunten van de positieve psychologie en positieve psychiatrie (Lyubomirsky, 2008; Delleman, 2009). Deze psychologie en psychiatrie leggen, vertaald naar vaktherapie, sterk de nadruk op de volgende zaken:

- stop met denken;
- ga iets doen dat je helemaal in beslag neemt, dompel jezelf onder in het medium (flow);
- neem aandachtig waar wat er in het medium en bij jezelf gebeurt (awareness; mindfulness);
- ontmoet de ander in het medium op het niveau van het kernzelf (niet cognitief, niet verbaal);
- doe in het medium hier-en-nu (met elkaar) positieve ervaringen op.

Vitality affects in het kernzelf

Vaktherapie doet door middel van de activiteiten in het medium dus een appèl op het niet-cognitieve, gevoelsmatige, intuïtieve weten. Deze vorm van weten wordt in de neuropsychologie aangeduid als 'kernzelf' (Damasio, 2003). Binnen het kernzelf bepalen de 'vitality affects' (Stern, 2000) de vorm die de kernzelfervaring aanneemt. Vitality affects worden gekenmerkt door een patroon in de tijd dat tot stand komt door de combinatie van parameters zoals tempo, ritme, intensiteit, groepeeringsvorm, beweging en aantal. Werken in het medium betekent je 'niet-denkend' en handelend overgeven aan het 'present moment' (Stern, 2004) op basis van intuïtie, zonder 'vooroverleg'. Bezig zijn in het medium voert de cliënt gevoelsmatig mee. Zonder al teveel gedachten en interpretaties voelt de cliënt in zijn kernzelf wat er gebeurt. Er ontstaat een gevoelsmatig bewustzijn van gebeurtenissen.

Analoog

De patronen van de vitality affects in het kernzelf vertonen grote overeenkomst met de vormgevende processen in de media die in de vaktherapie gebruikt worden. Vitality affects van het kernzelf komen in het medium op analoge wijze tot expressie (Smeijsters, 2008a; 2008b; 2008c). Door in het medium bezig te zijn ontstaan ervaringen in het kernzelf. Analoog wil dus zeggen dat er overeenstemming bestaat tussen de processen waarin gevoelens in het kernzelf optreden (de vitality affects) en mediumprocessen. Kernzelfer-

varingen worden weerspiegeld in mediumprocessen en mediumprocessen zijn in staat oude en nieuwe kernzelfervaringen op te roepen. Bij analogie is er sprake van een fictieve situatie (de gebeurtenis in het medium), die echter in staat is reële kernzelfervaringen op te roepen. Er is sprake van een middengebied tussen 'in vivo' en 'in vitro' (zie ook Johnson, 2009). Juist deze combinatie is veilig en daardoor drempelverlagend.

De cliënt kan in vormgevende activiteiten in het medium dezelfde vitality affects ervaren die optraden bij gebeurtenissen in het verleden en die zich nadien als patronen (de interne werkmodellen) in hem verankerd hebben. Uiten, herkennen, doorvoelen en beïnvloeden van de vitality affects die aan de patronen ten grondslag liggen tijdens de vormgeving in het medium, is essentieel voor vaktherapie.

Empowerment

De reeds genoemde positieve psychologie en positieve psychiatrie leggen de nadruk op empowerment, mentale veerkracht en probleemeigenaarschap. Onderzoek van onder andere Hubble et al. (1999) en Duncan et al. (2004) (lees meer informatie hierover in Hermanns & Menger, 2009) wijst uit dat vooral de cliënt zelf en zijn omgeving het effect van de therapie bepalen (lees meer informatie hierover in Van Deth, 2009). Therapie blijkt primair te werken via het activeren van de krachtbronnen van de cliënt. Het is natuurlijk de vraag in welke mate dit bij de doelgroep JJI en GJ op dezelfde manier speelt. Maar empowerment verdient extra aandacht en sluit goed aan bij wat vaktherapie te bieden heeft.

Risicofactoren en protectieve factoren

Uitgangspunt van de 'salutogene' therapeutische benadering en de positieve psychiatrie (Rutter, 1987; Antonovsky, 1997; Hutschemaekers et al., 2006; Delleman, 2009; Hermanns & Menger, 2009) is de vraag hoe het komt dat mensen zich in moeilijke omstandigheden toch goed ontwikkelen. Blijkbaar zijn er protectieve factoren aanwezig die een positieve ontwikkeling mogelijk maken.

Onderzoek van Lodewijks (2008) wijst uit dat de individuele dynamische criminogene risicofactoren en de protectieve factoren van de SAVRY goede voorspellers zijn van 'desistance', het stoppen met gewelddadig recidivisme. Protectieve factoren leiden tot een significante toename van de statistisch verklaarde variatie door de dynamisch criminogene risicofactoren. Protectieve factoren vormen ook een buffereffect, waarmee bedoeld wordt dat in subgroepen met een hoog recidiverisico weinig en in subgroepen met een laag recidiverisico veel protectieve factoren aanwezig zijn. De conclusie van Lodewijks (2008) is dat aandacht voor protectieve factoren een prominentere plaats in de behandeling gericht op de reductie van recidive zou moeten innemen.

Bij vaktherapie is sprake van een combinatie van individuele en sociale dynamische criminogene risicofactoren en protectieve factoren. Binnen vaktherapie wordt gewerkt met primaire, secundaire en tertiaire doelen (Smeijsters, 2005). Vaktherapie kan primair zorgen voor het verminderen van de impulsiviteit, woederegulatie, vergroting van de empathie en volgzzaamheid. Maar vaktherapie levert ook op indirecte wijze een bijdrage aan de uitkomst door van invloed te zijn op de protectieve factoren. Door het ontspannen, speelse, veilige karakter van vaktherapie is sprake van een protectieve situatie met sterke sociale ondersteuning, sterke hechting waarin een positieve houding tegenover de interventie kan ontstaan. Vaktherapie werkt in het bijzonder met protectieve factoren zoals:

- eigen doelen stellen;
- zelf handelen;
- nieuwe rollen uitproberen;
- wederzijds positief bevestigen;
- werken op basis van sterke punten;
- positieve emoties opdoen;
- nieuwe kansen krijgen;
- vertrouwen in het eigen actorschap;
- het probleemoplossend vermogen vergroten;
- situaties regisseren.

Bekeken vanuit het idee van probleemeigenaarschap (Hutchemaekers et al., 2006) stimuleert vaktherapie de sterke kanten van de cliënt, empowert de cliënt door hem situaties te laten regisseren en vergroot het vertrouwen in eigen actorschap en het probleemoplossend vermogen.

Discussie

De interventies die ontwikkeld zijn, hebben nog niet de status van een generaliseerbare best practice. Ze zijn bottom-up ontwikkeld op basis van de ervaringskennis van de vaktherapeuten van de deelnemende instellingen en een aantal belangstellenden, en gevoed met theoretische en praktische informatie uit de literatuur. Zo is een vruchtbare combinatie van practice-based evidence en evidence-based practice gerealiseerd. Een volgende stap is de groep vaktherapeuten die feedback levert en de potentiële methodische invalshoeken te verbreden. Er is evenmin sprake van een best practice omdat de interventies zoals ze nu ontwikkeld zijn nog toegepast en geëvalueerd moeten worden. Beide acties: toepassen in de deelnemende instellingen, evalueren, verbeteren en voorleggen aan een grotere groep vaktherapeuten en methodische invalshoeken staan in de volgende fase (2009-2010) op het programma. De status van de interventies op dit moment is dat de deelnemende vaktherapeuten in de projectgroepen consensus hebben bereikt over een concept best practice die uitvoerbaar is in hun eigen praktijk. In de komende edities van dit tijdschrift

geven de projectleiders en projectleden per medium een inkijkje in de resultaten van de eerste fase die uitmondde in de ontwikkeling van een interventie per medium die de vier kerngebieden omvat.

Dat in dit onderzoek vaktherapeuten van verschillende praktijkinstellingen en opleidingen met elkaar praten en hun werk ontwikkelen is een sterk punt. Omdat er zoveel kennis uit de praktijk, uit theorie en onderzoek door de professionals zelf geïntegreerd wordt, is de commitment hoog om de interventies toe te passen. Ook het feit dat onafhankelijke experts meedenken over het nut en de werking van vaktherapie is van belang. Vaktherapeuten en experts met verschillende theoretische perspectieven wisselen met elkaar kennis uit en ondersteunen elkaar bij het ontwikkelen van de interventie en de verantwoording van de werking ervan.

Een sterk punt is dat het project is ontstaan en ontworpen op basis van een verzoek uit het werkveld richting KenVaK. Voorafgaand aan het verzoek aan KenVaK werd de netwerkvorming door de praktijkinstellingen zelf gerealiseerd. Vaktherapeuten uit de zes RAAK-instellingen en van andere instellingen die fungeren als belangstellenden zijn betrokken bij kennisuitwisseling. De stevige verankering in de instellingen bij uitvoerende vaktherapeuten, hun leidinggevendenden en onderzoekers garandeert dat de kennisinnovatie zich binnen de instellingen doorzet.

Een knelpunt van het onderzoek is dat in de praktijk drie belangen parallel lopen: 1) het ontwikkelen van het vaktherapeutisch handelen door de vaktherapeuten zelf; 2) moeten voldoen aan onderzoekscriteria die gelden voor het toetsen van interventies; 3) de noodzakelijke erkenning van interventies door het ministerie. Bij de overgang van de eerste fase (2008-2009) naar de tweede fase (2009-2010) werd tijdens een onderzoeksconferentie waarbij projectleiders, vaktherapeuten, onderzoekers en directieleden/ leidinggevendenden aanwezig waren, duidelijk dat in dit werkveld, maar ook elders, deze drie verschillende belangen spelen. Hier een goede middenweg zoeken zodat de vaktherapeut zijn vak herkent, niet het gevoel heeft dat het hem door standaardisatie ten behoeve van onderzoek en erkenning wordt afgenomen, is de belangrijkste opgave voor de fase waarin de interventies toegepast en geëvalueerd worden.

Dat dit overleg tussen vaktherapeuten, directies en onderzoekers om een goede middenweg te vinden plaatsvindt, is de kracht van de volgende onderzoeksfase. Zo kunnen praktijk, onderzoek en erkenning door het ministerie in elkaar vloeien. Dan wordt het onderzoek een goed voorbeeld hoe professionals in de praktijk hun praktische handelen kunnen ontwikkelen en tegelijk kunnen voldoen aan criteria die gelden voor onderzoek en officiële erkenning. Zoeken naar een middenweg die de drie belangen verenigt is een uitdaging die voor vaktherapeuten baanbrekend zal zijn. Deze kwestie staat in het werkveld van vaktherapeuten

hoog op de agenda en is in hoge mate bepalend voor de erkenning van het beroep. Succesvol aan dit RAAK-project is dat professionals hierin een bepalende rol spelen. Door het verschil in opleiding en professionele achtergrond van de deelnemende vaktherapeuten kost het veel tijd om aan elkaar uit te leggen hoe en waarom men handelt. Maar juist deze verschillende perspectieven met elkaar uitwisselen werkt zeer bevruchtend voor het beroep en het praktische handelen. Daarbij komt dat vaktherapeuten op deze wijze competenties ontwikkelen zodat zij wat ze nu leren, ook nadat het project afgelopen is blijvend kunnen doen. De interventies en de interventietheorie worden beschikbaar gesteld aan alle vaktherapeuten die deze binnen of buiten het onderzoek in het betreffende werkveld willen toepassen. Alleen door wat we binnen de muren ontwikkelen ook daarbuiten toe te passen kan de jeugd delinquentie echt verminderen.

Noten

- 1 Het onderzoek kent projectgroepen per medium die onder leiding staan van Julie Kil (danstherapie en psychomotorische therapie), Han Kurstjens (muziektherapie), Jaap Welten (dramatherapie) en Gemmy Willemars (beeldende therapie), onderzoekers van KenVaK. De volgende vaktherapeuten hebben aan de eerste fase als lid van de mediumprojectgroep of als belangstellende meegewerkt: DRAMA: de projectleden Hilde Augusteijn, Sanne van der Kolm, Jorg de Man, Josefien van der Wekken en de belangstellenden Elsa van den Broek, Tessa Bruggeman, Judith Hollands en Annemieke Hahné. MUZIEK: de projectleden Frederik Esbach, Victor Macaré, Heinz Reumers en de belangstellenden Rob van Alphen en Nan van Leeuwen. BEELDEND: de projectleden Marjan Helmich en Eline Godts en de belangstellenden Marie-Joze van Drie, Charlotte Evers, Digna van Roemburg-Tack, Hans Hoog Stoevenbelt en Beatrix Verhofstad-Swinkels. DANS: projectlid Eefje Prins en de belangstellenden Eva van den Boom, Mady de Jongh, Silke Loenen, Robbert Otte en Monique Peters. Psychomotorische therapie: projectlid Thea Braun-de Bijl en de belangstellenden Pijke Dijkema, Frank Everink, Pim Hoek, Robbert Otte, Patrick Spee en Evelien Wolters.
- 2 RAAK staat voor Regionale Aandacht en Actie voor Kenniscirculatie. Het is een regeling vanuit het Ministerie van Onderwijs Cultuur & Wetenschap ter bevordering van de gezamenlijke kenniscreatie en kennisuitwisseling tussen hogescholen, het midden- en kleinbedrijf en/ of publieke instellingen. RAAK heeft als doel professionals te ondersteunen bij het oplossen van praktijkproblemen en het innoveren van hun handelen. Kenniskringen zoals de Kenniskring Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK) van hogescholen kunnen RAAK-projecten bij de Stichting Innovatie Alliantie (SIA) indienen en komen, na goedkeuring, in aanmerking voor projectfinanciering.
- 3 De wetenschappelijke adviesraad bestaat uit dr. Leonieke Boendermaker (senior onderzoeker, kenniscentrum Jeugd en Opvoeding Utrecht), prof. dr. Giel Hutschemaekers (hoogleraar Radboud Universiteit), prof. dr. Andries Korebrits (hoogleraar Radboud Universiteit), dr. Henny Lodewijks (behandeldirecteur, Rentray). Verder zijn als adviseur betrokken: mr. drs. Joost van den Braak (Adviesbureau van Montfoort) en drs. Joep Hanrath (Lid kenniskring 'Werken in justitieel kader', Hogeschool Utrecht).
- 4 Deze paragraaf is overgenomen uit de resultaten van het pilot-onderzoek (Smeijsters, Van den Braak, Helmich, Reumers & Van der Wekken, 2009).

Literatuur

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Bernstein, D.P., Arntz, A. & Vos, M.E. de (2007). Schemagerichte therapie in de forensische setting. Theoretisch model en voorstellen voor best clinical practice. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 120-139.
- Boendermaker, L. (1999). *Justitiële behandelinrichtingen voor jongeren. Populatie en werkwijze*. Proefschrift. Leuven – Apeldoorn: Garant.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Damasio, A.R. (2003). *Ik voel dus ik ben. Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Dellemann, O. (2009). 'Positieve psychiatrie'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64 (5), 373-384.
- Deth, R. van (2009). De dodo is al weer meer dan zeventig jaar springlevend. *PsychoPraxis*, 11 (2), 91-95.
- Duits, N., Casteren, M. van, Brink, W. van den & Dorelijers, Th.A.H (2005). Risicotaxatie van geweldsrecidive bij jeugdigen. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 47, 511-518.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A. (2004). *The heroic client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Hermanns, J. & Menger, A. (2009). *Walk the line. Over continuïteit en professionaliteit in het reclasseringswerk*. Kenniscentrum Sociale Innovatie: Hogeschool Utrecht.
- Hubble, M.A, Duncan, B.L. & Miller, S.D. (red.) (1999). *The heart & soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Hutschemaekers, G. & Nijnatten, C. van (2008). De scientist practitioner en evidence-based practice. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63 (12), 1025-1032.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & Smit, A. (2006). *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP, De Gelderse Roos.
- Johnson, D.R. (2009). Examining underlying paradigms in the creative arts therapies of trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 36 (2), 114-120.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Lodewijks, H. (2008). *Violence risk assessment in adolescents in the Dutch juvenile justice system. Studies on the reliability and predictive accuracy of the SAVRY*. Amsterdam: Rozenberg Publishers
- Lodewijks, H.P.B., Dorelijers, Th.A.H., De Ruiter, C. de & Wit-Grouls, H. de (2003). *Gestructureerde taxatie van geweldsrisico bij jongeren*. Eefde: Rentray.
- Lyubomirsky, S. (2008). *De maakbaarheid van het geluk. Een wetenschappelijke methode voor een gelukkig leven*. Amsterdam: Archipel.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Smeijsters, H. (red.) (2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (red.) (2006). *Handboek muziektherapie. Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Smeijsters, H. (2007). *Agressieregulatie in de forensische psychiatrie*. Heerlen: Hogeschool Zuyd – KenVaK.
- Smeijsters, H. (2008a). *De kunsten van het leven. Hoe kunst bijdraagt aan een emotioneel gezond leven*. Diemen: VEEN Magazines.
- Smeijsters, H. (red.) (2008b). *De kunsten van het leven. Voorbeelden uit de creatieve therapie*. Diemen: VEEN Magazines.
- Smeijsters, H. (2008c). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2009). Onderzoek in en door de praktijk en practice based evidence in de lerende organisatie. Voorbeelden van onderzoek door kenniskringen van hogescholen. *TH&MA – Tijdschrift voor Hoger Onderwijs en Management*, 1, 4-13.

- Smeijsters, H., Braak, J. van den, Helmich, M., Reumers, H. & Wekken, J. van der (2009). *Innovatie Vaktherapie in de JJI en de Gesloten Jeugdzorg. Kaderdocument voor alle vaktherapieën*. Heerlen: Cadier & Keer/ KenVaK: Het Keerpunt.
- Stern, D.N. (2000). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and development psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton.
- Veerman, J.W. (2008). Het mooie van meten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63 (12), 1019-1024.
- Yperen, T. van & Veerman J.W. (red.) (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Zevalkink, J & Dam, Q.D. van (2007). *Tegenwoordigheid van geest. Het actuele moment in een psychoanalytische behandeling*. Assen: Van Gorcum.

De auteur

Dr. Henk Smeijsters is lector van de kennisring Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK) van de Hogeschool Zuyd te Heerlen, de Hogeschool Utrecht en de ArtEZ Hogeschool te Enschede. Hij is hoofdopleider van de Master of Arts Therapies van de Hogeschool Zuyd. Als lector houdt hij zich, naast onderzoek naar de vaktherapieën, bezig met het ontwerpen en toepassen van praktijkgerichte onderzoeksmethoden die optimaal aansluiten bij het werkveld en de missie van het hoger beroepsonderwijs. Hij is lid van het Methodologie Netwerk (MethNet) van het landelijk Forum Praktijkgericht Onderzoek dat de hbo-raad adviseert. Henk Smeijsters is algemeen projectleider van dit RAAK-project.
E: h.smeijsters@hszuyd.nl.

Samenvatting

Dit artikel beschrijft een grootschalig onderzoek door KenVaK naar vaktherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg. Het praktijkonderzoek is gericht op het ontwikkelen, toepassen en evalueren van interventies voor beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie. Deze interventies richten zich op de kerngebieden zelfbeeld, emoties, interactie en cognities die verband houden met criminogene risicofactoren en protectieve factoren. De theorie die de interventies verklaart is gebaseerd op de niet-cognitieve processen van het kernzelf die analoog zijn aan mediumprocessen. De interventietheorie stelt het stimuleren van protectieve factoren zoals empowerment, mentale veerkracht en probleemeigenaarschap door vaktherapie centraal. ■

advertentie

MASTER OF ARTS THERAPIES

Hogeschool Zuyd - Faculteit Gezondheid en Zorg & KenVaK
Hoofdopleider dr. Henk Smeijsters, lector

Een masteropleiding voor creatief therapeuten (alle media).
Colleges vinden - op verzoek - plaats in het midden van het land.
Het is mogelijk keuzemodules te volgen.
In 2010 start het nieuwe cohort.

**NVAO
GEACCREDITEERD**

Studiejaar 1

- Module indicatiestelling
- Module ontwikkelen en vergelijken van producten
- Module evaluatie onderzoeksresultaten en richtlijnontwikkeling
- Module theorieontwikkeling
- Module professionalisering en verwetenschappelijking

Studiejaar 2

- Project praktijkgericht kwalitatief onderzoek
- Project praktijkgericht kwantitatief onderzoek

Kosten

Omdat de opleiding m.i.v. oktober 2010 door het ministerie bekostigd wordt, zal het collegegeld verlaagd worden. Neem hierover contact op met de opleiding. (De kosten waren € 10.400 voor twee jaar).

Meer informatie

Hogeschool Zuyd. Faculteit Gezondheid en Zorg & KenVaK
Postbus 550
6400 AN Heerlen
Tel.: 045-4006484 ~ e-mail: l.r.kok@hszuyd.nl