
SAMEN DOOR 1 DEUR



*EEN PRAKTIJKGERICHT ONDERZOEK NAAR DE WERKALLIANTIE
BINNEN VAKTHERAPIE BIJ JONGEREN IN GEDWONGEN KADER*



Toetsend Onderzoek van onderzoeksproject 'Stay Tuned'



Naam: Jos Overes
Studentnummer: 1131391
Datum: 18-08-2015
Herziende versie: 01-10-2015
Plaats: Leiden
Consulent: Gemmy Willemars
1^{ste} Beoordelaar: Jaap Driest
2^e Beoordelaar: Diane Kelderman



SAMENVATTING

Doel: In de reclassering is bekend hoe de werkaliantie als effectieve voorspeller van het behandelresultaat in gedwongen kader ingezet kan worden. Over de werking van de werkaliantie bij jongeren is minder bekend. Vaktherapie is een therapie waarbij het handelen en ervaren in het hier nu binnen een Kunstzinnig medium centraal staat. Door gebrek aan probleembeleving en behandelmotivatie (Smeijsters, 2012; Heemskerk, 2011) kan vaktherapie een effectieve schakel in de behandeling zijn omdat jongeren, in tegenstelling tot met reguliere therapie, vaak affiniteit hebben met de creatieve media (Smeijsters, 2012). Het doel van het onderzoek is te inventariseren hoe de werkaliantie door vaktherapeuten in het medium tot stand wordt gebracht en wat zij kunnen doen om het effect van de werkaliantie op het behandelresultaat en de behandelmotivatie te vergroten.

Methode: Het is een kwalitatief en inventariserend onderzoek onder twaalf vaktherapeuten van de media muziek, drama, beeldend en psychomotorische therapie en bijhorende literatuurstudie. Er is gebruik gemaakt van halfgestructureerde interviews die zijn geanalyseerd volgens de Grounded Theory methode.

Resultaten: De aanwezigheid van het kunstzinnig medium zorgt voor een driehoek in het contact waardoor de responsiviteit van de vaktherapeut in de werkaliantie een groter effect heeft op de cliënt. De vaktherapeut zet daarbij een breed repertoire aan interventies in, zowel binnen als buiten het medium.

Conclusie: Vaktherapeuten bezitten de kwaliteiten om de werkaliantie te bevorderen en maken daar effectief gebruik van. Een systematische evaluatie van de werkaliantie in de therapie met de cliënt leidt tot een nog groter effect van de werkaliantie op de behandelmotivatie en het behandelresultaat.

ABSTRACT

Objective: In rehabilitation is known how the work alliance can be used as an effective predictor of treatment outcome in forced care. The functionality of the effects of the work alliance among adolescents is less well known. Due to problem denial and to lack of treatment motivation (Smeijsters, 2012; Heemskerk, 2011) art therapy (a creative therapy based on acts and experiences in the present moment within a medium like music arts or drama) offers an effective link in the treatment because of the affinity most adolescents have with the creative media (Smeijsters, 2012). The purpose of this study is draw up an inventory of how the therapist can accomplish a good working alliance and what can be done regarding the effect of the work alliance on the treatment outcome and motivation of adolescents.

Method: This is a qualitative and inventory research among twelve creative therapist of the media music, drama, art and psychomotor therapy and which is accompanied by a literature study. Half-structured interviews were used that were analyzed according to the Grounded Theory method.

Results: The presence of the medium allows for the existence of a triangle in the contact. The creative therapist can use this to improve the responsiveness of in the working alliance, which leads to have an greater effect of that alliance on the adolescents. The creative therapist uses a wide range of interventions both in- and outside the medium.

Conclusion: Creative therapists possess the qualities to advance and make effective use of the work alliance. A systematic evaluation in therapy regarding the work alliance with the adolescents leads to an even greater effect on behalf of the working alliance regarding the motivation for treatment and treatment result of young adults.

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting.....	1
Abstract.....	1
Inleiding.....	3
1. Inhoudelijke Oriëntatie.....	4
2. Probleemstelling.....	6
3. Hoofdvraag, Deelvragen, Begrippenkader en Doelstelling.....	7
3.1 Hoofdvraag.....	7
3.2 Deelvragen.....	7
3.3 Begrippenkader.....	7
3.4 Doelstelling.....	8
4. Onderzoeksmethode.....	9
4.1 Onderzoekopzet.....	9
4.2 Betrouwbaarheid en validiteit.....	9
5. Resultaten.....	11
5.1 Wat zijn de kenmerken van de werkalliantie bij jongeren in gedwongen kader?.....	11
5.1.5 Samenvatting deelvraag 1.....	15
5.2 Welke kenmerken hebben vaktherapeuten en cliënten in de werkalliantie?.....	15
5.2.5 Samenvatting deelvraag 2.....	19
5.3 Op welke wijze zetten vaktherapeuten de werkalliantie in bij jongeren?.....	22
5.3.10 Samenvatting deelvraag 3.....	29
5.4 Welke interventies kan de vaktherapeut plegen ter beïnvloeding van de werkalliantie? ...	32
5.4.5 Samenvatting deelvraag 4.....	36
5.5 Welke invloed heeft de werkalliantie op het behandelresultaat?.....	37
5.5.2 Samenvatting Deelvraag 5.....	39
6. Conclusie.....	40
7. Aanbevelingen.....	42
8. Bronnenlijst.....	43
9. Afkortingen.....	45
10. Bijlagen.....	46
Bijlage 1: HBO Gedragscode.....	46
HBO gedragscode: <i>Werkalliantie in Vaktherapie met jongeren in gedwongen kader</i>	46
Bijlage 2: Opdrachtgever.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Bijlage 3: Respondenten.....	47

INLEIDING

Het onderzoek ‘Samen door 1 deur’ maakt onderdeel uit van de eerste fase van het onderzoeksproject ‘Stay Tuned’ van KenVak, waarin de alliantie-monitor voor de reclassering (Menger, 2013) voor vaktherapie toepasbaar wordt gemaakt. In de eerste fase van het onderzoeksproject wordt er middels dit onderzoek een inventarisatie gemaakt van de manier waarop vaktherapeuten de werkaliantie hanteren in de therapie met jongeren in gedwongen kader. Het onderzoek richt zich op de invloed van de werkaliantie op de behandelmotivatie en de behandelresultaten. Het is een inventariserend en kwalitatief onderzoek waarin met behulp van halfgestructureerde interviews twaalf vaktherapeuten zijn ondervraagd. Daarnaast heeft er een literatuuronderzoek plaatsgevonden. In de inhoudelijke oriëntatie wordt de huidige situatie rond het begrip werkaliantie en de rol van vaktherapie in het behandelen van jongeren in het gedwongen kader uiteengezet. In de probleemstelling wordt de noodzaak van dit onderzoek uitgelegd en vervolgens de probleemstelling, hoofd- en deelvragen en doelstelling van dit onderzoek behandeld. Na het begrippenkader volgen de resultaten van dit onderzoek die zowel in totaal als in samenvatting zijn weergegeven. De resultaten leiden naar de conclusie en de aanbevelingen. In de bijlage zit de gedragscode, de formulieren van de opdrachtgever en de transcriptie van de twaalf interviews.

NB: Overal waar ‘hij’ en ‘zijn’ staat wordt mede ‘zij’ en ‘haar’ bedoeld.

NB: Met de term ‘cliënt’ of ‘cliënten’ wordt respectievelijk verwezen naar de ‘jongere’ of ‘jongeren’.

1. INHOUDELIJKE ORIËNTATIE

In de zoektocht naar de meest effectieve therapie, een trend die in de jaren negentig is ingezet, is de focus gelegd op de Evidence-based practice: de meest effectieven methoden in een zo kort mogelijke tijd toepassen (Hafkenscheid, 2014; Menger, 2013). Als we de efficiëntie van de therapie willen verbeteren, zullen we moeten weten welk onderdeel van de therapie welk aandeel heeft ten opzichte van het behandelresultaat. De relatie tussen therapeut en cliënt is zo'n onderdeel. Rogers was de eerste therapeut die waarde toedichtte aan die relatie, die hij beschreef als 'het voertuig van de verandering'. Tot ruim in de jaren zeventig waren 'de persoon van de werker' en 'de relatie' de middelen om verandering van houding en gedrag van mensen met allerhande problemen te bewerkstelligen: "Niet technisch-instrumenteel handelen maar een warme respectvolle relatie aangaan door de professional: onvoorwaardelijke acceptatie van cliënt en diens uitingen" (Menger, 2013; p. 98). In de jaren daarna is men steeds verder in het gebruik van methodieken en hun effectiviteit gaan groeien. De persoon van werken en de relatie waren minder of niet onderbouwd en daarom minder belangrijk. Om die relatie in het werken beter te verklaren is het begrip werkaliantie ontstaan.

De werkaliantie wordt door Menger (2013) omschreven als de relatie tussen de cliënt en therapeut. Ze duidt deze relatie als een tijdelijke samenwerking tussen therapeut en cliënt waarbij hun verhouding in dienst staat van de doelen die overeengekomen zijn. Een werk gerelateerde verbintenis met afspraken en doelen. De cliënt wil een stukje deskundigheid benutten of aanvaarden van de professional om tot nieuwe inzichten of gedragsverandering te komen. De laatste jaren wordt steeds meer bekend over de effecten van de therapeutische relatie op het behandelresultaat (Hafkenscheid, 2014; Menger, 2013; Yperen, 2010). Het precieze aandeel van de werkaliantie in therapie is niet eenvoudig te achterhalen (Yperen, 2010). Het meest genoemde onderzoek naar de werkzame factoren van een behandeling, is een onderzoek van Lambert (1992; aangehaald in Yperen, 2010) waarin hij het succes van de therapie voor 15 procent toeschrijft aan algemene werkzame factoren waaronder de relatie tussen de therapeut en cliënt. Menger (2013) haalt de gegevens aan uit onderzoeken van Burnett & Neil (2005) en Hermans & Monfoort (2009). Daarin wordt het begrip 'relatiefactoren' gehanteerd met een aandeel van 30 procent. De kwaliteit van de werkaliantie is op zichzelf een voorspeller van het behandelresultaat (Menger, 2013). Nocross & Lambert (2011; aangehaald in Menger, 2013) kwamen tot de conclusie dat als het vragen van feedback aan de cliënt regelmatig en systematisch gebeurt, het voorspellen van succes krachtiger is dan wanneer dat niet gestructureerd plaats vindt.

Jongeren in gedwongen kader worden door Doek & Vlaardingerbroek (2009) beschreven als die jongeren die vallen binnen jeugdbescherming of justitiële jeugdzorg. Beide betreffen gevaarlijke situaties voor het kind, waarbij andere, vrijwillige vormen van hulp geen soelaas bieden of hebben geboden. Bij jeugdbescherming gaat het om ouders of verzorgers die niet mee werken aan de hulp die noodzakelijk wordt geacht voor het kind. Dat kan zolang het kind minderjarig is tot 18 jaar (Doek & Vlaardingerbroek, 2009). Justitiële Jeugdzorg wordt toegepast als de minderjarige zich zodanig gedraagt dat het jeugdstrafrecht erbij moet worden betrokken. In principe geldt het jeugdstrafrecht als men tijdens het plegen van het delict tussen de 12 en 18 jaar oud is. Sinds 1 april 2014 is de leeftijd waarvoor het jeugdstrafrecht kan gelden verhoogd naar 23 jaar. De ontwikkelingsfase en de persoonlijke omstandigheden zijn daarbij leidend (DJI, 2009). Men spreekt ook wel van het adolescentenstrafrecht. Onder de gebruikers van Justitiële jeugdzorg vinden we zeven typen, te noemen Onder Toezicht Stelling, Voogdij, Voogdij Alleenstaande Minderjarige Vreemdeling, Voorlopige Voogdij, Jeugdreclassering en Justitiële Jeugdinstelling (Doek & Vlaardingerbroek, 2009). Een relatief nieuwe en stijgende doelgroep is SGLVG (Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt) (Toonen, 2015).

Vaktherapie is een ervarings- en handelingsgerichte therapievorm en daarom zeer geschikt voor de behandeling van patiënten die veroordeeld zijn voor hun handelen (Hakvoort, 2004; Smeijsters, 2008). Anders gezegd werken vaktherapeuten in de forensische psychiatrie met cliënten waarbij de problemen een duidelijk handelingsgerichte factor bezitten en grensoverschrijdend gedrag tot gevolg

hebben (Smeijsters, 2012). De indicaties voor vaktherapie voor jongere in gedwongen kader liggen in de gebieden zelfbeeld, emotie-regulatie, cognitie en interactie (Smeijsters, 2012).

2. PROBLEEMSTELLING

Ongeveer 4000 jongeren worden jaarlijks gedwongen opgenomen en behandeld in de gesloten jeugdzorg en/ of Justitiële Jeugdinstelling (ZonMw, 2014). Bij jongeren binnen het gedwongen kader is er vaak sprake van een complexe problematiek (Mortel, 2011; Heemskerk, 2011) die zich voor de gedwongen behandeling uitte op diverse leefgebieden (Mortel, 2011). Jongeren met een externaliserende problematiek zijn moeilijk in te schatten vanwege de extremititeit van hun gedrag, complexiteit van hun problemen en het onvermogen om wederkerige relaties aan te gaan (Mortel, 2011). Binnen de doelgroep jongeren in gedwongen kader kunnen volgens Mortel (2011) een veelheid aan gedragsproblemen voorkomen zoals grensoverschrijdend en regelovertrekend gedrag, fysieke en verbale agressie, dreigen met agressie en weglopen en seksueel grensoverschrijdend gedrag. Maar ook eetstoornissen en automutilatie komen vaak voor. Daarnaast is er vaak misbruik of afhankelijkheid van middelen (Mortel, 2011). Door gebrek aan probleembeleving en behandelmotivatie bij jongeren binnen het gedwongen kader (Smeijsters, 2012; Heemskerk, 2011) is succesvol behandelen een uitdaging. Een belangrijke schakel in het vergroten van behandelmotivatie en het afnemen van probleemgedrag kan vaktherapie zijn, waarbij het handelen, het ervaren en inzicht in het gedrag middels het kunstzinnige medium, centraal staan. Jongeren hebben vaak affiniteit met tenminste één van de verschillende media en nog niet met therapie (Smeijsters, 2012). Door het exploreren van interesses en verwachtingen wordt aansluiting gevonden bij de jongere (Smeijsters, 2012). Het opbouwen van een goede werkrelatie tussen de jongere en de therapeut is cruciaal. Menger (2013) bracht binnen de reclassering de werkalliantie in beeld die volgens haar een belangrijke invloed heeft op het behandelresultaat en de behandelmotivatie van de volwassenen in gedwongen kader. Omdat binnen vaktherapie het contact in het hier & nu met de cliënt centraal staat, is het de vraag in hoeverre vaktherapeuten in navolging van de reclassering de werkalliantie in de therapie met jongeren in gedwongen kader kunnen optimaliseren.

3. HOOFDVRAAG, DEELVRAGEN, BEGRIPPENKADER EN DOELSTELLING

3.1 HOOFDVRAAG

Hoe kunnen vaktherapeuten behandelmotivatie en behandelresultaat bij jongeren in gedwongen kader bevorderen door de focus te leggen op werkalliantie?

3.2 DEELVRAGEN

- 1 Wat zijn de kenmerken van de werkalliantie bij jongeren in gedwongen kader?
- 2 Welke kenmerken hebben vaktherapeuten en cliënten in de werkalliantie?
- 3 Op welke wijze zetten vaktherapeuten de werkalliantie in bij jongeren?
- 4 Welke interventies kan de vaktherapeut plegen ter beïnvloeding van de werkalliantie?
- 5 Welke invloed heeft de werkalliantie op het behandelresultaat?

3.3 BEGRIPPENKADER

WERKALLIANTIE

Voor het begrip werkalliantie houden we de definitie van Menger (2013) aan: de relatie tussen de cliënt en therapeut. Ze duidt deze relatie als een tijdelijke samenwerking tussen therapeut en cliënt waarbij hun verhouding in dienst staat van de doelen die overeengekomen zijn.

VAKTHERAPIE

Vaktherapie is de overkoepelende naam voor dramatherapie, muziektherapie, beeldende therapie, danstherapie en psychomotorische therapie (Smeijsters, 2008). Hoewel deze vijf therapieën allen met een ander ‘vak’ of ‘medium’ werken, hebben ze een duidelijke binding met elkaar (Berman, 2005). Ten eerste behandelen ze de cliënt ervaringsgericht door de cliënt uit te nodigen actief te handelen. Ten tweede wordt er in relatie tot het probleem of de stoornis betekenis aan handelen en ervaringen gegeven.

De sterke punten worden helder geformuleerd door Albert Berman (~~aangehaald in Smeijsters, 2008~~).

- Vaktherapie doet een beroep op je fysieke kant, je komt in actie, je betreft je lichaam erbij.
- Van het handelen in het medium kun je iets leren. Binnen een vaktherapie zijn mensen snel te motiveren iets te bedenken, uit te voeren, op te bouwen en te oefenen.
- Door expressie in het medium kun je een nieuwe taal eigen maken, waardoor de mogelijkheden om contact te maken met jezelf en de ander enorm toenemen.
- Vaktherapie kan weggestopte emoties grijpbaar en voelbaar maken.

Smeijsters benadrukt dat het niet de afzonderlijke elementen zijn die de vaktherapie krachtig maken, maar de combinatie van al de bovengenoemde punten. Afzonderlijk zij ze niet voorbehouden aan de vaktherapie (Smeijsters, 2008).

In dit onderzoek is gekozen voor de inclusie van muziektherapie, beeldende therapie, dramatherapie en psychomotorische therapie omdat deze het meest voorkomen in de behandeling bij jongeren in Gesloten Jeugdzorg of Justitiële Jeugdinrichtingen (Smeijsters, 2012).

Voor het succesvol aangaan van een werkalliantie is een bepaalde mate van professionaliteit nodig binnen een beroepsgroep (Menger, 2013). Een beroepsgroep wordt door Jonge (2011) als

professioneel aangeduid als er sprake is van drie kenmerken uit zijn model van professionaliteit. Ten eerste is dat een duidelijke professionele missie, ten tweede een pakket aan duidelijke activiteiten en specifieke expertise om die uit te voeren en ten derde moet er sprake zijn van inbedding in de beroepsgroep waar verantwoording aan afgegeven kan worden voor activiteiten en resultaten. De beroepsgroepen van alle hierboven genoemde vaktherapieën voldoen aan deze eisen (Smeijsters, 2008).

BEHANDELMOTIVATIE

Motivatie is afgeleid van het woord *movere* dat bewegen betekent. Geen (1999; aangehaald in Overes, 2014) stelt dat het woord ‘beweging’ tot uitdrukking komt in het leveren van inspanning en het omzetten van potentiële energie in het daadwerkelijk leveren van energie. “Het is deze gedachte die men wil overdragen met het woord motivatie: de gedachte van intensiteit, activering en het toepassen van kracht, wat resulteert in het initiëren van gedrag of het overstapen van het ene gedrag naar het andere” (De Boer, 2005, p. 23). Miller en Rollnick (1991; aangehaald in Overes, 2014) zien motivatie als ‘een toestand waarin iemand zich bevindt, die bereid is te veranderen’. Motivatie is volgens hen een beïnvloedbare toestand die afhankelijk van tijd, situatie, individu en omgevingsfactoren kan wisselen. Heemskerk (2011) beperkt haar definitie van motivatie in haar werk met delinquente jongeren tot ‘de mate waarin de [patiënt] bereid is om mee te werken aan het veranderingstraject’ (p. 153). Het veranderingstraject is in dit geval de behandeling. Ze deelt het begrip op in drie segmenten, gelijk aan Miller en Rollnick: bereidheid, gereedheid en vermogen.

BEHANDELRESULTAAT

Onder behandelresultaat wordt verstaan de mate waarin de voor de therapie gestelde doelen zijn behaald.

JONGEREN IN GEDWONGEN KADER

In dit onderzoek wordt onder jongeren in gedwongen kader worden mensen tussen de 12 en de 23 jaar die door de rechter zijn verplicht om zorg te ontvangen verstaan. In Nederland zijn er grofweg twee groepen jongeren die in aanmerking komen voor gedwongen jeugdzorg: jongeren met een strafblad en jongeren zonder een strafblad. Beide groepen zijn op last van de rechter tot gesloten behandeling veroordeeld (www.jeugdzorgnederland.nl). Er zijn in Nederland twee soorten instellingen voor jongeren in het gedwongen kader namelijk JeugdzorgPlus en Justitiële Jeugdinstellingen. Voor de groep jongeren zonder strafblad geldt dat zij in hun eigen belang gesloten behandeld moeten worden. Sinds 2008 vallen zij onder JeugdzorgPlus. De andere groep is strafrechtelijk veroordeeld onder het jeugdstrafrecht. Sinds april 2014 kan het jeugdstrafrecht worden opgelegd aan jongeren die ten tijde van het plegen van het delict 23 jaar zijn (Dienst Justitiële Jeugdinstellingen). De expliciete leeftijd is niet langer de maatstaf maar de mate van persoonlijke ontwikkeling. Deze groep komt terecht in een Justitiële Jeugdinstelling.

3.4 DOELSTELLING

De uitkomst van dit onderzoek kan bijdragen aan het professionaliseren van de beroepsgroep, inzichten geven aan vaktherapeuten over toe te passen interventies en effectievere behandelingen voor cliënten. De beroepsgroep kan mede door dit onderzoek aansluiting vinden bij de ontwikkeling in de reclassering, van waaruit het initiatief kwam om de werkalliantie als werkzame factor in de therapie te definiëren en een monitor te ontwikkelen om de werkalliantie te toetsen. Vaktherapeuten kunnen inzicht krijgen in hun latente kennis en nieuwe kennis opdoen over interventies die zij in kunnen zetten ten behoeve van de werkalliantie. Tot slot kan dit onderzoek leiden tot effectievere vaktherapeutische behandeling omdat vaktherapeuten de werkalliantie beter weten te benutten. Zo ontstaat er een effectievere behandeling voor de cliënt.

4. ONDERZOEKSMETHODE

4.1 ONDERZOEKSOPZET

Onderzoeksdesign: Kwalitatief onderzoek.

Er wordt gekeken naar de inhoudelijke mogelijkheden van de vaktherapeut om zich op de werkaliantie te kunnen concentreren.

Onderzoekstype: Inventariserend onderzoek.

Het onderzoek richt zich op het in kaart brengen van de reeds impliciet aanwezige kennis van vaktherapeuten over het onderwerp. Getracht wordt deze kennis te verzamelen en te bundelen in dit onderzoeksverslag. Er wordt een inventarisatie gemaakt van wat er binnen de praktijk van de vaktherapeut plaats vindt. Er is geen sprake van inmenging in de situatie door de onderzoeker en de gegevens worden via directe waarneming verzameld.

Dataverzamelingstechnieken: Halfgestructureerde interviews en literatuuronderzoek.

Er zijn twaalf vaktherapeuten in het werkveld betrokken bij het onderzoek: vijf mannen en zeven vrouwen. De groep bestaat uit twee Psychomotorische therapeuten, twee drama therapeuten, drie beeldend therapeuten en vijf muziektherapeuten. In eerste instantie had de onderzoeker de intentie om ook cliënten actief bij het onderzoek te betrekken. Gezien het geringe aantal cliënten dat door de onderzoeker kon worden bereikt is daar vanaf gezien. Daar komt bij dat cliënten die mee werken aan het onderzoek vaak een goede band onderhouden met de therapeut wat eenzijdige gegevens kan opleveren.

Er is voor halfgestructureerde interviews gekozen om de respondenten de vrijheid te geven over het onderwerp te praten. Er is niet voor het open interview gekozen om de antwoorden affiniteit met de onderzoeksvragen te laten houden. Het onderzoek is een poging de *tacit knowledge* van de respondenten in kaart te brengen ter professionalisering van het vakgebied.

Het literatuuronderzoek is gebruikt om het begrip werkaliantie en de waarde daarvan binnen de therapeutische relatie te duiden. Binnen de vaktherapie wordt het begrip werkaliantie nauwelijks gehanteerd. De theorie van de werkaliantie wordt in dit onderzoek gekoppeld aan de praktijk van de vaktherapeut om processen in de relatie met de jongere te definiëren.

Dataverzamelingmethoden en data-analyse: Grounded Theory.

Om de data uit de half gestructureerde interviews grondig en compleet te analyseren is gekozen voor de Grounded Theory. Er is in dit onderzoek namelijk sprake van theorie vorming door middel van het vast leggen van impliciete kennis, en die vervolgens te koppelen aan bestaande theorieën over de werkaliantie. Het verzamelen en analyseren van data gebeurt in cycli en wordt constant met elkaar vergeleken. Het onderzoek is dus zowel inductief en iteratief.

De interviews zijn opgenomen en volledig uitgeschreven. Vervolgens is er in de eerste categorisering onderscheid gemaakt tussen de diverse deelvragen en een rest categorie. Daarna zijn er binnen de deelvragen verschillende onderwerpen ontstaan die omschreven zijn vanuit de interviews. Vervolgens is daar de gevonden literatuur in verweven.

4.2 BETROUWBAARHEID EN VALIDITEIT

Binnen het kwalitatief onderzoek is het lastig de onderzoeksresultaten onafhankelijk van toeval te laten zijn. In dit onderzoek zijn daar de volgende maatregelen tegen genomen. Ten eerste zijn alle interviews opgenomen, volledig uitgeschreven en als bijlage aan het onderzoeksverslag toegevoegd. De respondenten zijn met naam en toe naam terug te vinden in bijlage 3 om de betrouwbaarheid te vergroten. Alle respondenten zijn op de hoogte gebracht van de doelstelling

van het onderzoek en hebben de mogelijkheid gekregen feedback te geven op de resultaten alvorens deze werden gepubliceerd.

De validiteit van het onderzoek is vergroot door de interview vragen grotendeels te laten samenhangen met de vragen in de alliantie monitor van Menger (2013) evenals de verbeterpunten die worden genoemd in de samenhangende literatuur over werkalliantie. Het onderzoek is onderdeel van een twee jaar durend onderzoek van 'Stay Tuned' waarin een werkalliantie monitor voor vaktherapeuten wordt ontwikkeld, wat de reikwijdte en potentie van dit onderzoek vergroot.

5. RESULTATEN

5.1 WAT ZIJN DE KENMERKEN VAN DE WERKALLIANTIE BIJ JONGEREN IN GEDWONGEN KADER?

5.1.1 JONGEREN IN GEDWONGEN KADER

De doelgroep ‘jongeren in gedwongen kader’ is erg veelzijdig en divers en binnen de doelgroep zijn grote verschillen tussen soorten van gedwongen kaders. Er zijn opmerkelijke verschillen in leeftijd, duidelijkheid in diagnose, Justitieel karakter, verstandelijke vermogens en de context waarbinnen de jongere behandeld wordt. Jongeren kunnen tussen hun 12^e en 23^e berecht worden volgens het jeugdstrafrecht of adolescentenstrafrecht (DJI, 2009). Er zit een groot verschil tussen een jongere van 12 en een jongere van 23 jaar, onder andere in persoonlijke omstandigheden en ontwikkelingsfase (Molen, 2010). Ook diagnostisch zijn er verschillen. Tot het 18^e levensjaar wordt er voorzichtig omgesprongen met het stellen van diagnoses. Behandelaren spreken van vermoedens. Dat brengt zowel voor de jongere als voor de therapeut een zekere onduidelijkheid met zich mee.

De Justitiële maatregel die is opgelegd kan zeer uiteenlopen bij jongeren in het gedwongen kader. Dat is niet alleen afhankelijk van het feit of er een delict is gepleegd. Zelfs als er een delict is gepleegd zijn er meerdere opties. De ene jongere is verplicht tot behandeling in een strafrechtelijk proces. De andere jongere heeft de keuze gehad: of de in gevangenis zonder inkomen, of een kliniek in waar men wordt behandeld, meer vrijheid heeft, sneller met verlof kan en recht heeft op een uitkering. Met andere woorden: men kan niet stoppen met de behandeling zonder dat men strafbaar is maar ze konden ook in een Penitentiare Inrichting (PI) geplaatst worden. Een jongere kan ook tegen zichzelf en tegen zijn omgeving in bescherming worden genomen door een gedwongen opname. Er hoeven dan geen strafbare feiten te zijn gepleegd. Tot slot kan er binnen dezelfde Justitiële maatregel sprake zijn van een behandeling met vaste einddatum of een behandeling die duurt zolang de rechter dat nodig acht (DJI, 2009).

De mate van cognitieve vermogens van de jongere kan een bepalende rol spelen bij de behandeling. Al decennia lang is er een opvallende groei op te merken binnen de doelgroep Sterk Gedragsgestoord en Licht Verstandelijk Gehandicapt (SGLVG) (Toonen, 2010). Deze indicatie wordt gegeven als er bij de cliënt sprake is van onbegrepen en risicovol gedrag dat wordt veroorzaakt door een licht verstandelijke handicap en/of psychiatrische problemen en/of gedragsproblemen (Van Staalduinen, 2011). Daarbij komt de problematiek tot uiting in alle facetten van het leven. Als oorzaak van de groei van deze doelgroep wordt voornamelijk gewezen op de steeds complexer wordende maatschappij die steeds hogere eisen stelt aan de eigen verantwoordelijkheid en zelfstandigheid waar cliënten niet aan kunnen voldoen (Toonen, 2010). De groei van deze doelgroep heeft een gespecialiseerd zorgaanbod tot gevolg. Het werken met deze doelgroep vergt een andere werkwijze daar de cognitieve vaardigheden van de cliënt en aanwezigheid van meerdere diagnoses zorgen voor een complexe problematiek (Molen, 2010). Dit wordt beaamd door deelnemende vaktherapeuten. Voor jongeren tot en met 18 jaar is er geen scheiding tussen licht verstandelijk beperkt en niet verstandelijk beperkt. Een kenmerk van deze jongere is het grote wantrouwen naar de hulpverlening door de vele problemen en lange geschiedenis binnen de zorg.

Waar ook rekening mee gehouden moet worden is dat jongeren in gedwongen kader in zeer verschillende instellingen behandeld kunnen worden. Vanaf 12 tot 20 jaar kun je terecht binnen het zogeheten JeugdzorgPlus of residentiële jeugdzorg (Mortel, 2011). Jongeren die veroordeeld zijn volgens het jeugd- of adolescentenstrafrecht voor ernstige delicten zijn vaak te vinden in een Justitiële Jeugdinstelling (JJI). Heeft de jongere een lichte verstandelijke beperking, dan komt hij in aanmerking om in één van de vier specialistische centra voor SGLVG cliënten opgenomen te worden mits hij 18 jaar is. Als hij jonger dan 18 jaar is verblijft hij nog binnen JeugdzorgPlus. Adolescenten tussen de 18 en 23 zijn ook terug te vinden in Forensisch Psychiatrische Centra (FPC) of op een Forensisch Psychiatrische Afdeling (FPA) binnen een GGZ instelling. Al deze verschillende settings hebben invloed op de behandeling, methodiek, benadering en de werkalliantie. Met al deze variabelen die

binnen de doelgroep spelen is het moeilijker om eenduidig van jongeren in gedwongen kader te spreken.

5.1.2 KENMERKEN VOLGENS LITERATUUR

Zoals in het begrippenkader beschreven wordt in dit onderzoek de term werkalliantie geduid als een tijdelijke samenwerking tussen therapeut en cliënt waarbij hun verhouding in dienst staat van de doelen die overeengekomen zijn (Menger, 2013). Horvath voegt daaraan toe dat de werkalliantie gebaseerd is op een positieve emotionele band (2001; aangehaald in Menger, 2013). De kwaliteit van de werkalliantie is een wisselwerking tussen drie kenmerken: gezamenlijke doelgerichtheid, gezamenlijke taakgerichtheid en een wederzijdse binding (Bordin, 1979, aangehaald in Menger, 2013). Gezamenlijke doelgerichtheid wordt door Menger uitgelegd als ‘een wederzijds bewustzijn van duidelijke en expliciete doelen’ (2013). Het bereiken van de gezamenlijk vastgestelde en voor beide van belang zijnde doelen staat in directe relatie met de kwaliteit van de werkalliantie.

Dat de werkalliantie bij de aanvang van de therapie als doel of voorwaarde op zich zou moeten worden gesteld, wordt door Menger betwist. De alliantie is pas goed te duiden als (een deel van) de doelen zijn behaald (Menger, 2013). Daaruit valt te herleiden dat er voor een succesvolle voorspelling metingen meerdere malen moet plaatsvinden en dat een meting aan het begin van de therapie weinig waarde heeft.

Volgens Menger (2013) dienen doelen positief geformuleerd te zijn en aan te sluiten bij de wensen van de cliënt en de therapeut. Daarbij zou men de onderhandelingen niet mogen schuwen daar die bijdragen aan de doelgerichtheid. Gezamenlijke taakgerichtheid is overeenstemming over manier waarop de doelen worden gerealiseerd. Met welke middelen en welke taken dat wordt gedaan. (Menger, 2013). Er moet ook sprake zijn van binding bij de cliënt: binding met het doelgerichte traject, betrokkenheid en het belang van slagen moet door de cliënt worden erkend. Hoe complexer en verder de doelen zijn of liggen, hoe sterker de binding kan worden (Menger, 2013).

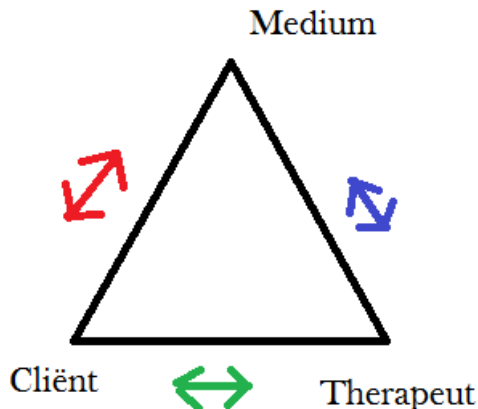
De bijdrage van de therapeut aan de relatie lijkt belangrijker te zijn dan de bijdrage van de cliënt als het gaat om het voorspellen van het behandelresultaat (Del Re, 2012). Vanuit de hulpverlener gezien neemt de binding toe als hij of zij zich oprecht inzet, zelfvertrouwen heeft ten aanzien van zijn competenties, empathie en betrokkenheid kan tonen en de mate waarin hij regelmatig en concreet feedback vraagt aan zijn cliënt over de werkalliantie (Menger, 2013). Vanuit de cliënt gezien neemt de binding met de gezamenlijke doelgerichtheid toe als er vertrouwen is in de competenties van de professional, geloof in de oprechte betrokkenheid van de professional, de cliënt informatie onthult en confrontaties verdraagt en er openlijk en concreet naar de mening van de cliënt over aspecten van de werkalliantie wordt gevraagd (Menger, 2013).

Ook binnen vaktherapie is er aandacht voor de werkalliantie met jongeren. De aandacht voor de werkalliantie in vaktherapie heeft een positieve uitwerking op de jongere, aldus Smeijsters (2012). De jongere voelt zich meer geaccepteerd en durft zich meer te laten horen en te experimenteren met nieuw gedrag (Smeijsters, 2012). In de werkalliantie moet vertrouwen aanwezig zijn om tot gedragsverandering te komen: de cliënt heeft vertrouwen nodig om tot probleeminzicht te komen (Halm, 2011). Veiligheid en vertrouwen maken samen met respect en een onvoorwaardelijk acceptatie 15% van de therapeutische relatie uit (Hafkenscheid, 2014). In de werkalliantie in het gedwongen kader is er niet vanzelfsprekend sprake van onvoorwaardelijke acceptatie gezien er rekening gehouden wordt met het delict gedrag (Menger, 2013).

De door Menger ontwikkelde monitor voor de reclassering bracht nog meer resultaten aan het licht. De kwaliteit van de werkalliantie wordt verhoogd als er sprake is van relationele rechtvaardigheid: cliënten die de relatie als rechtvaardig beschouwen aanvaardden eerder beslissingen van de professional, ook als ze het er niet mee eens zijn (Tyler & Huo, 2002; aangehaald in Menger, 2013). Daarnaast helpen doel- en taakgerichtheid de werkalliantie kwalitatief te verbeteren, evenals heldere communicatie over de voorwaarden en de kaders.

5.1.3 KENMERKEN WERKALLIANTIE VOLGENS VAKTHERAPEUTEN

De werkalliantie is volgens vaktherapeuten een voorwaarde voor therapie: zonder een overeenkomstig vertrouwen en veiligheid tussen therapeut en cliënt kan er niet aan doelen worden gewerkt. Zelfs als de interesse in het medium niet aanwezig is, kan de vaktherapeut met de cliënt aan doelen werken in het contact. Een veel genoemd kenmerk voor de werkalliantie binnen vaktherapie is dat er sprake is van een medium. Als de cliënt in beweging komt in het medium, kan de vaktherapeut zijn kwaliteiten als professional inzetten om een alliantie te vormen met de cliënt. Regelmatig wordt hierbij de medium driehoek (zie figuur 1) aangehaald.



FIGUUR 1: MEDIUM DRIEHOEK

Een voorwaarde voor een werkalliantie is contact. Zonder contact kan er niets worden uitgewisseld en kan er geen band ontstaan. Een werkalliantie in vaktherapie kan naast het directe contact tussen de therapeut en cliënt, ook tot stand komen via het medium. Dit biedt meer mogelijkheden voor de therapeut om aansluiting te vinden bij de cliënt. Actief zijn in of met het medium is volgens vaktherapeuten niet alleen een voorwaarde voor het kunnen behandelen van de cliënt, maar helpt ook om de samenwerking tussen de cliënt en de vaktherapeut te verbeteren. Maar als er geen werkalliantie is, dan is er ook geen motivatie om te werken, ook als er veel affiniteit is met het medium. De therapeut maakt onmiskenbaar onderdeel uit van de therapie.

VERTROUWEN

Alle therapeuten zeggen dat er spraken moet zijn van vertrouwen in de relatie. Bijvoorbeeld vertrouwen in het feit dat gedeelde informatie niet misbruikt wordt. Maar ook vertrouwen binnen de sessie: de cliënt mag zichzelf zijn en er is vrijheid om te handelen en mee te doen. Er wordt daar geen misbruik van gemaakt. Vooral voor de doelgroep SGLVG is vertrouwen van groot belang. Door hechtingsproblemen in de vroege jeugd hebben zij in de beginnende volwassenheid moeite met het opbouwen van een vertrouwensband (Molen, 2010). Een ander kenmerk van de werkalliantie in vaktherapie is de gelijkwaardige afstemming. Vaktherapeuten plaatsen zich zelden boven de cliënt en nemen vaak een ondersteunende houding aan. De meeste beslissingen worden samen genomen. Zo worden de doelen veelal in samenspraak opgesteld en hebben cliënten vaak inzicht in de rapportages. In de werkalliantie is er niet vanzelfsprekend sprake van absolute eerlijkheid. De therapeut zegt niet alles expliciet en corrigeert de cliënt niet openlijk als deze niet alles verteld. Zowel de therapeut als de cliënt vertellen niet altijd de waarheid. De therapeut heeft een eigen agenda. Hij kan daar overtoert mee omgaan, al naar gelang de mogelijkheden van de cliënt en de aard van de interventie. Overtoert betekent dat de therapeut alle intenties van de werkvormen en interventies toelicht. Covert betekent dat hij deze verhuuld. De cliënt zal niet alles vertellen en dat hoeft ook niet. In zijn systeem binnen de kliniek of instelling zijn ook andere hulpverleners of vertrouwenspersonen aanwezig om zaken mee te delen. De eerlijkheid zit vaak wel in het uitspreken van doelen en verwachtingen. Eén van de redenen hiervoor kan het overbruggen van het diep gewortelde wantrouwen wat jongeren hebben in de

hulpverlening zijn. Wel is de vaktherapeut oprecht in wat hij doet en zegt. Hij paait de cliënt niet door te liegen over zijn voorkeuren.

WEDERKERIGHEID

Wederkerigheid neemt een bijzondere plaats in binnen de werkalliantie. Het is een zeer gewenste eigenschap binnen relaties maar patiënten en cliënten zijn hier vaak óf niet toe in staat óf niet in geïnteresseerd. De werkalliantie verbetert enorm als er sprake is van wederkerigheid maar de therapeut kan de aanwezigheid ervan niet verwachten. Jongeren in gedwongen kader hebben nu eenmaal vaak een gebrek aan wederkerigheid in de relaties die zij aangaan (Mortel, 2011).

In een goede werkalliantie wordt er ook naar elkaar geluisterd. Niet alleen de cliënt maar ook de vaktherapeut weet dat als hij iets zegt, de ander luistert. De werkalliantie met jongeren in gedwongen kader kenmerkt zich door de regelmatig aanwezige weerstand tot behandeling. Er is vaak sprake van een gedwongen opname en dus een gedwongen therapie. Het komt nauwelijks voor dat de jongere zelf voor de therapie kiest. Die weerstand uit zich in een wantrouwende houding, het niet kwetsbaar opstellen, zichzelf niet laten kennen of het weigeren mee te doen aan een activiteit in het algemeen. De therapeut heeft dan ook veel tijd nodig om het contact af te stemmen op de cliënt: hoe dicht kan hij komen en wat kan ik wel of niet zeggen? De therapeut neemt een rol aan in de onder positie ten opzichte van de cliënt.

Positief contact met de cliënt vindt niet altijd meteen bij de eerste ontmoeting plaats. De therapeut toont inzet om steeds opnieuw te proberen een ingang bij de jongere te vinden. In de werkalliantie wordt de therapeut ook wel eens op het verkeerde been gezet. Het kan met de jongere in therapie en in de relatie heel goed gaan, maar in het eigen systeem komt men snel in de problemen. Andersom komt het ook voor dat er in de therapie geen enkele sprake lijkt te zijn van samenwerking met de cliënt of inzicht bij de cliënt, maar buiten de therapie gaat het met de cliënt bijzonder goed met de behandeling. Een ander kenmerk van de werkalliantie in vaktherapie is dat er weinig *no-show* is: de therapietrouwheid onder cliënten is groot en biedt de mogelijkheid aan de therapeut en de cliënt om tijd te investeren in de werkalliantie. De hoge opkomst kan ook als bewijs worden gezien dat er sprake is van een goede werkalliantie: zowel als het gaat om afspraken als de emotionele band.

Als jongeren meteen heel open en eerlijk zijn, verbetert de werkrelatie op termijn vaak niet. Als jongeren steeds eerlijker worden en het vertrouwen tussen therapeut en cliënt groeit, dan wordt de werkalliantie uiteindelijk sterker. De cliënt laat persoonlijke dingen zien en gaat er over vertellen. Ook komt het voor dat de therapeut in de maling genomen wordt. De cliënt vertelt wat de therapeut wil horen wil om een voordeel te behalen.

5.1.4 VERSCHIL TUSSEN KENMERKEN VAN DE WERKALLIANTIE MET VOLWASSENEN

Een belangrijk verschil tussen een werkalliantie met volwassenen en die met jongeren is dat de werkalliantie met jongeren als meer oprecht en puur wordt ervaren door de vaktherapeuten. De therapeuten hebben ook het idee dat de therapie voor jongeren meer betekenisvol is, ondanks de vaak langere therapieduur bij volwassenen. Jongeren staan over het algemeen meer open voor contact. Ze zijn nieuwsgieriger en worden sneller geprikkeld door nieuwe informatie. Ook kunnen jongeren zich vaak beter helemaal overgeven aan iets wat ze leuk vinden. Ten opzichte van volwassenen hebben jongeren wat minder geduld. Als jongeren zich vervelen leidt het vaak tot tegenwerkend gedrag. Vooral in groepstherapie lijken de jongeren elkaar aan te steken. De vaktherapeut dient op gezette tijden nieuwe elementen in de therapie te brengen om het voor de jongeren interessant te houden. Ze hebben over het algemeen minder therapie-uren achter de rug dan volwassenen in gedwongen kader en spreken minder de 'taal van de behandelaar'. Het verschil tussen jongeren en volwassenen als puur leeftijdsverschil wordt als kleiner ervaren dan het verschil in IQ en persoonlijke ontwikkeling. Het werken met jongeren kost over het algemeen meer energie dan het werken met volwassenen. In de relatie met jongeren wordt over het algemeen in het begin meer geïnvesteerd.

5.1.5 SAMENVATTING DEELVRAAG 1

De doelgroep jongeren in gedwongen kader is heel divers. Er zitten grote verschillen in leeftijd, het wel of niet aanwezig zijn van een diagnose, het justitiële kader, de verstandelijke vermogens van de cliënt en de context ofwel instelling waar de jongeren wordt behandeld. Al deze verschillende factoren maken het moeilijker eenduidige conclusies te trekken. Een in het oog springende ontwikkeling is de toename van de doelgroep Sterk Gedragsgestoord en Licht Verstandelijk Gehandicapt (SGLVG) (Toonen, 2010) waar de afgelopen jaren specifieke instellingen en methodieken voor zijn ontwikkeld. De werkalliantie is een tijdelijke samenwerking gebaseerd op een positieve emotionele band tussen therapeut en cliënt, waarbij hun verhouding in dienst staat van de doelen die overeengekomen zijn (Menger, 2013). De kwaliteit van de werkalliantie is een wisselwerking tussen drie kenmerken: gezamenlijke doelgerichtheid, gezamenlijke taakgerichtheid en een wederzijdse binding (Bordin, 1979, aangehaald in Menger, 2013). Binnen de werkalliantie is sprake van positief geformuleerde en in samenspraak opgestelde doelen die aansluiten bij de wensen van de cliënt (Menger, 2013). Hoe complexer de doelen zijn en hoe verder weg ze liggen, hoe groter de potentiële waarde van de werkalliantie (Menger, 2013). De bijdrage van de therapeut aan de relatie lijkt belangrijker te zijn dan de bijdrage van de cliënt als het gaat om het voorspellen van het behandelresultaat (Del Re, 2012). De cliënt heeft vertrouwen nodig om tot probleeminzicht en te komen (Halm, 2011). Relationele rechtvaardigheid, doel- en taakgerichtheid en heldere communicatie over de voorwaarden en kaders verbeteren de kwaliteit van de werkalliantie (Menger, 2013).

De werkalliantie is een voorwaarde voor therapie. De werkalliantie binnen vaktherapie kenmerkt zich door de aanwezigheid van het medium. Het is een extra dimensie in het contact. De mediumdriehoek speelt een actieve rol in het aangaan van een werkalliantie in het medium. De werkalliantie in vaktherapie kenmerkt zich door vertrouwen, gelijkwaardige afstemming, overeenstemming in doelen en overeenstemming in activiteiten in het medium. De vaktherapeut is overt of covert in de communicatie over alle inhoudelijke aspecten van de therapie, afhankelijke van de draagkracht van de cliënt en de noodzaak ten opzichte van het behandelresultaat.

In de werkalliantie met jongeren in gedwongen kader komt een gebrek aan wederkerigheid relatief vaak voor door de invaliderende gevolgen van de problematiek van de jongeren.

De hoge mate van therapietrouwheid die vaktherapeuten ervaren is volgens hen deels het gevolg van een goede werkalliantie en deels het plezier wat de jongeren aan het medium beleeft.

De werkalliantie met jongeren wordt door vaktherapeuten meer als puur en betekenisvoller ervaren ten opzichte van de werkalliantie met volwassenen. Er wordt door vaktherapeuten meer gekeken naar het IQ en de persoonlijke ontwikkelingsfase dan naar het leeftijdsverschil.

5.2 WELKE KENMERKEN HEBBEN VAKTHERAPEUTEN EN CLIËNTEN IN DE WERKALLIANTIE?

5.2.1 PROFESSIONALITEIT

De professionaliteit van de vaktherapeut speelt een grote rol in de behandeling. Methodieken kunnen pas ingezet worden en effectief blijken in de handen van een professional (Menger, 2013). De professional onderzoekt zijn eigen vooronderstellingen, aarzelingen, valkuilen en blinde vlekken (Menger, 2013). De professional werkt vanuit zijn ervaringskennis. Die ervaringskennis wordt ook wel omschreven als intuïtie. Vaktherapeuten hebben het vooral over intuïtie als het gaat om de timing van interventies en het aanvoelen van en afstemmen op de cliënt. Intuïtie is het razendsnel kunnen reageren op basispatronen en menselijke reacties (Menger, 2013). Het is verinnerlijkte kennis die is opgedaan door ervaring en systematische reflectie daarop: het is latente kennis, ook wel *tacit knowledge* genoemd (Schön, 1983; aangehaald in Menger, 2013). Vaktherapeuten schrijven een groot deel van hun professionele kennis toe aan hun intuïtie. Naast de rijkelijk aanwezige intuïtie is de

vaktherapeut ook een expert in het bedenken van creatieve oplossingen en mogelijkheden om de cliënt het beste uit zichzelf te laten halen.

OPLEIDING

De vaktherapeut heeft bepaalde specifieke eigenschappen die de werkaliantie bevorderen. Tijdens de opleiding zijn die eigenschappen ontwikkeld, alsmede andere kwaliteiten aangeleerd. Vervolgens is er door de werkervaring van de therapeut nog meer latente kennis aan toegevoegd.

De persoonlijkheidskenmerken en professionele kenmerken zijn in een opleidingstraject verdiept: voor veel therapeuten een noodzakelijk stap in het leerproces van de therapeut. Naar verloop van tijd herken je situaties onbewust. Een vraag die een vaktherapeut hardop stelde was of de werkaliantie tussen cliënten en vaktherapeuten zo succesvol is omdat het medium die mogelijkheid biedt of omdat zij zo zijn opgeleid? Alle therapeuten zijn zich in meer of minder mate bewust van hun professionele eigenschappen en hun persoonlijke voorkeur. De vaktherapeut is zich bewust van mogelijke tegenoverdracht en heeft binnen de instelling de verplichting tot intervisie. Ze weten te benoemen in welke situaties of bij welke cliënten er bij hen sprake is van tegenoverdracht en gaan hier over het algemeen zeer professioneel mee om. Sommige therapeuten geven aan dat er voldoende veiligheid is binnen het team of de instelling om aan dat aan te geven. De vaktherapeut doet er goed aan zich binnen afzienbare tijd te realiseren of een goede werkaliantie met de cliënt haalbaar is. Daar kunnen zowel persoonlijke als professionele redenen aan ten grondslag liggen.

Therapeuten vragen zich af op het moment dat de werkaliantie uitblijft en/of iemand niet in beweging komt in het medium, of het voor de therapeut haalbaar of zinvol is om door te gaan. Is het effectiever als een collega met deze cliënt gaat werken? Een enkeling benoemt dat de noodzakelijkheid van therapie voor de cliënt ook een afweging is. In een breed team aan vaktherapeuten wordt gebruik gemaakt van elkaars sterke punten, ook als het gaat om het vormen van een werkaliantie. Als de klik tussen cliënt en therapeut lang uitblijft kan er dan worden doorverwezen naar een collega therapeut. Vaker wordt er doorverwezen als de cliënt weinig affiniteit met het medium blijkt te hebben. In de behandeling van jongeren in gedwongen kader zal het resultaat soms uitblijven. De therapeut zal in dat geval, ondanks zijn soms zijn hoge inzet en harde werken, moeten accepteren dat niet alle verwachtingen uitkomen. Het rekening houden met het niet uitkomen van verwachtingen voorkomt afwijzing van de cliënt en cynisme van de therapeut jegens de behandeling (Menger, 2013).

5.2.2 THERAPEUTKENMERKEN

De werking van de werkaliantie wordt door Hermanns en Menger (2009; aangehaald in Yperen, 2010) vertaald naar een breder kader: dat van de kenmerken van de hulverlener. Zij noemen ten eerste het vermogen om consistente verklaringen te bieden voor iemands problemen en hiermee samenhangend een behandeling te bieden. Ten tweede noemt men het geloof en de verwachting van de therapeut dat zijn behandelingsstrategie zal werken en zijn vermogen deze verwachting over te dragen op de cliënt, oftewel de relatie-component verbinden met motivatie van de cliënt. Ten derde is er de mate waarin de therapeut in staat is allianties aan te gaan met verschillende soorten mensen, ofwel zijn persoonlijke eigenschappen.

Wampold (1997, aangehaald in Menger, 2013) zegt dat de effectiviteit van de behandeling samenhangt met de mate waarin de professional zelf achter zijn werkwijze staat, verwacht dat deze behandeling bij de persoon zal aanslaan, deze verwachting kan overdragen op de cliënt, geloof kan aanwakkeren bij de cliënt en in staat is om goed contact te maken.

Horvath (2011; aangehaald in Menger, 2013) schrijft de volgende kenmerken toe aan de therapeut: openheid over beide verwachtingen, verhelderen van de context van de begeleiding en de rol van de professional, doelen stellen en taken afspreken in interactie met de cliënten (responsieve professional) en niet defensief reageren op verzetsacties. Andere kenmerken die de therapeut worden toegedicht zijn flexibel, eerlijk, ervaren, respectvol, betrouwbaar, zeker, geïnteresseerd, alert, vriendelijk warm en open (Ackerman en Hilsenroth, 2003; aangehaald in Yperen, 2010).

Smeijsters (2012) noemt waardering uitspreken, veiligheid bieden en de cliënt op het gemak stellen als kenmerken van de attitude van de therapeut. Hafkenscheid beschrijft het als de vaardigheid en

bereidheid van de therapeut zijn gedrag flexibel af te stellen op de individuele patiëntkenmerken (2014). Daarbij zijn de hechtingsstijl en het weerstandsniveau en de ambivalenties ten aanzien van gedragsverandering als opvallend te noemen (Nocross & Wampold, 2011; aangehaald in Hafkenscheid, 2014).

ATTITUDE

De therapeutische attitude die wordt ingezet door die diverse vaktherapeuten komt grotendeels overeen met die in de literatuur. Het belangrijkste gegeven is het centraal zetten van de cliënt, zowel expliciet met het stellen van vragen, als impliciet met observaties en gekozen werkvormen. Er zijn verschillende overeenkomstige categorieën te maken binnen gegevens van de vaktherapeuten over de therapeutische attitude. De eerste categorie is 'zeggen wat je doet en doen wat je zegt'. De therapeut is oprecht en duidelijk naar de cliënt toe. Hij houdt zich aan de gemaakte afspraken en is daarin een voorbeeld voor de cliënt. De therapeut is eerlijk in wat hij doet en meent wat hij zegt. De therapeut geeft vertrouwen aan de cliënt. Als de cliënt aan de therapeut informatie vraagt die niet door de therapeut zou mogen worden verstrekt, dan verwijst de therapeut de cliënt door naar diegene die dat wel mag. Dit kan wel negatieve gevolgen hebben voor de werkaliantie. Een goede afstemming binnen het behandelteam draagt ook bij aan de werkaliantie tussen de vaktherapeut en de cliënt.

Als het gaat om doelgroepen die moeite hebben met inzicht in processen rondom de interactie, betekent dat ook dat er geen ruimte is voor dubbele boodschappen: spreken van een teleurstelling terwijl er een lach op je gezicht staat scheidt verwarring en onbegrip. Het contact moet in het hier & nu plaats vinden. De therapeut neemt de ruimte om zijn gedachte uit te spreken en is transparant naar de cliënt toe. Straal uit wat je zegt en denk niet te lang na: dat wekt wantrouwen in de hand. Eén therapeut kwam met de tip om nooit te schrijven tijdens een gesprek met de cliënt. Cliënten hebben vaak al veel hulpverleners versleten die veel schreven en in zijn beleving niet echt naar de cliënt luisterden. *What you see is what you get*: de therapeut laat het contact echt zijn en durft kwetsbaarheid te tonen. De therapeut probeert de achterdocht te overstemmen door niet te oordelen en weinig zijn mening of normering te geven.

De tweede categorie heeft te maken met gelijkwaardigheid. Er is veelvuldig sprake van een vorm van gelijkwaardige afstemming. De ene therapeut heeft het over directief zijn vanuit gelijkwaardigheid. De andere therapeut over ondersteuning in de gelijkwaardigheid vanuit een supportief oogpunt. Maar gelijkwaardigheid is ook laten zien dat je als therapeut ook een mens bent (T5&6) met alle onvolkomenheden die daar bij horen. De therapeut heeft ook wel eens hoofdpijn of ervaart stress of tegenwerking vanuit de organisatie. Het is evident als er contact is in het hier & nu om dit soort zaken uit te spreken. Het laat de menselijke kanten zien en het geeft het signaal af aan de cliënt dat die dat ook mag zeggen. Gelijkwaardigheid komt terug in de afspraken en beslissingen die gedurende de therapie gemaakt worden. De therapeut betreft de cliënt daarin en geeft hem de mogelijkheid zelf keuzes te maken. Soms worden beslissingen door de therapeut genomen maar doet hij het lijken alsof het een gezamenlijk besluit was, bijvoorbeeld door veel in de 'wij' vorm te spreken. Zo wordt ook de alliantie versterkt. Door gelijkwaardigheid in de relatie te brengen, wordt de cliënt ook als expert erkend expert van zijn leven. Gelijkwaardigheid komt ook terug in het taalgebruik van de therapeut. Deze gebruikt de woorden van de cliënt om de verbinding te versterken, de cliënt meer vertrouwd te laten raken met de therapeut en te zorgen dat de cliënt snapt wat de therapeut bedoeld. Behandeltaal wordt zoveel mogelijk naar de eigen taal van de cliënt vertaald.

De derde categorie is die van de motivatie. De therapeut doet alles om de cliënt enthousiast te krijgen voor het medium. De cliënt wordt positief benaderd en de gezonde kenmerken worden benadrukt om het zelfvertrouwen te vergroten. Om de cliënt te kunnen motiveren zal de therapeut zich moeten inleven in de cliënt en diens beperkingen kunnen begrijpen. Enthousiasme en gedrevenheid zijn eigenschappen die de cliënt kunnen verleiden tot weken in het medium te willen werken. Een ander kenmerk van de attitude is afgeleid van het Sociaal Competentie Model. Positieve feedback terug geven en vervolgens benoemen wat er beter kan. Zo kan men kijken welk effect dat heeft op de jongere.

In hoeverre de vaktherapeutische attitude directief is, hangt af van de specifieke kenmerken van de cliënt en diens probleemgebied. Binnen de doelgroep SGLVG wordt veelal gesproken van een directe, duidelijke en voorspelbare houding. In andere doelgroepen is er weer behoefte aan meer structurerende en defectievere aanpak.

BUITEN DE THERAPIE

De vaktherapeut kan ook buiten zijn therapie de werkalliantie versterken. Hij kan de cliënt komen opzoeken op de afdeling als die jarig is, in de isoleer zit of tussen twee behandelingen in zit. Dit zijn normale menselijke handelingen maar worden door cliënten in gedwongen kader als bijzondere handelingen gezien en daardoor de werkalliantie versterken. De meeste therapeuten ervaren een zekere onpartijdigheid binnen de instelling als het gaat om de bepaling van vrijheid beperkende maatregelen. Hij oefent geen directe invloed uit op uithuisplaatsing, verloven of vrijheden. Hij wil alleen dat de cliënt er beter van wordt. Dit houdt niet in dat de vaktherapeut collega's van het multidisciplinair team bewust afvalt.

THERAPEUT ALS EXPERT

Twee kenmerken die een rol kunnen spelen in werkalliantie als het gaat om de acceptatie van de therapeut als expert bij de cliënt, zijn het geslacht en de leeftijd van de therapeut. Dit heet statusdiffusie en treedt op als er, vaak ten onrechte, bevorderlijke of negatieve status eigenschappen aan mensen worden toe bedeed vanwege kenmerken die niets met hun taak te maken hebben (Haas, 2012). Zo kan een stagiaire niet serieus genomen worden vanwege zijn jonge leeftijd. Of kan een therapeut overwicht hebben omdat hij een man is. Aan de andere kant kan de leeftijd van de stagiaire ook een voordeel zijn daar zij meer overeenkomsten hebben met de belevingswereld van de jongere. De vaktherapeut is ook flexibel binnen de therapie door van plannen af te kunnen stappen als deze niet bij de cliënt aansluiten en door te zoeken naar het stukje talent in de cliënt. Het meebewegen met de cliënt in afspraken en regels is één van de redenen dat de vaktherapeuten zeer weinig incidenten ervaren ten op zichten van de andere afdelingen binnen hun instelling.

Kenmerken die door vaktherapeuten verder het meest worden genoemd als bevorderlijk voor de werkalliantie zijn geduld, creativiteit, improvisatie vermogen, goed kunnen luisteren, afstemmen op de cliënt, snel kunnen schakelen tussen het vooropgestelde plan en wat er in de sessie gebeurt.

De vaktherapeut heeft tijd en geduld nodig om de weerstand van de cliënt te laten verdwijnen.

De vaktherapeut is constant bezig met het afstemmen op de cliënt om zo in het hier & nu aansluiting te blijven houden. In principe kan de cliënt met alle onderwerpen bij de therapeut terecht.

5.2.3 CLIENTKENMERKEN – PROBLEMATIEK

Een werkalliantie aangaan met jongeren is niet altijd eenvoudig. Allereerst speelt de ontwikkelingsleeftijd een rol. Ontwikkelingsfactoren, zoals de cognitieve en psychosociale rijpheid van jongeren om een relatie te vormen, hebben invloed op mogelijkheden van de cliënt om een werkalliantie te vormen (Yperen, 2010). Daarnaast hebben jongeren in gedwongen kader vaak een gebrek aan wederkerigheid in de relaties die zij aangaan (Mortel, 2011). Zij kunnen zich moeilijk in andere verplaatsen en tonen weinig empathie. Vaktherapeuten zien wederkerigheid ook niet als voorwaarde voor een werkalliantie.

Alle cliëntenkenmerken die een nadelig effect hebben op de werkalliantie zijn volgens vaktherapeuten nauw verweven met de invaliderende gevolgen van de stoornis van de cliënt. Het zijn kenmerken die in verband kunnen worden gebracht met het probleemgedrag en dus de noodzaak tot therapie tot gevolg hebben. Deze correlatie zorgt ervoor dat de vaktherapeut meer moet uitgaan van zijn kwaliteiten om de werkalliantie te bewerkstelligen dan van de vaardigheden van de cliënt. De cliënt is immers in veel opzichten beperkt. Een door vaktherapeuten genoemde bepalende factor bij vooral SGLVG jongeren, is de hechtingsproblematiek. Deze uit zich in de adolescentie in een hardnekkig wantrouwen naar mensen in de omgeving (Molen, 2010). De hechtingsstijl van de cliënt heeft invloed op de totstandkoming van een werkalliantie (Del Re, 2012). De vaktherapeuten noemen ook een verschil in het werken met externaliserende jongeren en internaliserende jongeren. Externaliserende

jongeren komen relatief sneller tot beweging in het medium en laten dus sneller zichzelf zien. Bij internaliserende jongeren duurt het langer voordat ze in beweging komen. Maar als ze in beweging komen, kom je ook snel tot de kern, in tegenstelling tot de jongere met voornamelijk externaliserende gedragingen. Er zit volgens vaktherapeuten niet veel verschil in de totale duur van de therapie van beide soorten gedragingen. Karver (2003; aangehaald in Yperen, 2010) noemt wel dat de werkalliantie met jongeren met externaliserende problematiek vaak een betrouwbaardere voorspeller van de behandelresultaten is dan bij internaliserende problematiek.

POSITIEVE ERVARING

Vaktherapeuten noemen het feit dat er bij de cliënt de mogelijkheid om bewust een positieve ervaring op te kunnen doen aanwezig dient te zijn. De veelbesproken succeservaring moet kunnen landen bij de cliënt. Is de cliënt daar structureel ongevoelig voor, dan wordt het moeilijker de werkalliantie en de behandeling binnen vaktherapie succesvol te beëindigen. Voorbeelden die werden gegeven zijn cliënten met een hevige psychose of zware depressie. Daarnaast zou het bevorderlijk zijn als de cliënten tot enige vorm van reflectie op, of inzicht in de actie (het gedrag) zouden kunnen komen. Dat komt het behandeldoel en de werkalliantie ten goede, helemaal als er ook de wens is om te veranderen. De mate waarin is afhankelijk van de leeftijd en de stoornis. Een cliënt met een meer dan ernstige verstandelijke beperking of iemand met een heftige psychose kan dat niet.

Over de noodzaak van de cliënt om vaardigheden in het medium te hebben, bestaan verschillende opvattingen. Enerzijds komt de cliënt sneller aan het werk in het medium als er sprake is van enige voorkennis of ervaring aan de kant van de cliënt. Anderzijds kan het vertrouwen in de werkalliantie juist groeien als de cliënt iets heeft geleerd wat hij eerder niet kon. Enthousiasme in het medium is daarom belangrijk: ook al wil de cliënt alleen jou een plezier doen, zolang de cliënt in beweging is in het medium levert dat materiaal op voor de vaktherapeut om zijn werk te kunnen doen. Als de cliënt wensen heeft om in het medium aan de slag te gaan is dat zeer bevorderlijk voor de werkalliantie. Een enkele therapeut geeft dat zelfs als voorwaarde. Cliënten hebben vaak wantrouwen en dus weerstand tot therapie.

Cliënt kenmerken die de werkalliantie bevorderen zijn vertrouwen in de therapeut en therapietrouwheid. Vaktherapeuten vinden dat de therapietrouwheid bij jongeren in gedwongen kader redelijk hoog is. Als cliënten gemotiveerd zijn om aan zichzelf te werken dan is dat een enorm voordeel. Over het algemeen zijn de vaktherapeuten van mening dat cliënten nu eenmaal vaak kenmerken hebben die het vormen van een werkalliantie enigszins moeilijk maken. Het is daarom aan de therapeut rekening te houden met het vermogen en het onvermogen van cliënt en daar zijn verwachtingen op aan te passen. Dat betekent dat je bij cliënten met autisme rekening houdt met beperkingen in het maken van contact, bij hechtingsproblematiek ook (lijfelijk) afstand kunt houden en bij borderline affectief neutraal blijft. Teleurstelling over de verwachtingen bij de therapeut in het niet uitkomen van de patiënt kunnen leiden tot afwijzing en cynisme naar de cliënt toe (Menger, 2013).

5.2.4 MENSBEELD

Tot slot is er voor het werken in een forensische setting een overeenkomend mensbeeld aanwezig. Om te geloven in je eigen werk, zal je op één of andere manier moeten open staan voor het feit dat mensen een tweede kans verdienen. Ook positief tegen het leven aankijken heeft binnen het gedwongen kader een goede uitwerking. En het is nooit te laat om te veranderen. Verder kwam in de interviews terug dat de therapeut naast een professional ook een mens is, net als de cliënt. En dat moet hij ook uitstralen. Als therapeut helpt het als je het een uitdaging vindt om met delinquenten te werken en respect hebt voor de manier waarop zij terug willen keren in de samenleving.

5.2.5 SAMENVATTING DEELVRAAG 2

Methodieken kunnen pas ingezet worden en effectief blijken in de handen van een professional (Menger, 2013). Zij zijn van groot belang in de behandeling. De professional onderzoekt zijn eigen

vooronderstellingen, aarzelingen, valkuilen en blinde vlekken (Menger, 2013). Door jaren van werkervaring, ontwikkelen vaktherapeuten intuïtie voor het plegen van interventies. Intuïtie is eigenlijk het razendsnel kunnen reageren op basispatronen en menselijke reacties (Menger, 2013). Intuïtie is verinnerlijkte kennis die is opgedaan door ervaring en de systematische reflectie daarop, ook wel *tacit knowledge* genoemd Schön, 1983; aangehaald in Menger, 2013).

De vaktherapeut is zich bewust van tegenoverdracht in de werkalliantie met de cliënt. Het deelnemen aan intervisie bijeenkomsten en de mogelijkheid om cliënten over te dragen aan collega therapeuten helpen de vaktherapeut om zijn professionaliteit te bewaren. In de behandeling van jongeren in gedwongen kader zal het resultaat soms uitblijven. Het rekening houden met het niet uitkomen van verwachtingen voorkomt afwijzing van de cliënt en cynisme van de therapeut jegens de behandeling (Menger, 2013).

Menger (2013) vertaalde de werkalliantie naar de kenmerken van de hulpverlener. Zij noemde het vermogen om de problematiek te verklaren en daaruit volgend een behandeling aan te bieden, het geloof van de therapeut in de werking van die behandeling en zijn vermogen deze verwachting over te dragen aan de cliënt. Ook mate waarop de therapeut in staat is allianties aan te gaan met verschillende cliënten is een kenmerk van de professional in het licht van de werkalliantie.

Horvath (2011; aangehaald in Menger, 2013) schrijft de volgende kenmerken toe aan de therapeut: openheid over beide verwachtingen, verhelderen van de context van de begeleiding en de rol van de professional, doelen stellen en taken afspreken in interactie met de cliënten (responsieve professional) en niet defensief reageren op verzetsacties. Andere kenmerken die aan een therapeut worden toegeschreven zijn flexibel, eerlijk, ervaren, respectvol, betrouwbaar, zeker, geïnteresseerd, alert, vriendelijk warm en open (Ackerman en Hilsenroth, 2003 aangehaald in Yperen, 2010).

Smeijsters (2012) noemt waardering uitspreken, veiligheid bieden en de cliënt op het gemak stellen als kenmerken van de attitude van de therapeut. Hafkenscheid beschrijft het als de vaardigheid en bereidheid van de therapeut zich zijn gedrag flexibel af te stellen op de individuele patiëntkenmerken (2014). Daarbij zijn de hechtingsstijl, het weerstandsniveau en de ambivalenties ten aanzien van gedragsverandering als opvallend te noemen (Nocross & Wampold, 2011; aangehaald in Hafkenscheid, 2014). De therapeutische attitude die wordt ingezet door de diverse vaktherapeuten komt grotendeels overeen met die in de literatuur. Het belangrijkste gegeven is het centraal zetten van de cliënt, zowel expliciet met het stellen van vragen, als impliciet met observaties en gekozen werkvormen. Er zijn drie categorieën in de gegevens van de vaktherapeuten te noemen 'doen wat je zegt, en zeggen wat je doet', gelijkwaardigheid en motivatie.

De attitude van de therapeut kan directief zijn maar is vaker steunend en supportief.

Kenmerken die door vaktherapeuten verder het meest worden genoemd als bevorderlijk voor de werkalliantie zijn geduld, creativiteit, improvisatievermogen, goed kunnen luisteren, afstemmen op de cliënt, snel kunnen schakelen tussen het vooropgestelde plan en wat er in de sessie gebeurt.

Ontwikkelingsfactoren die betrokken zijn bij relatievorming hebben invloed op mogelijkheden van de cliënt om een werkalliantie te vormen (Yperen, 2010). Jongeren in gedwongen kader hebben vaak een gebrek aan wederkerigheid in de relaties die zij aangaan (Mortel, 2011). Vaktherapeuten zien wederkerigheid ook niet als voorwaarde voor een werkalliantie. Andere cliëntkenmerken die een nadelig effect hebben op de werkalliantie zitten volgens vaktherapeuten verweven in de problematiek van de cliënt. De werkalliantie met jongeren met een externaliserende problematiek zijn vaak een betrouwbaardere voorspeller van het behandelresultaat dan de werkalliantie bij jongeren met een internaliserende problematiek (Karver, 2003; aangehaald in Yperen, 2010).

De cliënt moet volgens vaktherapeuten over de mogelijkheid beschikken een positieve ervaring op te kunnen doen. Cliënten hoeven geen vaardigheden in het medium te hebben bij aanvang van de therapie. Motivatie is een enorm voordeel voor de werkalliantie, evenals therapietrouwheid. Door de invaliderende gevolgen van de problematiek van de cliënt is het aan de therapeut om rekening te houden met het vermogen en het onvermogen van cliënt en daar zijn verwachtingen op aan te

passen. Teleurstelling bij de therapeut over het niet uitkomen van verwachtingen die hij heeft over patiënt kunnen leiden tot afwijzing en cynisme naar de cliënt toe (Menger, 2013).

5.3 OP WELKE WIJZE ZETTEN VAKTHERAPEUTEN DE WERKALLIANTIE IN BIJ JONGEREN?

5.3.1 MOTIVATIE

Zoals gezegd is een gebrek aan motivatie voor een behandeling kenmerkend voor jongeren in gedwongen kader. De vaktherapeut zal moeten werken om het vooringenomen beeld wat de jongere heeft omtrent therapie, namelijk praten over problemen, naar de achtergrond te duwen en het medium te presenteren als een manier om nieuwe dingen te leren (Smeijsters, 2012). Van invloed op de mate van motivatie is de grootte van het gevoel van eigenwaarde van de patiënt en de aanwezigheid van empathie in de relatie tussen de patiënt en de therapeut (Overes, 2014). Heemskerk (2011) zegt dat de aanwezigheid van empathie in de relatie tussen begeleider en cliënt een belangrijke stimulerende factor in het veranderingsproces is. Hafkenscheid (2014) refereert aan Frank & Frank die het hebben over het overwinnen van de demoralisering bij de cliënt. De hoop van de cliënt wordt gemobiliseerd of hersteld en de cliënt krijgt vertrouwen in het eigen kunnen.

De vaktherapeut heeft tot doel de cliënt in beweging te laten komen om hem zodoende te kunnen behandelen. Het motivatieproces begint vaak buiten de therapieruimte. Voordat de cliënt de therapieruimte in komt, is er vaak al contact geweest. Dat kan zijn geweest in een kennismakingsmodule, een observatie traject of een kopje koffie op de afdeling. Waar de motivatie voor therapie vaak ontbreekt, heeft de cliënt wel de motivatie om in het medium aan het werk te gaan (Smeijsters, 2012), zo merken ook de deelnemende vaktherapeuten. Als de cliënt de therapie ruimte uiteindelijk binnen komt, kan de vaktherapeut hen vaak verleiden tot activiteit in het medium. De vaktherapeut zet het bewegen in het medium op de voorgrond om zo de cliënt te motiveren.

De kern van het motiveren van de jongeren zit in de attitude: er als therapeut onder gaan zitten en de cliënt met het medium te verleiden tot actie. Als het de cliënt een keer niet lukt te komen of niet lukt te werken, dan zoekt de therapeut hem op. Er is weinig druk, zeker in het begin van de werkalliantie.

In de eerste contact momenten in het medium gaat de therapeut op zoek naar de wensen en mogelijkheden van de cliënt. Het behalen van een succeservaring is een goed uitgangspunt. De cliënt moet het gevoel krijgen iets te kunnen en geprikkeld te worden daarmee door te gaan waardoor zijn zelfvertrouwen groeit. Volgens veel vaktherapeuten werkt niets zo motiverend als een succeservaring in het medium. Zeker voor jongeren in gedwongen kader die heel vaak te maken hebben gehad met faalervaringen in onderwijs, werk of op sociaalgebied (Mortel, 2011).

Als de cliënt het niet eens is met de in het behandelplan opgestelde doelen of de geformuleerde indicatie voor vaktherapie, dan probeert de vaktherapeut contact te houden. De therapeut kan naar de cliënt toe bewegen door hem het voordeel van de twijfel te geven. De therapeut kan bijvoorbeeld aansturen op een afspraak met de cliënt om samen te bewijzen dat hij de gestelde vaardigheden al beheerst. De tactiek van spioneren kan hierin een rol spelen (Dam, 2008). Er is volgens enkele vaktherapeuten altijd een risico op splitgedrag van de cliënt in deze aanpak. De cliënt kan het team tegen elkaar gaan uitspelen en zo de samenwerking van hulpverleners rondom de behandeling ernstig verstoren.

MOTIVERENDE GESPREKSVOERING

Om de cliënt te motiveren kan ook geput worden uit de motiverende gespreksvoering van Miller, Rollnick & Butler. De therapeut blijft coöperatief, evocatief en handelt met respect voor de autonomie van de patiënt. Het uitgangspunt is een gelijkwaardig en actief gesprek en een gezamenlijk proces van besluitvorming, rekening houdend met de specifieke situatie van de patiënt (2009, aangehaald in Overes, 2014). Ook de expertise van de therapeut kan de motivatie bij de cliënt bevorderen. Jongeren willen als ze oefeningen in therapie moeten doen, graag weten waar het goed voor is: het waarom speelt een belangrijke rol in de motivatie. De therapeut doet er goed aan helder en duidelijk te kunnen uitleggen aan de cliënt waarom de gekozen werkvorm effect heeft. Dat wordt gedaan in woorden die de cliënt gebruikt om meer verbinding op te wekken met de behandeling. Sommige vaktherapeuten hebben mindere ervaringen met gestructureerde werkvormen en rollenspellen bij het werken met jongeren in gedwongen kader. Verminderde motivatie bij de doelgroep en het als nep ervaren van de

oefening waren het gevolg. In bepaalde werkvormen kan zelfs de bewoording van de cliënt zelf worden gebruikt zodat hij meer binding krijgt met de werkvorm en de therapie. De onderzoekende aard van de jongere kan worden gebruikt om hem aan te zetten tot werken in het medium. Als er iets aantrekkelijks in het lokaal wordt gelegd kan het soms al zo zijn dat de jongere uit nieuwsgierigheid daar mee aan de slag gaat. Ze staan vaak open voor nieuwe dingen. De behandeling wordt vaak gestart vanuit externe motivatie: de cliënt wordt - in meer- of mindere mate - gedwongen om deel te nemen aan de therapie. Binnen een aantal weken probeert de therapeut een ingang bij de cliënt te vinden om tot intrinsieke motivatie te komen. De cliënt moet het zelf een goed idee gaan vinden dat hij deelneemt aan de therapie. Een vorm van externe motivatie is bewijzen verzamelen dat de cliënt actief aan zijn gedrag heeft gewerkt. De vaktherapeut kan daar gebruik van maken door bijvoorbeeld na afloop van een geslaagde module of behandeling een certificaat uit te reiken. Als dat een wens is van de cliënt kan daar op worden ingespeeld.

Voor alle doelgroepen binnen jongeren in het gedwongen kader geldt, aldus de vaktherapeuten, dat ze voor hun leeftijd al een schat aan therapie ervaring hebben en veel therapeuten hebben versleten. Vaak zonder succes, anders zaten ze niet waar ze nu zitten. De vaktherapeut wordt niet gezien als diegene die alle problemen gaat oplossen, maar zal het wantrouwen van de cliënt moeten overwinnen. De therapeut neemt de tijd om de jongere aan het werk te krijgen. Het kan soms acht sessies duren voordat een cliënt in de therapieruimte aan het werk is. Voor het werken in het medium kan de cliënt gemotiveerd worden voor doelen op de korte termijn: het maken van een lied, een monoloog houden of leren klimmen op de klimmuur. Maar de motivatie kan ook worden geprikkeld door wensen in de verdere toekomst te bespreken. Bijvoorbeeld een beroep wat de cliënt later wil uitoefenen of het vinden van een geschikte partner om zich mee te vestigen. Door dat doel te ontleden kunnen er haalbare doelen voor de therapie ontstaan. Ondanks de vaak gebrekkige motivatie en geboden weerstand, is het uitzonderlijk binnen het gedwongen kader dat er geen interactie plaats vindt tussen de therapeut en de cliënt.

5.3.2 HET OPBOUWEN VAN HET CONTACT

Zoals eerder genoemd bieden jongeren in gedwongen kader vaker weerstand aan deelname aan de therapie. Dat kan al beginnen lang voordat men in de therapie ruimte aankomt. Veel klinieken werken met een observatie of kennismakingsmodule. Hierin kan al de eerste stap worden gemaakt in de werkalliantie. De eerste klik, of niet, vindt plaats en zowel cliënten als therapeuten hebben een idee of ze met elkaar verder zouden kunnen. Het eerste contact vindt dus niet altijd plaats in de therapie ruimte. Dat kan ook een introductie gesprek zijn op de afdeling onder het genot van een kopje koffie. In een kennismakingsgesprek worden vaak cliënt, therapeut en medium voorgesteld. Ook is er de ruimte om verwachtingen uit te spreken en voorzichtig de voorkeuren voor de cliënt af te tasten. Een absolute meerwaarde van vaktherapie in het algemeen is de individuele aandacht voor en afstemming op de cliënt. Kijken naar wat de cliënt laat zien, hoe de therapeut daar op in kan haken en de cliënt kan ondersteun. Wat wil de cliënt eigenlijk van mij als therapeut? De therapeut stelt zich bewust naïef op in de interactie: hij gaat niet uit van wat is maar van de problematiek die zich in het gedrag uit (Smeijsters, 2012). Verreweg de meeste therapeuten kijken bij aanvang van de therapie hoe de jongere binnenkomt en proberen daar op aan te sluiten. De therapeut beweegt mee met de cliënt. Gaat de cliënt direct met het materieel aan de slag en vindt het contact via het medium plaats of neemt de cliënt een afwachtende houding aan en start het contact eerst in een gesprek? Een rondleiding en verkenning van de therapie ruimte staan meestal op de agenda van de vaktherapeut. Smeijsters (2012) spreekt binnen vaktherapie met jongeren in gedwongen kader van een alliantie fase waarin de therapeut een ingang probeert te vinden voor contact en vertrouwen. Er kan binnen vaktherapie zowel vanuit het medium naar contact worden gewerkt als van het contact naar het medium. Wat door vaktherapeuten als groot voordeel van vaktherapie wordt gezien, is dat tussen het directe contact het medium in ligt. Vaktherapeuten maken hier gebruik van en spelen met afstand en nabijheid in het contact en emoties met het medium als buffer. Del Re (2012) heeft het over de impact van de responsiviteit als grote voedingsbron op de lijn therapeut - cliënt. De vaktherapeut kan nog

twee andere lijnen gebruiken: de lijn medium-therapeut en de lijn cliënt-medium. Zo kan hij zijn responsiviteit nog preciezer afstemmen.

Het contact wordt stap voor stap opgebouwd. De therapeut houdt daarbij ten allen tijden rekening met de draagkracht van de cliënt die per dag kan verschillen. De vaktherapeut probeert aan te sluiten bij de belevingswereld en gevoelswereld van de cliënt door middel van bijvoorbeeld mentalliseren: de therapeut benoemt het positieve en zorgt dat de focus van de cliënt ook daar voornamelijk op is gericht. De vaktherapeut blijft de cliënt stimuleren en aanmoedigen om zich in het medium te laten zien. Enige uitzondering hierop zijn de specifieke modules waarbij sprake is van groepstherapie. In de eerste fase van de therapie kan het vertrouwen worden opgebouwd. Dit begint met het nakomen van afspraken. Dit gebeurt in elke setting op nagenoeg identieke wijze. De cliënt wordt bij het niet nakomen van afspraken niet afgewezen. De therapeut zoekt hem naderhand op en stelt zich in een positie net onder de cliënt op. De therapeut houdt het bij de feiten: ‘Je was er niet, dat is niet erg, ik heb je gemist’. In het begin van het contact moet de therapeut vertrouwen geven aan de jongere: hij moet zich eerst bewijzen als betrouwbare partner in de werkalliantie. Daarna kan de jongere ook vertrouwen geven. Jongeren vinden het belangrijk een stukje regie te hebben zodat ze de controle over hun eigen handelen niet verliezen. Heemskerk (2011) en Smeijsters (2012) bevestigen dat. Als de jongere letterlijk toegang wil tot het medium en dus de vaktherapie, zal dat via de therapeut gaan. Jongeren zijn dan bereid een werkalliantie te vormen. In de opbouw van het contact wordt ook genoemd dat het ook belangrijk is ‘te blijven staan als therapeut’. Daarmee wordt bedoeld dat het gedrag van de cliënt gehanteerd moet worden en dat er ruimte wordt gegeven aan de cliënt om zichzelf te zijn, hoe dreigend dat soms ook kan zijn. Ook dit zorgt voor vertrouwen bij de cliënt.

5.3.3 HANTEREN VAN DOEL BEPALING

Gezamenlijke doelgerichtheid is een onderdeel van de werkalliantie (Menger, 2013). Del Re noemt de gezamenlijke overeenstemming in de doel- en taak bepaling een belangrijke bouwsteen voor een goede werkalliantie (2012). Het element gezamenlijke doelgerichtheid als onderdeel van de werkalliantie, houdt in dat er sprake is van wederzijds bewustzijn van duidelijke en expliciete doelen (Menger, 2013). Volgens Menger (2013) dienen deze doelen gezamenlijk vastgesteld te worden en van belang voor beiden te zijn. Daarnaast is het bereiken van doelen maatgevend voor de kwaliteit van de werkalliantie. Smeijsters spreekt een duidelijke voorkeur uit voor vraaggerichte therapie en niet voor protocollering (2012). Doelgerichtheid is ook onderhandelen over de doelen. Aandachtspunten zijn positief geformuleerde doelen, doelen die cliënt wil bereiken en doelen die de professional belangrijk vindt (Menger, 2013). Dit komt ook naar voren uit de interviews met vaktherapeuten.

DOELEN OPSTELLEN

Er is in alle gevallen sprake van een behandelplan of een indicatie voor vaktherapie. Die doelstelling of indicatie is bij de vaktherapeut bekend. In de meeste gevallen is ook de cliënt op de hoogte van de doelen in zijn behandelplan of de indicatie voor vaktherapie. In dat geval kan de vaktherapeut proberen consensus in die doelen te vinden met de jongere als het daaraan ontbreekt. Dat vindt meestal plaats in een later stadium van de therapie. De manier waarop het therapiedoel wordt bepaald verschilt per therapeut. De doelen die staan beschreven in het behandelplan worden niet vanzelfsprekend overgenomen in de vaktherapie. Dat bepalen de jongere en de therapeut veelal samen. Het leukste is als de cliënt hier zelf mee komt: het getuigt ook van enige intrinsieke motivatie. Maar vaak ligt het initiatief bij de therapeut. Bij het bepalen van het doel is enige sturing, begeleiding en steun van de therapeut aan de cliënt niet ongebruikelijk. Een enkeling benoemt het als zijnde manipulatie. Een aantal therapeuten bespreekt het doel alleen als de cliënt dat expliciet wil. Zij zetten het medium in als hoofdtaak en nemen de doelen veelal impliciet mee. Vooral bij de doelgroep 12 tot en met 18 binnen zowel JeugdzorgPlus als de JJI is het niet vanzelfsprekend dat er meteen over therapie gesproken wordt. Veel jongeren vinden dat er helemaal niets mis is met ze of dat therapie voor ‘gekken en rare mensen’ is. Hoewel dat beeld enigszins door het grote aanbod van vaktherapie aan de doelgroep naar de achtergrond is verdwenen in de afgelopen jaren, zijn de meeste therapeuten er niet happig op om te beginnen over doelen in therapie. Doelen stellen in het medium komt in het begin van de therapie vaker voor. Bijvoorbeeld het willen leren spelen van piano, kennis maken met free-runnen of leren

beeldhouwen. Bij sommige therapeuten blijven de doelen impliciet en worden de algemene sterke punten van het werken in het medium als doelen beschouwd. Zo train je bij het leren spelen van muziek je motorisch, emotioneel en gewone geheugen, train je de concentratie, leer je te luisteren naar anderen en worden er allerlei stofjes aan gemaakt die je blij maken. Zo worden de therapiedoelen via de leerdoelen gehaald. De vaktherapeut kennen de gevolgen van het leren van muziek aan de cliënt. Hoewel er vaak een behandelplan aanwezig is en de jongere vaak een uitgebreid dossier heeft opgebouwd, is het niet zo dat de vaktherapeut het dossier vooraf kent. De voorkeur van de therapeut gaat uit naar het eigen verhaal van de cliënt, wat die kwijt wil en de wijze waarop hij dat verteld. De vaktherapeut gaat niet uit van welke diagnose iemand heeft maar wat de cliënt laat zien (Smeijsters, 2012).

Als de cliënt het niet over therapeutische doelen wil hebben, dan laten de meeste therapeuten dat even zo. De cliënt staat daarin centraal: wat wil hij leren? Waarom is hij hier? Er wordt vraaggericht gewerkt. Over het algemeen sluit de vaktherapeut bij de cliënt aan door met actieve cliënten eerder aan het werk te gaan en aan passievere cliënten eerst meer uitleg te geven. Over het algemeen kan gesteld worden dat, zeker in het begin, het medium voor op staat. Menger (2013) benoemt ook dat de doelgerichtheid in de werkalliantie in het begin laag is en toeneemt naarmate het traject met de betrokkenen vordert.

De doelen worden in eerste instantie door een behandelaar of behandelteam opgesteld. Het is niet vanzelfsprekend dat er in de therapie ook aan dezelfde doelen wordt gewerkt. De cliënt heeft vaak inspraak in de behandeldoelen. Hier kan het bijvoorbeeld gaan om het opdelen van een behandeldeel: emotieregulatie wordt vaak genoemd als een doel waar jongeren zelf niet zoveel mee kunnen. Het opdelen in 'agressie' of 'onrust' vindt vaak plaats. Ook wordt er vaak gebruik gemaakt van de terminologie die de jongere er zelf aangeeft om de binding met het doel te vergroten. Gezien het gedwongen karakter van de geboden zorg, komt het zoals eerder gezegd voor dat de jongere het niet eens is met de opgestelde doelen. De vaktherapeut staat hier over het algemeen voor open. Er is altijd ruimte voor het uitwisselen van meningen omtrent de doelen om overeenstemming te bereiken. Eén vaktherapeut vertelde tegen haar cliënt dat, aangezien zij de cliënt ook nog niet kende, ze niet kon zeggen of het door het behandelteam aangedragen doel bij de cliënt paste: 'Daar moeten wij elkaar eerst voor leren kennen'. Door op deze manier aan te sturen op een mogelijk wijs ongelijk van het behandelteam, wordt de alliantie tussen de therapeut versterkt. Het idee dat de therapeut aan de kant van de cliënt staat sterkt de motivatie voor behandeling. Dam (2008) duidt dit fenomeen als spioneren: de therapeut geeft de patiënt het gevoel speciaal te zijn en laat zien dat jij als therapeut misschien anders bent dan andere hulpverleners. De therapeut laat zien hoe hij als patiënt op andere hulpverleners overkomt en hoe hij zijn doel kan behalen. Zo fungeert de therapeut als spion die de patiënt een inkijk in de wereld van de instelling geeft (Dam, 2008).

VRIJHEID

In de interviews kwam ook naar voren dat cliënten kunnen schrikken van de vrijheid binnen therapie. Bij doelbepaling zullen ze daarin begeleid moeten worden. Een methode die genoemd werd is het Sociaal Competentie Model (SCM). Deze voorziet in dagelijkse opstelling van bepaalde doelen. Met bijvoorbeeld een kaart die de jongeren bij zich hebben kan de vaktherapeut eenvoudig aansluiten bij de actuele doelen. Doelen kunnen ook worden afgeleid uit wensen van de cliënt in de toekomst. Zoals woonruimte, opleiding of baan. Daar kan in stappen naar toe worden gewerkt. Als er geen motivatie is voor een bepaalde module omdat de cliënt vindt dat hij iets al heel goed kan, dan kan de therapeut daarin mee gaan en beamen dat hij dan snel klaar is en niet alle bijeenkomsten tot het eind hoeft mee te maken.

5.3.4 HANTEREN VAN TAKEN EN REGELS

Een onderdeel van de werkalliantie is de gezamenlijke taakgerichtheid. Taakgerichtheid is de manier waarop de doelen in therapie worden gehaald (Menger, 2013). Binnen de vaktherapie worden de behandeldoelen binnen of met behulp van het medium gehaald (Smeijsters, 2008).

De therapeut neemt de tijd om de cliënt te laten wennen aan de vorm van de therapie, als die er is. Bijvoorbeeld voorbespreken, werken, nabespreken, evalueren. Niet alle vaktherapeuten werken daarin even gestructureerd. In het begin kan in de therapieruimte aanwezig zijn al een doel zijn.

VEILIGHEID

Veiligheid is een belangrijk begrip binnen het gedwongen kader en zo ook binnen de vaktherapie. Zowel de fysieke veiligheid als de geestelijke veiligheid worden gewaarborgd. Er is een uitgebreid alarmsysteem om fysieke conflicten te kunnen hanteren. Veiligheid is weten wat je aan elkaar hebt en elkaar vertrouwen. Vaak worden er voor de therapie afspraken gemaakt over wat er en niet over de therapie gezegd mag worden buiten de ruimte. Vooral in groepen is dat belangrijk. Maar veiligheid is ook weten wat de regels zijn en hoe de ruimte in elkaar steekt. Binnen een FPC heeft de cliënt niet overal toestemming voor nodig, waar dat in een PI wel zo is. Ook binnen de afspraken rondom de therapie is er sprake van geven en nemen tussen de therapeut en de cliënt. Zo kunnen dealtjes en contractjes worden opgesteld, bijvoorbeeld bij afspraken rondom de opkomst.

Als er sprake is van ongeoorloofd gedag dan wordt dat vaak eerst met de cliënt bespreekbaar gemaakt. Cliënten en therapeut besluiten samen wat er met het gegeven gedaan wordt. Er wordt zoveel mogelijk vermeden achter de rug van de cliënt om te handelen.

AFSTEMMEN

De regels zijn niet statisch en worden in samenspraak opgesteld. Dit is van positieve waarde op de werkalliantie (Hafkenscheid, 2014; Menger, 2013). De meeste regels binnen de vaktherapie zijn individueel afgestemd. Het speelse karakter van werken in het medium biedt de mogelijkheid om met regels en afspraken te experimenteren. Er wordt zelden met lijstjes gewerkt. Er zijn opvallend weinig regels en als die er zijn, zijn ze afhankelijk van het moment. Het is in de ogen van de vaktherapeuten over het algemeen beter als de cliënt de grenzen van de therapeut respecteert dan dat hij vaste regeltjes opvolgt. De meeste regels maken dus onderdeel uit van de werkalliantie en worden regelmatig opnieuw onderzocht en bepaald. Enkele vaktherapeuten benoemen dat pubers een sterk rechtvaardigheidsgevoel hebben. Het is daarom lastiger om regels vanuit de relatie te hanteren omdat die wisselvalliger zijn. Jongeren kunnen zich verongelikt voelen en het op hun persoon betrekken. Een afname van het gevoel van rechtvaardigheid in de relatie heeft een negatief effect op de werkalliantie en dus op de behandeling (Menger, 2013). De relationele rechtvaardigheid lijkt dus een evidente rol te hebben in relatie met jongeren in gedwongen kader. De therapeut doet er goed aan in het contact met de cliënt te blijven om het rechtvaardigheidsgevoel te herstellen of te continueren. De meeste regels die gelden op de afdeling of woongroep gelden volgens vaktherapeuten niet tijdens de therapie. Een voorbeeld hiervan is de aanvangstijd van de therapie. De cliënt heeft bij individuele therapie altijd mogelijkheid de therapietijd veranderen. Enerzijds is dat de flexibiliteit van de therapeut ten aanzien van de doelgroep. De invaliderende aspecten van de problematiek hebben een wisselvalligheid in draagkracht bij de jongere tot gevolg. De therapeut kijkt per dag of de jongere bij de therapie verschijnt en wat hij aan kan. Anderzijds brengt dat de verantwoordelijkheid voor de cliënt met zich mee. Idealiter moet deze zelf contact zoeken met de therapeut als een afspraak niet door kan gaan. Deze regels staan vaak niet op papier en zijn niet uniform met elke cliënt maar worden door de therapeut in het contact afgesproken.

Het is niet eenvoudig voor cliënten om zelf de verantwoordelijkheid op te brengen hun agenda bij te houden. De ervaring van vaktherapeuten is dat cliënten zich afhankelijk kunnen opstellen: bijvoorbeeld omdat dat in de JJI voor hun werd bepaald. Of cliënten hebben teveel last van de invaliderende gevolgen van de stoornis om tot alle facetten van interactie en cognitie te komen die nodig is voor het verplaatsen van een afspraak. Denk bijvoorbeeld aan het herkennen van de therapeut, bewust zijn van de dagindeling en het herinneren van de afspraak.

5.3.5 CONFLICT IN RELATIE

De kans op het bereiken van een doel is het hoogst als er problemen ontstaan die vervolgens worden opgelost (Horvath, 2011). Weiss & Sampson (aangehaald in Trijsburg, 2003) zeggen hierover: "Hoe paradoxaal het ook moge lijken: vriendelijk, correct en coöperatief gedrag is niet zonder meer een teken van een goede werkalliantie. Soms blijkt het bestaan van een werkalliantie pas als patiënten het gaan aandurven kritiek te hebben op de therapeut, negatieve gevoelens gaan uiten over de therapie of zelfs gaan zeggen dat ze er mee willen stoppen."

Volgens de meesten vaktherapeuten is een conflict in de relatie absoluut geen voorwaarde om een sterke werkalliantie te vormen. Als er een conflict voorkomt, dan kan het de werkalliantie en de motivatie van de cliënt bevorderen. Maar een conflict of confrontatie kan cliënten ook afschrikken. De cliënten blijven steunen wordt door vaktherapeuten vaker ingezet. Voor vaktherapeuten die voor het eerst werken met de doelgroep tot en met 18 jaar in groepen, komt het zeer vaak tot een conflict. De jongeren proberen de therapeut uit en respecteren de autoriteit van de therapeut niet. In de interviews wordt genoemd dat dat komt omdat de jongere zijn eigen onzekerheid projecteert op de therapeut. Daardoor zouden ze alles afkeuren wat er wordt aangeboden. Als vaktherapeut moet je leren daar niet tegenin te gaan maar om mee te bewegen en je kwetsbaarheid te tonen.

CONFLICTEN

Conflicten in de werkalliantie kunnen voorkomen als de cliënt erg verschilt van inzicht met het behandelteam en/of de therapeut over de behandeldoelen. Het oplossen van een conflict kan tot gevolg hebben dat er meer diepgang in de werkalliantie tot stand komt en meer inzicht bij de cliënt in het behandeldoel. Dat kan overt of covert. Dat ligt er aan of alleen het resultaat of ook het proces betekenisvol moet worden voor de cliënt. Of het zover komt, hangt in sterke mate af van de vaardigheden van de therapeut. Het niet oplossen van een conflict leidt gegarandeerd tot beëindiging van de werkalliantie en uiteindelijk de therapie. Conflicten en confrontaties komen de kwaliteit van de werkalliantie ten goede, als de therapeut vertrouwen en veiligheid blijft bieden (Hafkenscheid, 2014). De therapeut dient conflicten te kunnen beheersen en escalatie te voorkomen (Mortel, 2011). Hij hoeft daarbij een conflict niet uit de weg te gaan: bij een conflict blijft de therapeut in het contact staan. Over wie er na onenigheid weer als eerste contact opneemt, bestaan verschillende opvattingen bij vaktherapeuten. De therapeut behoudt het contact maar het is vaak aan de cliënt om de eerste stap tot hervatting van de therapie te maken. Overigens als er een conflict in de relatie op gezonde wijze wordt overwonnen, dan krijgen vaktherapeuten van cliënten vaak terug dat het waardevol voor de therapie is geweest. Op een alliantie-monitor is het dat niet terug te vinden omdat er gebruik wordt gemaakt van gesloten vragen of stellingen (Hafkenscheid, 2014).

5.3.6 ROL METHODIEK

De werkalliantie ontstaat zich aan de therapeutische modellen en diens theoretische kaders en draagt bij aan de therapeutische effecten (Hafkenscheid, 2014; Trijsburg, 2003). Binnen de methodieken die vaktherapeuten gebruiken zijn er wel een aantal die handvatten bieden om de werkalliantie in te zetten in therapie. Een veel gehoorde methodiek binnen de Jeugdzorg waar vaktherapeuten aan refereren, is die van het Sociale Competentie Model. Het SCM draait op positief geformuleerde doelen en het verkrijgen van positief geformuleerde feedback op het handelen. Het doel is om de jongeren te wijzen op het profijt wat zij zelf kunnen halen uit een gedragsverandering, zonder bepaald gedrag af te wijzen.

Er zijn ook veel methodieken die de werkalliantie tussen therapeut en cliënt niet als werkzame factor in therapie beschrijven. Zelfs methoden die de werkalliantie niet als werkzame factor binnen de therapie beschrijven, kunnen voor de therapeut ingezet worden om de alliantie te verbeteren. Zo kan de kennis uit de Neurologische Muziektherapie (NMT), een methodiek die gebaseerd is op het trainen van het brein, worden gebruikt om de expertise van de therapeut te vergroten. Hoe groter de expertise van de therapeut, hoe groter het gevoel bij de cliënt kan worden dat de therapie relevant is. Een andere voorkomende methodiek is het combineren van muziektherapie en muzikles. Deze gaat uit van de wens van de cliënt iets te leren in het medium. De therapeut is in die rol meer middel om tot het medium te komen. Leren in het medium staat hierin centraal.

De methodiek van de motiverende gespreksvoering kan een reële bijdrage leveren aan de vaardigheden van de vaktherapeut om jongeren te bewegen mee te werken aan de therapie en de werkalliantie te verstevigen (Overes, 2014).

SGLVG

Voor de doelgroep SGLVG zijn een aantal methodieken ontwikkeld, bijvoorbeeld ‘Muziek als Krachtpatser’ voor muziektherapie. Door het visualiseren van spanningslijnen worden situaties in het medium gekoppeld aan concrete situaties van de cliënt. Dat begint met ervaren in het medium. Bij het indelen van een spanningslijn worden de woorden van de cliënt gebruikt. Heeft de cliënt het over ‘onrust’, dan wordt dat erbij geschreven en niet ‘gespannen’. Op deze manier creëer je eigenheid en affiniteit van de cliënt met de werkvorm.

Naast de methodiek biedt in sommige instellingen de visie en het beleid van de kliniek duidelijke handvatten voor de vorming van een werkalliantie. Binnen de instelling Inforsa wordt de visie vertrouwen, verbinden en verantwoordelijkheid gehanteerd. Binnen de kliniek wordt er meer gekeken naar de leefbaarheid voor de cliënten te vergroten. De redenatie is dat cliënten bij een betere leefbaarheid ook meer motivatie voor de behandeling hebben.

Verder wordt in de interviews genoemd dat er binnen schematherapie een aantal handvatten zitten voor de werkalliantie, zoals de accepterende houding van de therapeut. Daarnaast kwam er in de interviews naar voren dat methodieken die gaan over de sociale relationele vaardigheden een grote rol spelen in de werkalliantie.

5.3.7 GROEPSTHERAPIE OF INDIVIDUELE THERAPIE

De voorkeur voor het werken met jongeren in gedwongen kader ligt in het individuele werk. De ervaring van vaktherapeuten is dat jongeren dan makkelijker zijn te motiveren en de werkalliantie, met alle voorwaarden van dien, beter op te bouwen is. Smeijsters ziet ook meer mogelijkheden om de relatie af te stemmen binnen individuele therapie dan bij groepstherapie (2012). Het grote voordeel van werken in groepen is dat jongeren van elkaar kunnen leren en met elkaar kunnen interacteren. Een compliment van een mede-jongere doet altijd meer dan een compliment van een professional met ook andere belangen.

In het werken met jongeren in gedwongen kader zijn er grote verschillen tussen het werken in groepen en het individueel werken. Om een groep te motiveren en aan het werk te houden is doorgaans meer inzet vanuit de therapeut nodig. Cliënten proberen zich in een groep groot te houden ten opzichte van de ander. Diepgang krijgen in de therapie is lastiger. Op het experimenteren met gedrag zit vaak een rem.

Het werken in groepen wordt makkelijker en efficiënter als de vaktherapeut al individueel een werkalliantie heeft opgebouwd. De ervaringen met het werken met co-therapeuten, stagiaires of groepsbegeleiders zijn positief. Groepsbegeleiders kunnen mee doen om de pedagogische aspecten van de groepsdynamiek in banen te leiden. Stagiaires en co-therapeuten kunnen er voor zorgdragen dat cliënten voldoende individuele aandacht krijgen. Hier door raken de cliënten niet verveeld en leren ze meer door de stroom aan nieuwe op het individu aangepaste informatie. De vaktherapeut stelt bij voorkeur de groepen samen. Jongeren willen niet ‘voor gek staan’ ten opzichte van de andere deelnemers. Ze zijn veel gevoeliger voor groepsdruk dan volwassenen (Molen, 2010). Het is daarom binnen groepen extra belangrijk om veiligheid te bieden aan de cliënten. Dat kan worden bereikt als er in de eerste sessies veel aandacht uitgaat naar de taakaspecten van de groepsdynamiek (Haas, 2012). De regels moeten meteen voor iedereen duidelijk zijn. Ook in groepstherapie wordt, waar nodig, samen aan de regels gewerkt. Naast de onmogelijkheden van het werken in groepen kan werken in groepen ook de motivatie verhogen door steun van patiënten onderling. Daarnaast kan het sociale vergelijkingsproces patiënten beter over zichzelf doen voelen waardoor de eigen waarde toeneemt en het geloof in het veranderen van het gedrag kan groeien (Overes, 2014).

5.3.8 ROL VAN DE EVALUATIE

Systematische monitoring van cliënten feedback wordt als zeer effectief ervaren als het gaat om het vergroten van de voorspellende waarde van de werkaliantie op het behandelresultaat (Menger, 2013). Gemiddeld wordt er één keer in de zes weken bij een wekelijkse therapiesessie met de cliënt geëvalueerd. Evaluatie verslagen worden veelal eerst aan de cliënt gepresenteerd, mits die dat wil en/of aankan. Als er bij de doelgroep 12 tot 18 jaar met impliciete doelen wordt gewerkt, vindt er geen expliciete evaluatie plaats. Als er sprake is van muzikale therapie is er geen sprake van expliciete evaluatie van de therapiedoelen, wel van de mediumdoelen. De meningen zijn hierover verdeeld. Feit is wel dat analogie zich niet vanzelf laat vertalen (Hakvoort, 2004), daarom zou concretisering in een gesprek noodzakelijk zijn om de transfer naar het leven te maken.

Belangrijk is volgens Lambert & Shimokawa (2011; aangehaald in Menger, 2013) dat de beleving van cliënten periodiek en systematisch wordt geëvalueerd, zowel in termen van doelbereik als in voortgang, beleving en relatie met de therapeut. Dit vergroot de effectiviteit van de therapie. Ook Horvath (2011; aangehaald in Menger, 2013) wijst op de noodzaak de werkaliantie openlijk en expliciet te evalueren. Te meer omdat het cliëntenoordeel over de relatie een meer voorspellende betekenis heeft voor het therapie verloop dan die van de therapeut of van een onafhankelijke beoordelaar (Bachelor, 1991; aangehaald in Trijsburg, 2003).

EVALUEREN VAN DE SAMENWERKING

Het evalueren van de werkaliantie maakt bij de meeste vaktherapeuten geen vast deel uit van de evaluatie, tenzij deze een expliciete rol speelt in de problematiek van de cliënt. Wel wordt er gevraagd naar wat de cliënten van de therapeut vinden en hoe de samenwerking verloopt. Hoe later in therapie de werkaliantie wordt gemeten, hoe meer verband er is met het behandelresultaat. Er is minder relatie tussen de werkaliantie en het behandelresultaat bij kortdurende therapie (Yperen, 2010). De inhoud van de evaluatie is ook afhankelijk van het niveau van de cliënt. Na elke sessie is er wel een afrondend gesprek wat kan gaan over de sessie of over sociale *small talk*.

Uit de interviews komen verschillende gegevens naar voren over de wijze waarop cliënten evalueren. De cliënten komen niet altijd tot concrete voorbeelden in de evaluatie. Vaak is er begeleiding van de therapeut vereist om tot een inhoudelijke evaluatie te komen. De cliënten redeneren veelal vanuit feitelijkheden naar gevoel. Volgens vaktherapeuten worden confrontaties in de therapie door de cliënt bij de eindevaluatie als zeer betekenisvol aangeduid. Er worden voor muziektherapie geen gestandaardiseerde evaluatiemodellen gebruikt. Soms worden er andere meetinstrumenten gebruikt zoals uit het SCD.

5.3.9 DOORVERWIJZEN

Over het algemeen heerst de opvatting dat een breder team aan therapeuten gunstiger is voor de vorming van de werkaliantie: als het met de ene therapeut niet klikt dan kan er, mits op tijd gesignaleerd, eenvoudig worden gekozen voor een andere therapeut wiens eigenschappen en persoonskenmerken beter passen bij de cliënt. Gebrek bij de cliënt aan affiniteit met het medium is een reden om over te stappen naar een ander medium. Ook bij teveel weerstand, gebrek aan een klik of te weinig ervaring met de soort stoornis. Het komt voor dat de indicatie daarna wordt terug gestuurd naar de behandelaar of het behandelteam.

5.3.10 SAMENVATTING DEELVRAAG 3

De jongere in gedwongen kader is over het algemeen niet gemotiveerd voor therapie (Smeijsters, 2012). Waar de motivatie voor therapie vaak ontbreekt, heeft de cliënt wel de motivatie om in het medium aan het werk te gaan (Smeijsters, 2012). Van invloed op de mate van motivatie is de grootte van het gevoel van eigenwaarde van de patiënt en de aanwezigheid van empathie in de relatie tussen de patiënt en de therapeut (Overes, 2014). De cliënt kan veel last hebben van faalervaringen in het onderwijs, werk of in de sociale context (Mortel, 2011). Vaktherapeuten zetten vaak in op het creëren van een succeservaring bij de cliënt.

Motiverende gespreksvoering kan helpen bij het motiveren van de cliënt doordat de therapeut coöperatief en evocatief blijft en met respect voor de autonomie van de patiënt handelt. Het uitgangspunt is een gelijkwaardig en actief gesprek en een gezamenlijk proces van besluitvorming rekening houdend met de specifieke situatie van de cliënt (Overes, 2014). Vaktherapeuten passen hun werkvormen aan op de wens en de draagkracht van de cliënt. Het doel is om tot intrinsieke motivatie te komen. Er worden door vaktherapeuten over het algemeen zowel doelen op de korte als op de lange termijn gesteld met de cliënt.

Smeijsters (2012) spreekt binnen vaktherapie bij jongeren in gedwongen kader van een alliantie fase waarin de therapeut een ingang probeert te vinden voor contact en vertrouwen

Het eerste contact vindt vaak buiten de therapieruimte plaats tijdens een kennismakingsgesprek, observatie- of kennismakingsmodule. Voor de vaktherapeuten staat de cliënt centraal tijdens de introductie tot het medium (of in sommige gevallen al de therapie). De therapeut stelt zich in de interactie bewust naïef op: hij gaat niet uit van wat is, maar van de mate waarin de problematiek tot uiting komt in het gedrag (Smeijsters, 2012). In de eerste fase van de therapie kan het vertrouwen worden opgebouwd.

Het medium binnen de vaktherapie zorgt voor een preciezere afstemming van de responsiviteit die nodig is om de werkalliantie te doen groeien (Del Re, 2010). Vaktherapeuten maken actief gebruik van de buffer die het medium biedt aangaande afstand en nabijheid ten opzichte van de cliënt.

Jongeren vinden het belangrijk een stukje regie te hebben zodat ze de controle over hun eigen handelen niet verliezen. Heemskerk (2011) en Smeijsters (2012).

Gezamenlijke doelgerichtheid is een onderdeel van de werkalliantie (Menger, 2013). Del Re noemt de gezamenlijke overeenstemming in de doel- en taak bepaling een belangrijke bouwsteen voor een goede werkalliantie (2012). Het 'element gezamenlijke doelgerichtheid' als onderdeel van de werkalliantie, houdt in dat er sprake is van wederzijds bewustzijn van duidelijke en expliciete doelen (Menger, 2013). Doelgerichtheid is in deze ook onderhandelen over de doelen. Aandachtspunten zijn positief geformuleerde doelen, doelen die de cliënt wil bereiken en doelen die de professional belangrijk vindt (Menger, 2013). De therapeutische doelen worden in het begin van de therapie vaak niet uitgesproken door vaktherapeuten, tenzij de cliënt daar expliciet om vraagt of wanneer deze onderdeel zijn van een specifieke module. Dit komt de motivatie van de cliënt om in therapie te gaan en te blijven ten goede. Doelen stellen in het medium komt wel regelmatig voor.

De vaktherapeut gaat niet uit van welke diagnose iemand heeft maar wat de cliënt laat zien (Smeijsters, 2012). Smeijsters spreekt een duidelijke voorkeur uit voor vraaggerichte therapie en niet voor protocollering (2012). Ook de betrokken vaktherapeuten werken bij voorkeur vanuit de vraag van de cliënt. Doelen worden over het algemeen gesteld in de taal van de cliënt.

Als de motivatie tot doelbepaling lang uitblijft en er een grote weerstand bij de jongere is om aan de opgestelde doelen te werken, kan de vaktherapeut overwegen om de rol als spion aan te nemen (Dam, 2008). Hierbij wordt, zoals eerder aangehaald, getracht het vertrouwen van de cliënt te winnen en te laten inzien wat zijn voordeel zou zijn toch de intentie te tonen mee te werken aan de therapie.

Taakgerichtheid is de manier waarop doelen in therapie worden gehaald (Menger, 2013). Zoals beschreven in Hoofdstuk 5.2 worden binnen de vaktherapie de behandeldoelen binnen of met behulp van het medium gehaald (Smeijsters, 2008). De regels zijn niet statisch en worden in samenspraak met de cliënt opgesteld. Dit heeft een positieve invloed op de werkalliantie (Hafkenscheid, 2014; Menger, 2013). Jongeren hebben over het algemeen een groot rechtvaardigheidsgevoel. Regels kunnen sneller als oneerlijk worden ervaren of persoonlijk worden eopgevat. Een afname van het gevoel voor rechtvaardigheid binnen de relatie heeft een negatief effect op de werkalliantie en dus op de behandeling (Menger, 2013). Binnen vaktherapie gelden niet dezelfde regels als op de afdelingen, maar staat veiligheid wel voorop.

De kans op het bereiken van een doel is het hoogst als er problemen ontstaan en deze vervolgens worden opgelost (Horvath, 2011). Vaktherapeuten zijn over het algemeen niet op zoek naar de confrontatie maar nemen vaak een meer steunende en supportieve rol aan. Volgens de meeste vaktherapeuten is een conflict in de relatie absoluut geen voorwaarde om een sterke werkalliantie te

vormen. De ervaring heeft hen geleerd dat het cliënten kan afschrikken. Volgens de theorie komt tijdens conflicten en confrontaties de kwaliteit van de werkalliantie naar voren, zolang de therapeut vertrouwen en veiligheid blijft bieden (Hafkenscheid, 2014). Hij dient conflicten te kunnen beheersen en escalatie te voorkomen (Mortel, 2011). Overigens, als er een conflict in de relatie op gezonde wijze wordt overwonnen, krijgen vaktherapeuten van cliënten vaak terug dat het waardevol voor de therapie is gebleken. Op een alliantie-monitor is dit overigens niet terug te vinden vanwege het gebrek aan inhoudelijke en open vragen (Hafkenscheid, 2014).

De werkalliantie ontstijgt zich aan therapeutische modellen en diens theoretische kaders en draagt zo bij aan de therapeutische effecten (Hafkenscheid, 2014; Trijsburg, 2003).

De methodiek van de motiverende gespreksvoering kan een reële bijdrage leveren aan de vaardigheden van de vaktherapeut om jongeren te bewegen mee te werken aan de therapie en de werkalliantie te verstevigen (Overes, 2014). Naast de methodiek bieden de visie en het beleid in sommige instellingen duidelijke handvatten voor de vorming van een werkalliantie. Over het algemeen bieden methodieken in meer of mindere mate handvatten voor de werkalliantie. Neurologische Muziek Therapie en Cognitieve Gedragstherapie minder dan schematherapie en specifiek ontwikkelde modules voor SGLVG (Sterk Gedragsgestoord en Licht Verstandelijk Gehandicapt).

De werkalliantie met de jongere in het gedwongen kader is beter af te stemmen binnen individuele vaktherapie dan bij groepstherapie (Smeijsters, 2012). Op het experimentele gedrag van cliënten in het medium ervaren de vaktherapeuten een rem als het om groepstherapie gaat. Het inzetten van stagiaires of co-therapeuten vergroot de individuele aandacht voor en betrokkenheid bij de cliënt en verkleint de kans op verveling. Het werken in groepen kan de motivatie verhogen door steun van cliënten onderling. Daarnaast kan het sociale vergelijkingsproces cliënten helpen beter over zichzelf te voelen waardoor de eigenwaarde toeneemt en het geloof in het veranderen van het gedrag kan groeien (Overes, 2014).

In sommige vormen van therapie worden de therapeutische doelen niet expliciet geëvalueerd. Aangezien analogie zich niet vanzelf laat vertalen (Hakvoort, 2004) is concretisering binnen een gesprek noodzakelijk om de transfer naar het leven te maken. Systematische monitoring van cliëntenfeedback wordt als zeer effectief ervaren als het gaat om het vergroten van de voorspellende waarde van de werkalliantie op het behandelresultaat (Menger, 2013). De beleving van cliënten moet periodiek en systematisch worden geëvalueerd, zowel in termen van doelbereik, als in voortgang, beleving en relatie met de therapeut (Menger, 2013). De werkalliantie wordt door vaktherapeuten niet systematisch geëvalueerd.

Het cliëntenoordeel over de relatie heeft een meer voorspellende betekenis voor het therapieverloop dan die van de therapeut of van een onafhankelijke beoordelaar (Bachelor, 1991 aangehaald in Trijsburg, 2003). Er is een minder sterke relatie tussen de werkalliantie en het behandelresultaat bij kortdurende therapie (Yperen, 2010). Vaktherapeuten merken op dat bij jongeren in gedwongen kader begeleiding vanuit de therapeut nodig is om tot een inhoudelijke evaluatie te komen. Volgens sommige vaktherapeuten worden confrontaties in de therapie door de cliënt als zeer betekenisvol aangeduid als dat in de eindevaluatie ter sprake komt. De vaktherapeut maakt gebruik van zijn team om cliënten op basis van affiniteit met het medium of vanuit de geringe mate van werkalliantie vorming door te sturen naar een collega-therapeut.

5.4 WELKE INTERVENTIES KAN DE VAKTHERAPEUT PLEGEN TER BEÏNVLOEDING VAN DE WERKALLIANTIE?

5.4.1 KRACHT SPECIFIEK MEDIUM

Een kwalitatief goede werkalliantie is het resultaat van verschillende activiteiten die bijdragen aan binding en aan doel- en taakgerichtheid. (Horvath, 2011; aangehaald in Menger, 2013). Voor de vaktherapeut vinden die activiteiten voor het grootste deel in het medium plaats. Volgens vaktherapeuten is dat medium flexibel en veelzijdig, zeker in combinatie met eerder genoemde professionaliteit. Elk medium kan door vaktherapeuten laagdrempelig worden ingezet en zo aansluiten bij het individu. Het medium zorgt voor een veilige laag waarin de therapeut interventies kan plegen zonder dat die direct op de persoon van de cliënt gericht zijn (Smeijsters, 2008). Deze veilige laag kan voor de jongere druk verlagend werken. Werken in het medium moet plezierig zijn voor de jongeren. Op die manier is het makkelijker om doelen te bereiken (Smeijsters, 2012).

Vaktherapeuten zien veel voordelen in het gebruik van de media bij de behandeling van jongeren in het gedwongen kader. Eén voordeel is dat ze langs deze weg goed bij de gevoelswereld van de jongere kunnen aansluiten. Waar de jongeren hun gevoel op de bank bij de psycholoog niet kunnen of willen verwoorden, schrijven ze soms wel hele raps of maken ze veel tekeningen. Vaktherapie sluit goed aan bij deze (persoonlijke) vormen van expressie van jongeren.

Opvallend is dat vaktherapeuten zeer verschillend denken over wat nu bepalender is in het succes van de behandeling: de ene therapeut is van mening dat de media, of zelfs de activiteit, inwisselbaar is in het werken met jongeren. En dat de therapie vooral gaat over het contact. Andere therapeuten zeggen dat het medium juist voor veel jongeren het doel is en dat de therapeut hen daar slechts toegang tot verleent: de therapeut is iemand waar men mee moet omgaan.

VERTROUWEN IN EIGEN KUNNEN

Een succesfactor voor het behandelresultaat is de mate waarin de therapeut overtuigd is dat zijn methode werkt en de mate waarin hij dat kan overdragen aan de cliënt (Wampold, 1997; aangehaald in Menger, 2013). Vaktherapeuten zijn overtuigd van de werking van hun therapie en de functionaliteit van het medium daarin. Een veel genoemd voordeel van het medium beeldend als het gaat om het vormen van een werkalliantie, is dat het eindproduct van het proces blijft bestaan. Er kan samen met de cliënt op het proces worden teruggekeken en via het werk contact worden gemaakt. Van muziek wordt gezegd dat iedereen wel iets met muziek heeft. Of het nu luisteren is of spelen, iedereen heeft wel een ervaring met muziek. Muziek werkt ook op je motoriek en je emotie, en helpt je om dingen beter te onthouden. Drama is zeer geschikt voor het maken van transfers van de behandeling naar het dagelijkse leven. Er kan letterlijk geoefend worden met nieuw aangeleerd gedrag. Psychomotorische Therapie is zeer geschikt voor jongeren in gedwongen kader omdat zij een voorkeur hebben voor bewegen en in het bijzonder sport. Elke medium heeft dus zo zijn specifieke voor en nadelen ten aanzien van het werken met jongeren in gedwongen kader. Maar uiteindelijk gaat het binnen het gedwongen kader erom welk medium de jongere inspireert en motiveert.

5.4.2 IN HET MEDIUM

Over de werking van de werkalliantie in het medium en de interventies die de vaktherapeut kan plegen, is weinig terug te vinden in de literatuur. Bijna alle gegevens hieronder zijn afkomstig uit de interviews met de twaalf vaktherapeuten.

Vaktherapie is geschikt om de werkalliantie te bevorderen omdat men elkaar in zijn totaliteit kan ervaren. Vaktherapie kan mensen direct in de beleving zetten. Jongeren zijn nog veel meer zintuigelijk bezig en staan meer open om op ontdekking te gaan dan volwassenen. Dat sluit aan bij de mogelijkheden die de media bieden. De media kunnen aansluiten bij elke laag van contact. Van afstandelijk tot intens en van elkaar net leren kennen tot een langdurige behandeling: het medium kan alle functies vervullen. Vaktherapie leent zich zeer goed om een alliantie met jongeren te vormen omdat naast het persoonlijk contact ook het medium kan worden ingezet om de interactie tussen hen en de therapeut op gang te brengen.

De buffer die het medium vormt in het contact, zorgt ervoor dat het nooit persoonlijk hoeft te worden als de cliënt dat niet wil, maar scheidt wel de mogelijkheid indien daar behoefte aan is. In het medium kun je zonder direct op de persoon te zitten maar op het gedrag, zowel beschermen als confronteren. Vaktherapie is voor jongeren een uitstekend middel om op een laagdrempelige manier in beweging te komen om ergens aan te werken. Zeker voor de doelgroep SGLVG, omdat deze mensen met woorden vaak moeilijk tot de kern kunnen komen. Door in het medium aan de slag te gaan wordt het voor hun makkelijker om abstracte zaken als emoties te herkennen en te kunnen overleggen. Zij kunnen deze zelf niet cognitief maken terwijl de reguliere zorg wel cognitief toetst. Succeservaringen motiveren cliënten om door te gaan. Het is aan de therapeut om de mogelijkheden van de cliënt in te schatten en de voorwaarde voor een succeservaring te creëren. Een succeservaring heeft een positief effect op de werkaliantie.

Het handelen van de meeste therapeuten bij de start van de therapie, komt overeen met de stappen zoals Smeijsters die schets in het onderzoek 'Muziektherapie in de Justitiële Jeugdinstellingen en Gesloten Jeugdzorg'(2012). Zoals eerder gezegd kan bij vaktherapie bij jongere in gedwongen kader het woord therapie in eerste instantie afschrikken. Dat kan te maken hebben met stigmatisering van het woord 'therapie', het gebrek aan probleem inzicht of de wil om te veranderen. De meeste therapeuten lopen dan ook niet met het woord therapie te koop. Het eerste doel is de cliënt in beweging te krijgen in het medium. Dat gebeurt in eerste instantie met laagdrempelige werkvormen die snel tot een succeservaring kunnen leiden.

Zoals eerder aangegeven begint de therapie of met een gesprek of met het doen van een activiteit, al naar gelang de wensen van de cliënt. Meestal behelst de eerste sessie een rondleiding in het lokaal en een verkenning van het materieel en materiaal. Leidend in het werken binnen het medium, is de wens van de cliënt en zijn mogelijkheden. De therapeut helpt hen met het onderzoeken van wensen en vaardigheden.

De werkaliantie heeft op zijn beurt weer een groot effect op het werken in het medium: als er een klik is tussen de therapeut en de cliënt, voelt deze zich veiliger en durft hij zich meer te laten zien en zichzelf te zijn. Dan kan er eens met klei worden gegooid of gescholden worden. Dit sluit aan bij de theorie van Piaget over habitueel gedrag (Molen, 2010; Hakvoort, 2004) waarin Hoofdstuk 5.5 verder op wordt ingegaan. Die openheid van de cliënt leidt tot meer aanknopingspunten voor de behandeling en uiteindelijk mogelijk tot meer inzicht bij de cliënt.

De meerwaarde van vaktherapie is dat samen iets doen, samen bewegen, een band schept. Je bent in het hier & nu bezig. Verbale therapieën gaan altijd over gisteren of morgen. In vaktherapie kan het over het moment gaan, de *present moment* (Smeijsters, 2008). Men kan in het contact zitten en dat bindt. Vanuit het ervaren in het medium worden situaties gecreëerd die cliënten kunnen laten opbloeien en beleven. De therapeut kan daar direct een compliment over geven en de cliënt kan tot een betekenisvolle ervaring komen. Dit kan een rechtstreeks effect hebben op het handelen en het gedrag. Praten staat verder van je gevoel af en in een verbale therapie kunnen enkel situaties uit het verleden worden gecompimenteerd, wat een verminderd effect heeft. Door het werken in het medium is er directer toegang tot je emoties. Successen uitlichten en bevestigen werkt bevorderlijk voor de werkaliantie (Yperen, 2010). Het grote voordeel van vaktherapie is dat deze successen zich niet in het verleden bevinden zoals bij verbale therapie, maar dat deze in het hier & nu kunnen worden gezien, blootgesteld en gedeeld. En bovenal: gecompimenteerd. Het voordeel van vaktherapeutische werkvormen is, dat ze kunnen worden afgestemd op het individu. De vaktherapeut bezit de kwaliteit en de ervaring om dat te herkennen en het medium biedt de vrijheid om in te kunnen handelen. Elke vaktherapeut heeft een aantal kenmerkende werkvormen achter de hand die waar nodig kunnen worden ingezet. Belangrijk is in te spelen op wat de cliënt wil en daarbij de doelen proberen in te voegen.

Het medium muziek sluit heeft veel aanknopingspunten met jongeren in gedwongen kader en de te vormen werkaliantie. Alleen al over muziek praten kan al een band scheppen. Er kan zo diep op ingegaan worden als men wil, maar er kan ook met distantie over gesproken worden: de beluisterde nummers zijn door anderen gespeeld. Hierdoor zit, zoals eerder aangehaald, het medium als emotionele buffer tussen de cliënt en de therapeut in. Improviseren in het medium is een uitstekende

werkvorm om een alliantie in te kunnen bewerkstelligen. Dat is niet altijd even eenvoudig. Veel jongeren in de leeftijd tot 18 jaar personifiëren zich met het werk van anderen en voelen zich onzeker waardoor ze niet zichzelf zijn. Men identificeert zich naar zijn omgeving (Molen, 2010). Voor de doelgroep SGLVG van boven de 18 jaar die veel moeilijker kunnen leren en moeite hebben met begrijpen en uitvoeren van opdrachten, is de improvisatie een uitkomst. Een aangeboden structuur dient eenvoudig en duidelijk te zijn. In een improvisatie daarentegen kunnen geen fouten worden gemaakt en biedt zodoende een veilig kader voor het maken van contact. In een improvisatie kan de cliënt uit zijn hoofd kruipen. Zowel cliënt als therapeut kunnen dichterbij elkaar komen of afstand nemen. De therapeut kan in een improvisatie vrijuit interventies plaatsen.

De vaktherapeut beschikt over vele kwaliteiten om te kunnen variëren in het aanbod binnen het medium. Zo kan hij bij ieder individu op elk moment in de therapie aansluiten. De timing is vaak door ervaring aangeleerd en zoals eerder gezegd afhankelijk van veel verschillende factoren. Binnen dramatherapie kan bijvoorbeeld het aanbepel worden ingezet: een laagdrempelige werkvorm waarin niets hoeft en alles mag. Er is geen afgebakende duur. Het kan twee seconden duren, het kan 15 minuten duren. Daarnaast is er voor de jongere de mogelijkheid om vrij laten in zijn handelen, al naar gelang de daadkracht. Zo kan hij zelfs de therapeut vermoorden: er mag met andere woorden vrij worden geëxperimenteerd en uitgeprobeerd.

PLEASEN

Soms heeft de cliënt als enige doel de therapeut te een plezier te doen en daar zijn of haar eigen voldoening uit te halen. Dit wordt ook wel *pleasen* genoemd en komt veel voor bij de Borderline Persoonlijkheidsstoornis (Molen, 2010). Ook dan kan werken in het medium goede resultaten opleveren die inzicht geven of veranderingen bewerkstelligen in de werkalliantie. Zo kan er bijvoorbeeld worden gekozen voor werkvormen waarbij geen optimale uitkomst mogelijk is. Dat wil zeggen: volledig voldoen aan de wensen van de therapeut.

Binnen muziektherapie met jongeren in gedwongen kader wordt veel gebruik gemaakt van raphtherapie en muziekproductie werkvormen (Smeijsters, 2012). Hierbij speelt de therapeut in op de wens van de cliënt een lied te componeren om vervolgens daarin aan therapeutische doelen te werken. Al doende komt de cliënt in contact met probleemgedrag.

Ook werkvormen in een popmuzieksetting komen veel voor. Centraal staat de wens van de cliënten om een bepaald nummer te spelen. Om succeservaringen in de kaart te spelen hebben liedjes met één akkoordenschema de voorkeur zodat er gedurende het liedje niet gewisseld hoeft te worden. Er wordt gekeken naar de affiniteit en vaardigheden van de deelnemende cliënten. De één kan iets op de drum, de ander heeft vroeger pianoles gehad en een derde durft wel te zingen. De muziektherapeut legt aan iedere cliënt zijn partij uit. In groepen van drie is het makkelijker om dat met een co-therapeut of stagiaire te doen om verveling te voorkomen. Binnen deze setting kunnen ze oefenen met de interactie door samen in hetzelfde ritme te spelen en tegelijkertijd te beginnen en te stoppen. Het gaat hier niet om goed of fout maar om de puls weer op te pakken op het moment dat men die kwijt is. Er is sprake van samenspel en luisteren naar elkaar. Een andere laagdrempelig werkvorm binnen muziektherapie is het gebruik van het drumstel. Iedereen heeft een ritmegevoel (Honing, 2013). Bij drummen is er echter sprake van een complexe samenwerking tussen de verschillende hersenhelften. Het vergt een flinke lichamelijke en geestelijk inspanning om dat te kunnen. Het drumstel en het ritme kunnen ook worden opgedeeld om het te laten aansluiten bij de vaardigheden van de cliënt en een succeservaring te bewerkstelligen.

Zoals eerder benoemd kunnen jongeren werken in het medium beeldend soms kinderachtig vinden. Kwasten en potloden spreken soms dan niet tot de verbeelding. Hoe anders is dat bij een werkvorm met vuur, daar komt heel wat bij kijken. Er moet worden gepland en er moeten duidelijke afspraken worden gemaakt. De jongere krijgt verantwoordelijkheid al naar gelang hij dat aankan. Vervolgens kan er samen met de therapeut bijvoorbeeld hoefijzers worden geslagen, tegenover elkaar in elkaars ritme. Contact zonder woorden.

Binnen de beeldende therapie kunnen verschillende werkvormen de werkalliantie verkennen en het contact met de cliënt en de therapeut op de voorgrond zetten. Een vaktherapeut noemde een werkvorm waarbij er door de cliënt en de therapeut om beurten op één vel werd getekend. Een andere werkvorm die de cliënt tot persoonlijk contact verleidt en hem open kan stellen in het medium, is een collage maken waarin je jezelf voorstelt.

Binnen PMT komt fysiek contact veelvuldig voor. Eigenschappen van de werkalliantie als vertrouwen en veiligheid krijgen zo een lijfelijke lading. Op deze wijze kan binnen een werkvorm met een klimmuur het thema vertrouwen worden verkend. De cliënt kan geblinddoekt klimmen en gezekeerd worden door de therapeut. Als er echt vertrouwen is kunnen de rollen ook worden omgedraaid, zo kan je laten ervaren dat het vertrouwen er ook echt is.

Bij een contactwerkvorm als boksen staan regels en afspraken op de voorgrond: waar mag je wel slaan en waar niet? En hoe hard slaan we? Werkvormen die aansluiten bij jongeren zijn free-runnen, boksen, klimmen en voetballen. Veel jongeren, vooral binnen de Justitiële Jeugd Inrichting, hebben veel energie en zijn op zoek naar een adrenaline-kick. Binnen het medium PMT kunnen die grenzen worden opgezocht. Hetzelfde kan bereikt worden met muziek.

5.4.3 INTERVENTIES

Het plegen van interventies is iets wat de vaktherapeut aanvoelt. Het is een combinatie van training en jarenlange ervaring. Het gaat niet meer geheel bewust en heeft alles te maken met timing. Al deze kennis behoort tot de *tacit knowledge*, ook wel ervaringskennis genoemd. De situatie die zich aandient wordt door de vaktherapeut herkend en zo kan hij snel anticiperen op wat er in het moment gebeurt.

Over de manier van werken van de hulpverlener om de werkalliantie te bevorderen, heeft Yperen (2010) het over de volgende kenmerken: exploratief te werk gaan, diepgaand zijn, reflecteren op thema's, steunend zijn, successen uit het verleden zien en benadrukken, accurate interpretaties geven, faciliteren bij het uitdrukken van emoties, actief zijn, bevestigen, begrip tonen en aansluiten bij de ervaringen van de cliënt.

De therapeut is bedacht op de korte aandachtspanne van de jongere en het risico op verveling. Op tijd nieuw materiaal in de therapie inbrengen wordt door een aantal vaktherapeuten genoemd als zeer zinvol. Als therapeut en cliënt samenwerken aan hetzelfde product kan dit symbool staan voor de therapie en de bijbehorende werkalliantie.

Een veel genoemde interventie die bijdraagt aan de werkalliantie is de zelfonthulling, ook wel *exposure* genoemd (Smeijsters, 2012). De therapeut laat, binnen of buiten het medium, iets van zichzelf zien. Dat kan een emotie of een mening zijn, of bijvoorbeeld een product. Zelfonthulling geeft aan de cliënt het signaal af dat het ok is om in de therapie en in de relatie iets van jezelf te laten zien. Een relatie bestaat uit geven en nemen: door als therapeut een persoonlijke mening of ervaring met de cliënt te delen, neemt de gelijkwaardigheid en verbinding binnen de relatie toe. Daarnaast kan het zorgen voor een opening bij de cliënt om ook iets persoonlijks te delen.

Modeling: het meebewegen door de therapeut met de cliënt naar diens voorbeeld.

Bekrachtigen: de handelingen van de cliënt in het medium vergroten zodat deze in het medium meer zichtbaar zijn.

Rollen omdraaien: binnen het medium kan de gelijkwaardigheid in de werkalliantie worden bevorderd door de rollen in een werkvorm om te draaien. Bijvoorbeeld in de vorm van een volger en een leider.

Empathisch confronteren: op inlevende wijze het gedrag van cliënten teruggeven. Geen verwijten maken, het positieve benoemen maar er wel op wijzen dat hun inzet nodig is om er zelf profijt uit te halen. Een confrontatie heeft een grotere kans om tot inzicht bij de cliënt te leiden als er film- of fotomateriaal wordt gebruikt. Het letterlijk visualiseren van getoond gedrag kan de cliënt overtuigen. Dit kan bij beeldende therapie maar ook bij PMT en Drama worden ingezet.

Expert: de therapeut zet zijn kennis in om de cliënt van informatie te voorzien (dat kan gaan over het werken met het medium of de werking van de therapie).

De cliënt als expert: de cliënt legt iets uit aan de therapeut over een ervaring of een vaardigheid. De therapeut leert en luistert. De cliënt ervaart trots.

Voordoën: de therapeut laat zien hoe het materiaal of het materieel gebruikt moet worden en/of hoe de activiteit uitgevoerd kan worden. Deze interventie heeft een duidelijke rolverdeling en de cliënt leert iets nieuws.

Spiegelen: de cliënt zijn eigen handelingen en emoties teruggeven om zodoende eigen gevoelens en handelingen te kunnen herkennen en benoemen.

Complimenteren: de therapeut keurt gedragingen en uitvoeringen van de cliënt goed om deze te stimuleren door te gaan en om de aandacht op positieve kenmerken te vestigen. Dat komt het zelfvertrouwen van de cliënt ten goede.

Spion: de therapeut geeft de cliënt het gevoel speciaal te zijn en laat zien dat jij als therapeut misschien anders bent dan andere hulpverleners. De therapeut laat zien hoe hij als patiënt op andere hulpverleners overkomt en hoe hij zijn doel kan behalen. Zo fungeert de therapeut als spion die de patiënt een inkijk biedt in de wereld van de instelling en motiveert op deze manier de cliënt om aan de slag te gaan (Dam, 2008).

5.4.4 ROL VAN CONFRONTATIE IN HET MEDIUM

Om gedrag effectief te kunnen veranderen, dient de cliënt inzicht te krijgen in hoe het gedrag tot stand komt en welk effect dat heeft op mensen in zijn omgeving, want op een gegeven moment zal de cliënt daarmee geconfronteerd worden. Binnen de Cognitieve Gedragstherapie bestaan verschillende werkvormen die zich richten op de frustratie tolerantie. De therapeut zoekt bij de cliënt het punt op waarop deze gefrustreerd raakt en probeert zo inzicht te geven over zijn gedrag. Vaak is dit gedrag gerelateerd aan het delict-gedrag (Hakvoort, 2004). Een voorwaarde voor een confrontatie tussen de vaktherapeut en de cliënt, is de aanwezigheid van een goede werkalliantie. Zo kan een conflict en eventuele escalatie worden voorkomen. De frustratie, vaak ook agressie, richt zich in de meeste gevallen op de ruimte of binnen het medium (niet op personen of instrumenten). De therapeut geeft de cliënt de ruimte om het gedrag er te laten zijn en grijpt niet direct in. Een confrontatie biedt dus de mogelijkheid het (delict-)gedrag te spiegelen. Vooral bij mensen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis die snel hun boosheid uiten, komt een confrontatie vaker voor. Er is sprake van weinig ik-beleving, empathie en reflectie en weinig coping (Molen, 2010). Een aantal vaktherapeuten beamen dit. Om deze interventie te laten slagen is een sterke werkalliantie een voorwaarde. Ook timing speelt een grote rol. De vaktherapeut moet een beroep doen op zijn *tacit knowledge*. Een confrontatie hoeft nog niet meteen de gewenste uitwerking te hebben op de cliënt. Soms heeft hij wat meer tijd nodig om toe te geven of om te wennen aan het confronteren. Cliënten onthouden confrontaties naderhand wel, aldus therapeuten: ze komen erop terug in de evaluatie.

5.4.5 SAMENVATTING DEELVRAAG 4

Een kwalitatief goede werkalliantie is het resultaat van verschillende activiteiten die bijdragen aan binding en aan doel- en taakgerichtheid. (Horvath, 2011; aangehaald in Menger, 2013). Voor de vaktherapeut vinden die activiteiten voor het grootste deel in het medium plaats. Elk medium kan flexibel door vaktherapeuten laagdrempelig worden ingezet en zo aansluiten bij het individu. Het medium zorgt voor een veilige laag waar de therapeut interventies kan plegen zonder dat die direct op de persoon van de cliënt gericht zijn (Smeijsters, 2008). Werken in het medium moet plezierig zijn voor de jongere. Op die manier is het makkelijker om doelen te bereiken (Smeijsters, 2012). De vier media (Beeldend, Muziek, PMT & Drama) sluiten volgens vaktherapeuten goed aan bij de

persoonlijke expressievormen en gevoelswereld van de jongeren. Elk medium heeft zijn eigen sterke punten. Er bestaat onder vaktherapeuten een verschil van inzicht over wat meer van waarde voor een succesvolle behandeling is: het medium of de werkalliantie. Een succesfactor binnen de behandeling is de mate waarin de therapeut overtuigd is dat zijn methode werkt en de mate waarin hij dat kan overdragen aan de cliënt (Wampold, 1997; aangehaald in Menger, 2013). Vaktherapeuten zijn overtuigd van de werking van hun therapieën en kunnen de specifieke sterke punten van hun media benoemen.

Het medium is geschikt om een werkalliantie aan te gaan omdat de therapeut en de cliënt elkaar in totaliteit kunnen ervaren, zowel nabij als op afstand. Het medium kan ook een buffer zijn voor cliënt om zaken niet te dichtbij te laten komen. Jongeren zijn meer gericht op hun zintuigen dan ouderen, en binnen het medium kan daar op aangesloten worden. Jongeren die weinig gemotiveerd zijn en moeite hebben om met woorden tot de kern te komen, hebben aan vaktherapie een laagdrempelige manier om in beweging te komen. Leidend in het werken in het medium, is de wens van de cliënt en zijn of haar mogelijkheden. De meerwaarde van vaktherapie is dat samen iets doen, samen bewegen, een band schept. Verbale therapie gaat over gisteren en morgen terwijl vaktherapie over het hier & nu gaat (Smeijsters, 2008). Successen uitlichten en bevestigen werkt bevorderlijk voor de werkalliantie (Yperen, 2010). Binnen vaktherapie kunnen succeservaringen worden ervaren en gecompimenteerd in het hier & nu. Het voordeel van vaktherapeutische werkvormen is dat ze kunnen worden afgestemd op het individu. In het medium mag geëxperimenteerd worden met gedrag. Er is meer vrijheid voor de cliënt om zich te uiten.

Elk medium heeft zijn sterke kenmerken en functionele werkvormen voor de doelgroep jongeren in gedwongen kader. Daarin zijn diverse voorbeelden te vinden van werkvormen die de werkalliantie versterken of centraal zetten. Werkvormen die de werkalliantie kunnen versterken zijn over het algemeen werkvormen waarvan het materiaal en het materieel aansluit bij de cliënt en er sprake is van successenervaringen in het hier & nu die worden blootgesteld, gedeeld en van een compliment voorzien. Zaken die de werkalliantie versterken binnen het medium zijn werkvormen waarin het vertrouwen centraal staat.

Het timen van interventies maakt onderdeel uit van de tacit knowledge van de therapeut. Over de manier van werken van de hulpverlener om de werkalliantie te bevorderen, heeft Yperen (2010) het over de volgende kenmerken: exploratief te werk gaan, diepgaand zijn, reflecteren op thema's, steunend zijn, successen uit het verleden zien en benadrukken, accurate interpretaties geven, faciliteren bij het uitdrukken van emoties, actief zijn, bevestigen, begrip tonen en aansluiten bij de ervaringen van de cliënt. De vaktherapeut kan de volgende interventies plaatsen ten behoeve van de werkalliantie: bekrachtigen, zelfonthulling, rollen omdraaien, modeling, empathisch confronteren, therapeut als expert, cliënt als expert, voordoen, spiegelen, de rol van spion aannemen en complimenteren. Om gedrag effectief te kunnen veranderen, dient de cliënt inzicht te krijgen in hoe zijn gedrag tot stand komt en welk effect dat heeft op mensen in zijn omgeving. Een goede werkalliantie is een voorwaarde voor een succesvolle confrontatie tussen de vaktherapeut en de cliënt. Een effectief middel hierbij kan film of foto zijn.

5.5 WELKE INVLOED HEEFT DE WERKALLIANTIE OP HET BEHANDELRESULTAAT?

DE CIJFERS

De therapeutische relatie wordt veel waarde toegedicht in literatuur als het gaat om haar werkzaamheid in de behandeling (Hafkenscheid, 2014; Menger, 2013; Del Re; 2012; Van Yperen, 2010). De therapeutische relatie als werkzame factor in de therapie werd in de jaren 50 op de kaart gezet door de *cliëntcentred therapy* van Carl Rogers (Menger, 2013; Molen, 2010). Zijn lijfspreuk was: 'De relatie is het voertuig van de verandering'. Het grote verschil met de huidige opvatting over

de werkaliantie en die van Rogers uit de jaren zeventig is dat de werkaliantie niet voldoende voorwaardelijk is en vanuit de professional gezien verschilt van cliënt tot cliënt (Horvat, 2011). In de literatuur zijn tegenstrijdige percentages te vinden over het aandeel van de werkaliantie binnen de therapie. Het aandeel van de werkaliantie bij het behalen van de binnen de therapie gestelde doelen is volgens Nocross & Lambert 7,5 tot 15 procent (Menger, 2013). Volgens erkend psychotherapeut Irwin Yalom (2009) is elk succes in de behandeling te relateren aan de band tussen de patiënt en de therapeut. Maar de meest aangehaalde percentages komen van Lambert (1991, aangehaald in Menger, 2013): 70% van het succes van de behandeling wordt bepaald door de therapeutische relatie. Karver (2003, aangehaald in Yperen, 2010) komt in een onderzoek naar de waarde van de werkaliantie bij jongeren tot de volgende conclusie: de therapeutische alliantie heeft een aandeel 24-40% van de totale effectiviteit van de behandeling.

De cijfers zijn wisselend om een aantal redenen. Om te beginnen worden ze beïnvloed door het type probleem: externaliserende problematiek kent een sterker verband met de therapeutische alliantie en behandelresultaat dan internaliserende problematiek. Daarnaast is de meting op een later tijdstip gehouden: hoe later in therapie gekeken wordt naar de werkaliantie, hoe groter het verband met het behandelresultaat. Ook ligt het aan het type informant: therapeuten hechten meer waarde aan de werkaliantie dan een cliënt. De ontwikkelingsfactoren (zoals cognitieve en psychosociale rijpheid) van kinderen om een relatie te vormen, spelen ook een rol. Tot slot is het effect minder bij kortdurende therapie: hoe korter de therapie, hoe belangrijker de inhoud (Yperen, 2010).

In de cijfers is vooralsnog weinig overeenstemming te vinden. Volgens Yperen komt dat onder andere door verschillende terminologieën en categorisatie die gehanteerd worden in de onderzoeken naar de werkzame factoren van therapie (2010). Het begrip werkaliantie wordt door de betrokken vaktherapeuten nauwelijks actief gebruikt om de relatie tussen cliënt en therapeut te duiden. De meeste vaktherapeuten spreken van de therapeutische relatie. Een enkeling heeft het over de werkrelatie.

Twee van de twaalf therapeuten hanteren het begrip werkaliantie en benoemen ook dat dit begrip de relatie inhoudelijk goed definieert namelijk: meer gericht op een gelijkwaardig aandeel in de relatie van therapeut en cliënt en meer aandacht voor de taken en doelen die deel uitmaken van de relatie in het gedwongen kader (Menger 2013). In het contact met de cliënt wordt de relatie met werkaliantie noch met therapeutische relatie aangeduid. Vaak wordt er dan gesproken over de samenwerking, onderlinge communicatie of interactie.

WAARDE

Ondanks de onduidelijkheid in terminologie is er unaniem overeenstemming over de grote waarde die de werkaliantie heeft op het behandelresultaat. Vooral voor jongeren tot en met 18 jaar vervult de werkaliantie een essentiële rol in de behandeling, ongeacht welke methodiek er wordt gehanteerd: de werkaliantie ontstijgt zich aan de therapeutische modellen en diens theoretische kaders en draagt zo bij aan de therapeutische effecten (Hafkenscheid, 2014; Trijsburg, 2003). De kans op het bereiken van een doel is het hoogst als er problemen ontstaan en deze vervolgens worden opgelost (Horvath, 2011). Ook de binding wordt vergroot door het samen oplossen van problemen.

Er is geen bewijs voor de veronderstelling dat de werkaliantie verbetert als gevolg van een verbetering van de cliënt (Menger, 2013). Dat de problematiek van de cliënt afneemt is dus niet de oorzaak van een eventuele gelijktijdige kwaliteitsverbetering in de werkaliantie.

De kwaliteit van de werkaliantie is op zichzelf een voorspeller van het behandelresultaat (Menger, 2013). De werkaliantie of therapeutische relatie komt in onderzoeken naar psychotherapie al 30 jaar als belangrijke voorspeller van de behandeling naar voren (Del Re, 2012). Therapeuten die consistent betere werkalianties vormen met cliënten, behalen betere behandelresultaten met cliënten (Del Re, 2012). Gekeken naar de interviews met vaktherapeuten is de werkaliantie niet in alle gevallen een goede voorspeller voor het behandelresultaat. Soms wordt de therapeut voor de gek gehouden. Dan worden bijvoorbeeld de therapiedoelen wel gehaald maar is er een gebrekkige transfer van het veranderde gedrag naar het eigen systeem. De therapeut kan de cliënt inzicht geven over hoe hij veiligheid en vertrouwen in zijn systeem kunnen creëren. De therapeut zou zichzelf nooit onmisbaar moeten maken en aansturen op autonomie. Menger (2013) spreekt over een balans tussen betrokkenheid en empathie enerzijds en onthechting anderzijds. De werkaliantie heeft een bijdrage

aan het inzichtelijk maken van het gedrag van de cliënt. Volgens Piaget kan het gedrag van de mens worden opgedeeld in situationeel en habitueel gedrag (Molen, 2010; Hakvoort, 2004). Als cliënten de eerste paar keren in nieuwe situaties komen, laten ze dito gedrag zien: het situationele gedrag. Pas na een paar sessies, als de band sterker is en er gewenning bij de cliënten aan de therapie is opgetreden, laten zij habitueel gedrag zien (Hakvoort, 2004). Het habitueel gedrag staat vaak in verband met het delict gedrag (Hakvoort, 2004) indien daar bij de cliënt in kwestie sprake van is. Het vertrouwen en de veiligheid van de werkalliantie kunnen voorwaarden zijn voor het inzicht krijgen in het habitueel gedrag.

VAKTHERAPEUTEN

De vaktherapeuten duiden de werkalliantie een grote rol toe in de vaktherapie. Misschien wel de grootste. De werkalliantie is de basis van de therapie. Zonder een relatie of band met de cliënt, kun je als therapeut niet effectief confronteren of complimenteren. Zonder werkalliantie komt dat eenvoudiger wijs niet aan. "Je moet iets met iemand hebben om verder te komen". De cliënt moet het gevoel krijgen dat hij gezien wordt. Een kleine meerderheid van de ondervraagde therapeuten vindt dat de werkalliantie meer bijdraagt aan de therapie dan het medium. Maar veelal is er sprake van een wisselwerking. De verschillende lijnen binnen de mediumdriehoek kunnen actiever of minder actief worden gemaakt. Een goede werkalliantie zorgt dus voor een doelgerichtere therapie. De vaktherapeut kan effectiever duidelijk maken wat er gebeurt, zowel in de therapie als in het medium. Wanneer er enigszins sprake is van een vertrouwensband worden interventies van de therapeut beter begrepen en geaccepteerd door de cliënt.

5.5.2 SAMENVATTING DEELVRAAG 5

De kwaliteit van de werkalliantie is op zichzelf een voorspeller van het behandelresultaat (Menger, 2013). Therapeuten die consistent betere werkallianties vormen met cliënten, behalen betere behandelresultaten met cliënten (Del Re, 2012). De therapeutische relatie wordt veel waarde toegedicht in literatuur als het gaat om haar werkzaamheid in de behandeling (Hafkenscheid, 2014; Menger, 2013; Del Re, 2012; Van Yperen, 2010). Vaktherapeuten dichten de werkalliantie veel waarde toe in het behalen van een succesvol behandelresultaat en zij wordt genoemd als basis van de therapie. Het is moeilijk om op het aandeel van de werkalliantie ten opzichten van het behandelresultaat een percentage te plakken aangezien de terminologie in de onderlinge onderzoeken verschilt (Yperen, 2010). Het aandeel van de werkalliantie aan het behandelresultaat bij jongeren ligt tussen de 24% en de 40% (Karver, 2003; aangehaald in Yperen, 2010). Dat is afhankelijk van het type probleem, de ontwikkelingsfactoren, het type informant, de duur van de therapie en het tijdstip in de behandeling waarop de werkalliantie wordt gemeten. De invloed van de werkalliantie is niet gebonden aan een methodiek. De werkalliantie ontstijgt zich aan therapeutische modellen en diens theoretische kaders en draagt bij aan de therapeutische effecten (Hafkenscheid, 2014; Trijsburg, 2003). Het begrip werkalliantie leeft niet onder de vaktherapeuten. Zij gebruiken de term therapeutische relatie. Een groot deel van de vaktherapeuten vindt de term werkalliantie inhoudelijk beter passen dan de term therapeutische relatie. De therapeut zou zichzelf nooit onmisbaar moeten maken en aan moeten sturen op autonomie. Menger (2013) spreekt over een balans tussen betrokkenheid en empathie enerzijds en onthechting anderzijds. De werkalliantie draagt bij aan het inzicht krijgen in gedragingen van de cliënt.

6. CONCLUSIE

Ongeveer 4000 jongeren worden jaarlijks gedwongen opgenomen en behandeld in de gesloten jeugdzorg en/ of justitiële jeugdinrichting. Door gebrek aan probleembeleving en behandelmotivatie bij jongeren binnen het gedwongen kader (Smeijsters, 2012; Heemskerk, 2011) is succesvol behandelen een uitdaging. Jongeren hebben vaak affiniteit met de (of één van de) verschillende media en nog niet met therapie (Smeijsters, 2012). Hierdoor heeft vaktherapie een uitzonderlijke positie binnen de behandeling van jongeren in gedwongen kader. Door het exploreren van interesse en verwachtingen wordt aansluiting gevonden bij deze jongeren (Smeijsters, 2012).

In de zoektocht naar het verbeteren van de effectiviteit van therapie, is het noodzakelijke alle onderdelen van de therapie zo goed mogelijk in kaart te brengen (Menger, 2013). Om de relatie van het werken goed te kunnen duiden is de term werkalliantie ontstaan. De werkalliantie wordt door Menger (2013) omschreven als de relatie tussen de cliënt en therapeut. Deze relatie is een tijdelijke samenwerking tussen therapeut en cliënt waarbij hun verhouding in dienst staat van de doelen die overeengekomen zijn. Menger (2013) onderzocht de invloed van de werkalliantie op het behandelresultaat en de behandelmotivatie. De vraag is nu hoe vaktherapie deze nieuwe kennis kan toepassen en transformeren naar vaktherapie en het werken met jongeren in gedwongen kader? Het antwoord daarop komt uit de hoofdvraag van dit onderzoek: hoe kunnen vaktherapeuten behandelmotivatie en behandelresultaat bij jongeren in gedwongen kader bevorderen door de focus te leggen op werkalliantie?

De werkalliantie speelt een belangrijke rol in het behandelproces omdat het op zichzelf een voorspeller is van het behandelresultaat (Menger, 2013). Met op zichzelf wordt bedoeld dat er niet naar andere factoren gekeken hoeft te worden om een voorspelling te doen. Hoe later in de behandeling wordt gemeten, hoe nauwkeuriger de werkalliantie het behandelresultaat kan voorspellen (Hafkenscheid, 2014; Yperen, 2010). Therapeuten die consistent betere werkallianties vormen, behalen betere behandelresultaten met [cliënten] (Del Re, 2012).

De doelgroep jongeren in gedwongen kader in de leeftijdscategorie 12 tot met 23 jaar is nauwelijks eenduidig te nemen. Er zijn grote verschillen te vinden bij de rechtelijke machtiging waar de jongere onder valt: wel of niet onder SGLVG (Sterk Gedragsgestoord & Licht Verstandelijk Gehandicapt), het soort instelling waar de jongere wordt behandeld en de persoonlijke ontwikkelingsfase waar de jongere zich in bevindt.

De vaktherapeuten zijn over het algemeen sterk gericht op de kwalitatieve kenmerken van de werkalliantie zoals omschreven door Menger (2013): gezamenlijke doel- en taakgerichtheid en een wederzijdse binding. De doelen in de vaktherapie worden in samenspraak met de jongere opgesteld. In bijna alle gevallen gebeurt dit expliciet. De therapeut zoekt samen met de jongere naar activiteiten, of wel taken in het medium die aansluiten bij zijn wensen en vaardigheden. Het expliciet bespreken van doelen en inzichten bevordert de doel- en taakgerichtheid in de werkalliantie en vergroot de kans op transfers naar de eigen context van de jongere.

De werkalliantie is een betere voorspeller in langdurige therapie dan in kortdurende en wordt sterker als er sprake is van complexere therapeutische doelen. De effectiviteit van de werkalliantie is groter in individuele therapie dan in groepstherapie. De therapeutkenmerken hebben meer effect op de werkalliantie dan de cliëntkenmerken.

De werkalliantie binnen vaktherapie wordt gekenmerkt door de aanwezigheid van het medium. De mediumdriehoek illustreert de verschillende wijzen waarop de vaktherapeut contact kan maken met de cliënt. De vaktherapeut kan het medium inzetten om een betere responsieve afstemming op de cliënt te krijgen. Vaktherapie kan bij voorkeur op individuele basis aan de cliënt worden aangeboden omdat de werkalliantie dan beter kan worden afgestemd.

De evaluatie van de werkalliantie vindt volgens de respondenten binnen vaktherapie enkel plaats als deze een actieve rol speelt in de problematiek van de jongeren. De evaluatie van de werkalliantie is het meest effectief als deze systematisch wordt gedaan en er ruimte is voor het aanduiden van specifieke gebeurtenissen in de werkalliantie tijdens de therapie, zoals confrontaties of conflicten (Hafkenscheid, 2014). Systematische monitoring van cliënten feedback wordt als zeer effectief ervaren als het gaat om het vergroten van de voorspellende waarde van de werkalliantie op het behandelresultaat (Menger, 2013). Tijdens conflicten en confrontaties komt de kwaliteit van de werkalliantie naar voren, zolang de therapeut vertrouwen en veiligheid blijft bieden (Hafkenscheid, 2014). Deze momenten uitdiepen tijdens de evaluatie zijn van zeer toegevoegde waarde voor verder onderzoek naar de effectiviteit van de werkalliantie.

De intuïtieve kennis, of *tacit knowledge*, van de therapeut is van grote professionele waarde voor de sterkte van de werkalliantie (Hafkenscheid, 2014). Vaktherapeuten schrijven een groot deel van hun professionele kennis toe aan hun ervaringskennis, of intuïtie. Die kennis wordt in de praktijk gebruikt om creatieve oplossingen en mogelijkheden te bedenken waardoor de cliënt het beste uit zichzelf kan halen. De vaktherapeut is zich over het algemeen bewust van deze kennis en de meerwaarde ervan in de therapeutische setting. De kenmerken die de hulpverlener worden toegedicht in de werkalliantie komen voor een groot deel overeen met de kenmerken van vaktherapeutische attitude in het werken met jongeren in gedwongen kader. De vaktherapeut is daarin empathisch, ondersteunend, acceptierend, geduldig en creatief. Verder heeft de vaktherapeut een ‘doen wat je zegt en zeggen wat je doet’ mentaliteit, stuurt hij aan op gelijkwaardigheid binnen de relatie en creëert hij veiligheid en vertrouwen om de cliënt te motiveren aan doelen te werken. De vaktherapeut houdt rekening met de invaliderende gevolgen van de stoornis van de cliënt. Deze hebben directe invloed op de werkalliantie. De vaktherapeut ziet reeds aanwezige mediumvaardigheden bij de cliënt niet als een voorwaarde voor vaktherapie. Een gemotiveerde cliënt heeft een positieve bijdrage op de werkalliantie.

Medium activiteiten die bijdragen aan de binding tussen therapeut en cliënt en aan de doel- en taakgerichtheid, dragen bij aan een kwalitatief goede werkalliantie. De vaktherapeut kan laagdrempelige werkvormen aanbieden die aansluiten bij de mogelijkheden van de cliënt. Interventies in het medium zijn niet direct op de persoon gericht maar kunnen worden afgestemd op de gevoeligheid van de cliënt zodat gespeeld kan worden met afstand en nabijheid. De mediumdriehoek illustreert de verschillende lijnen waarop dat mogelijk is. Vaktherapeuten staan achter de behandeling die ze aanbieden en kunnen dat helder communiceren naar de jongeren. Dit zorgt voor vertrouwen en overtuiging bij de cliënt in het succes van de behandeling. De vaktherapeut kan de volgende interventies plaatsen ten behoeve van de werkalliantie: bekrachtigen, zelfonthulling, rollen omdraaien, modeling, empathisch confronteren, therapeut als expert, cliënt als expert, voordoen, spiegelen, rol als spion aannemen en complimenteren.

De aanwezigheid van het medium zorgt voor een driehoek in het contact waardoor de responsiviteit van vaktherapeut in de werkalliantie een groter effect heeft op de cliënt. De vaktherapeut zet daarbij een breed repertoire aan interventies in, zowel binnen als buiten het medium. Vaktherapie is zeer geschikt voor het vormen van een effectieve werkalliantie. Vaktherapeuten bezitten de kwaliteiten om de werkalliantie te bevorderen en maken daar effectief gebruik van. Een systematische evaluatie van de werkalliantie in de therapie met de cliënt zou leiden tot een nog groter effect van de werkalliantie op de behandelmotivatie en het behandelresultaat.

In conclusie kan worden gesteld dat de vaktherapeut als professional veel waarde hecht aan en veel inzet toont voor de werkalliantie binnen de vaktherapeutische behandeling van de jongeren. De vaktherapeut beschikt over de juiste kwaliteiten om succesvolle interventies in de werkalliantie te kunnen plegen. De vaktherapeut evalueert die interventies in de werkalliantie onvoldoende om daar optimaal profijt ten aanzien van het behandelresultaat uit te kunnen halen.

7. AANBEVELINGEN

In het onderzoek naar de werkaliantie binnen vaktherapie bleek dat onder de respondenten de term werkaliantie nauwelijks bekend was, en nog minder werd gebruikt om de therapeutische relatie te duiden. Het gebruik van de term werkaliantie om de samenwerking met de jongeren te duiden verhoogd de focus op een kwalitatief goede werkaliantie: taak- en doelgerichtheid en wederzijdse emotionele binding. Daarnaast kan het integreren van de term 'werkaliantie' binnen vaktherapie belangrijk zijn voor het aansluiten bij de huidige ontwikkelingen binnen andere beroepsgroepen zoals de reclassering. De professionaliteit van de therapeut en de beroepsgroep kunnen op deze manier worden verhoogd.

De voorspellende werking die de werkaliantie heeft aangaande het behandelresultaat wordt door vaktherapeuten onderkend. De voorspellende waarde komt het best tot zijn recht als er systematische evaluatie plaats vindt en als er in die evaluatie aandacht uitgaat naar de werkaliantie. Hafkensheid (2014) pleit er zelfs voor om concrete situaties uit te schrijven en te bespreken om diepgang in de evaluatie aan te brengen. Vaktherapeuten die werken met jongeren in gedwongen kader evalueren de relatie met de cliënt alleen als daar met betrekking tot de problematiek hulpvragen liggen. Door standaard op gezette tijden de werkaliantie te evalueren kan er optimaal van de voorspellende waarde van de werkaliantie worden geprofiteerd door zowel de therapeut als de instelling en de jongeren zelf.

De attitude van de vaktherapeut komt zeer overeen met de kenmerken die aan hulpverleners worden toegeschreven als zijnde bevorderlijk voor de werkaliantie. Het is interessant te onderzoeken of dat komt door de opleiding tot vaktherapeut, waar de persoonlijke ontwikkeling in dienst van het therapeuschap een voorname plaats in neemt, of door de vanzelfsprekendheid van het werken met een medium. Ook is er onderzoek nodig om de interventies die worden ingezet te specificeren en de *tacit knowledge* waar de vaktherapeuten, die met deze uitzonderlijke doelgroep werken, over beschikken te expliciteren en te kunnen delen met collega-therapeuten en studenten.

Ehealth wordt steeds meer toegepast in de zorg op behandelingen te initiëren. Vanuit de werkaliantie gezien is dat een interessante ontwikkeling: welke invloed heeft dat op de band tussen de therapeut en de cliënt later in de behandeling? En kan er via een software programma en via beeld gesprekken ook een effectieve alliantie ontstaan?

Tot slot wordt er een blik geworpen op het onderzoek 'Stay Tuned' waar een werkaliantie monitor voor vaktherapie zal worden ontwikkeld. In de literatuur wordt vermeld dat een evaluatie naast systematisch ook concrete situaties moet bevatten om betekenisvol voor de kwalitatief betere werkaliantie te kunnen zijn. In de interviews met respondenten kwam naar voren dat jongeren in de evaluatie niet altijd even eenvoudig die diepgang kunnen aanbrenge. Daarnaast is het juist een kracht van vaktherapie dat er vrijheid is om te experimenteren. Vrijheid die beperkt kan worden door vergaande protocollering. Het is aan de onderzoekers om een goede balans te vinden tussen de kracht van vaktherapie en het optimaliseren van de focus op werkaliantie.

8. BRONNENLIJST

Berman, A. (2005); *Ich bin ein vaktherapeut. Overdenkingen bij het beroep, de federatie, en de opleidingen*; Tijdschrift voor Vaktherapie; 1 (1), 25-31.

Boer, Marije de, & Marc Noom (2005); *Gedwongen motivatie: OTS-jongeren en hun motivatie voor hulpverlening*; Amsterdam: Uitgeverij SWP.

Dam, Arno van & Mulder, Niels (2008); *Motivatie en mogelijkheden van moeilijke mensen*; Houten: Bohn Saflue van Loghum.

Del Re, A. C., Flückiger, Christoph, Horvath, Adam O., Symonds, Dianne & Wampold, Bruce E. (2013); Therapist effects in the therapeutic alliance-outcome relationship: A restrict-maximum likelihood meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 32 (2012) 642-649.

Dienst Justitiële Inrichtingen (2009); <http://dji.nl/Onderwerpen/Jongeren-in-detentie/Straffen-en-maatregelen/>. Geraadpleegd op 27 maart 2015.

Doek, Prof. Mr. J.E. & Vlaardingebroek, Prof. Mr. P. (2009); *Jeugdrecht en jeugdzorg*; Amsterdam: Elsevier Juridisch. Hoofdstuk 19: Justitiële vormen van jeugdzorg. P. 711-792.

Haas, Willem de (2012); *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg: een praktische handleiding op basis van groepsdynamica*. Uitgeverij Boom/Nelissen: Haarlem.

Hakvoort, Laurien; (2004); *Dadergedrag waarneembaar gemaakt*; Muziektherapie als observatie instrument voor forensische patiënten; Tijdschrift voor Creatieve therapie; jrg 23 (nr. 4) p. 7-13.

Halm, Ilse van (2011): <https://www.youtube.com/watch?v=j8mml44QTAs&feature=youtu.be> ; Geraadpleegd op 16-05-2015.

Hafkenscheid, Anton (2014); *De Therapeutische Relatie*; Utrecht: De Tijdstroom.

Heemskerk, Ineke (2011); *Een delictvrije toekomst: methode voor het begeleiden van delinquenten jongeren*; Bussum: Uitgeverij Couthino.

Jonge, E., de (2011); *Professionaliteit: Een model van kern en context*; Deventer: Professionaliteit.nu

Menger, Anneke, Krechtig, Lous & Bosker, Jacqueline (2013); *Werken in gedwongen kader: Methodiek voor het forensisch sociaal werk*; Amsterdam: Uitgeverij SWP

Molen, Henk T. van der, Perreijn, Sandra & Hout, Marcel A. van den; (2010); *Klinische psychologie*; Theorieën en psychopathologie; Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.

Mortel, Monique van de & Valenkamp, Marije (2011); *Samen Werken aan Perspectief: Een methode voor intensieve behandeling in de residentiële jeugdzorg*; Houten: Bohn, Stafleu & Van Loghum.

Overes, Jos; 16-08-2014; *Methodische articulatie, verslag*; Hogeschool van Utrecht,

- Smeijsters, Henk (2008); *Handboek Creatieve Therapie*; Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Smeijsters, Henk, Kurstjens, Han, Kil, Julie, Welten, Jaap, Willemars, Gemmy & Dijkema, Pijke (2012); *Muziektherapie in de Justitiële Jeugdinstellingen en Gesloten Jeugdzorg: Resultaten van praktijkgericht onderzoek*; Heerlen: KenVaK Publishers
- Staalduinen, Willeke van, Drs. & ten Voorde, Frank; TNO; januari 2011; *Trendanalyse verstandelijk gehandicaptenzorg*.
- Toonen, 2015: <http://www.vgn.nl/artikel/3019-01-03-2015> geraadpleegd op 8 augustus 2015; Toonen, René; 2010; Gehandicaptenzorg groeit gestaag; Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.
- Trijsburg, R.W., Colijn, S. & Snijders, J.A. (2003); *Leerboek Integratieve Psychotherapie*; Enschede: De Tijdstroom Uitgeverij.
- Yalom, Irvin D. (2009); *Therapie als geschenk*; Amsterdam: Uitgeverij Balans.
- Yperen, Tom van, Steege, Mariska van der, Addink, Anne & Boendemaker, Leonieke (2010); *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg: stand van de discussie*; Nederlands Jeugdinstituut: Januari 2010.
- ZonMw. 2014 <http://www.zonmw.nl/nl/projecten/project-detail/stay-tuned-het-versterken-van-de-werkalliantie-tussen-vaktherapeuten-en-jongeren-in-het-gedwongen-k/samenvatting/> Geraadpleegd op 20-04-2015.

9. AFKORTINGEN

CGT	Cognitieve Gedragstherapie
FPA	Forensisch Psychiatrische Afdeling
FPC	Forensisch Psychiatrisch Centrum
JJI	Justitiële Jeugdinstelling
NMT	Neurologische Muziektherapie
PI	Penitentiaire Instelling
PMT	Psychomotorische Therapie
SCM	Sociaal Competentie Model
SGLVG	Sterk Gedragsgestoord en Licht Verstandelijk Gehandicapt

10. BIJLAGEN

BIJLAGE 1: HBO GEDRAGSCODE

HBO GEDRAGSCODE: *WERKALLIANTIE IN VAKTHERAPIE MET JONGEREN IN GEDWONGEN KADER*

Het professionele en maatschappelijke belang

Tijdens het uitvoeren van het onderzoek is er zo veel mogelijk geprobeerd om dicht bij de beroepspraktijk te blijven. De beschreven problemen zijn actueel en raken de maatschappij op verschillende lagen. Het onderzoek draagt bij aan het oplossen van deze problemen door in te spelen op de huidige problemen zowel maatschappelijk, professioneel als van de cliënt. Hierop volgend is een innovatief en toepasbaar product tot stand gekomen dat een koppeling maakt naar de Wmo.

Er is weinig bekend over de werking van de werkalliantie zowel binnen vaktherapie als voor jongeren in gedwongen kader. Dit onderzoek streeft ernaar al aanwezige latente kennis te expliciteren en meer toegankelijk te maken voor therapeuten. Zo komt er meer duidelijkheid over de werking van de werkalliantie in het medium.

Respect

Alle betrokkenen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek hebben hun medewerking verleend. Er is in het onderzoek rekening gehouden met de wetgeving rondom privacy. Er is niets gepubliceerd zonder toestemming of bronvermelding en interviews zijn half gestructureerd en anoniem afgenomen. De interviewer/onderzoeker heeft zich hierbij open opgesteld en voornamelijk geluisterd. Er zijn zo min mogelijk meningen of adviezen gegeven en de gestelde vragen waren open en ontstonden vanuit de belangstelling. Ook is er rekening gehouden met ethiek en regelgeving.

Zorgvuldigheid

Er zijn verschillende boeken, artikelen en andere bronnen onderzocht om een zo compleet mogelijk beeld te krijgen van het onderwerp, ondanks de het schaarse aanbod. Om een zo goed en volledig mogelijk beeld te creëren hebben er 12 therapeuten als respondenten opgetreden. Alle informatie is opgenomen in een logboek en bijgehouden tijdens het onderzoek.

Integriteit

Tijdens een onderzoek horen de onderzoekers onpartijdig en objectief te zijn. Uiteraard geldt voor dit onderzoek dat hier naar is gestreefd en dat het onderzoek zo objectief mogelijk is uitgevoerd.

Met de verzamelde gegevens is zo zorgvuldig mogelijk omgegaan en er zijn selecties gemaakt van de relevante informatie welke gecategoriseerd, gethematiseerd en geschematiseerd zijn.

Verantwoording van keuzes en gedrag

De tijdsdruk heeft het onderzoek enigszins in de weg gestaan en is daarom niet zo volledig als dat de onderzoeker had gewild. Maar de hoeveelheid data het heeft opgeleverd stemt tot tevredenheid en zal voor verder onderzoek beschikbaar blijven.

BIJLAGE 2: RESPONDENTEN

Pelle van Mansvelt
Muziektherapeut
Altercht Aventurijn

Rob van Alphen
Muziektherapeut
Inforsa

Jiska van Roon
Beeldende therapeut
Inforsa

Tom Kienhuis
Psychomotorische Therapeut
De Woenselse Poort

Suzanne Küss
Dramatherapeut
De Woenselse Poort

Saskia Spanings
Beeldende therapeut
De Woenselse Poort

Thirza Sprinkhuizen
Muziektherapeut
De Woenselse Poort

Tom Kes
Psychomotorische therapeut
JJI Lelystad

Marie-José van Drie
Beeldende therapeut
JJI Lelystad

Gerben Roefs
Muziektherapeut
FPC de Kijvelanden

Martina de Witte
Muziektherapeut
Dichterbij Stevig

Josefien van der Wekken
Dramatherapeut
OG Heldring