

Mag ik met je meedoen?

Een inventariserend kwalitatief onderzoek naar de werkalliantie tussen vaktherapeuten en jongeren in gedwongen kader



Naam	Tijs de Boer
Studentnummer	1602588
Datum	07-06-2016
Opleiding	Hogeschool Utrecht (in Amersfoort)
Consulent	Neel de Haan
Eerste beoordelaar	Han Kurstjens
Tweede beoordelaar	Liesbeth Menken
Studie	Creatieve Therapie Muziek

Samenvatting

Probleemstelling: De kwaliteit van de therapeutische werkaliantie is een belangrijke voorspeller voor een goed behandelresultaat bij cliënten. In het gedwongen kader blijkt het voor vaktherapeuten vaak lastig om een goede werkaliantie met jongeren te bewerkstelligen. Als onderdeel van het project Stay Tuned, opgezet door Kenvak (Lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën), is een onderzoek opgezet om te kijken hoe vaktherapeuten de werkaliantie in kunnen zetten om de therapiemotivatie en het behandelresultaat te verbeteren.

Methode: Dit onderzoek is een inventariserend kwalitatief onderzoek waarin interviews met twaalf vaktherapeuten zijn gecodeerd met het onderzoek software MAXQDA. Uit het coderen zijn thema's gecategoriseerd en is er een theorie opgebouwd naar aanleiding van wat de vaktherapeuten hebben verteld en hoe vaak overeenkomstige thema's zijn voorgekomen. Er is literatuurstudie gedaan zodat de onderzoeker sensitiviteit kon ontwikkelen voor thema's die al in de literatuur beschreven werden.

Resultaten: Uit literatuurstudies en de interviews blijkt dat er zeer tastbare manieren zijn voor de vaktherapeut om de werkaliantie te bewerkstelligen met jongeren in het gedwongen kader.

Conclusie: De rol van het medium dat de vaktherapeut kan inzetten in het bewerkstelligen van een werkaliantie bij jongeren in het gedwongen kader blijkt van groot belang. Veel therapeuten hebben de neiging om terug te grijpen op verbale interventies, terwijl het medium juist die werkaliantie goed kan bewerkstelligen. Daarbij wordt duidelijk hoe de onderwerpen afstemmen, cliënt- en therapeutkenmerken, het verloop van de werkaliantie, doelen en confrontaties kunnen worden gebruikt om de werkaliantie beter te begrijpen en beïnvloeden.

Abstract

Objective: The therapeutic alliance is an important predictor of a good treatment outcome. Therapists who work with young adults during involuntary treatment often find it hard to achieve a good therapeutic alliance. As part of the project Stay Tuned, initiated by Kenvak (lectureship for Arts Therapy), this research was started with the intention to find out how Arts Therapists can effectively use the therapeutic alliance in order to improve therapy motivation and therapy outcome.

Method: This is an inventory qualitative research where twelve interviews with Arts Therapists are coded with research software MAXQDA. From the codes, themes were extracted. From the themes a theory is developed, looking at what the interviewed therapists mentioned and how often certain themes have arisen in the interviews. A literature study is done in order to increase the researcher's sensitivity to themes that already have been mentioned in literature about the working alliance.

Results: Both literature studies and the interviews show that there are specific things Arts Therapists can do in order to strengthen the therapeutic alliance with young adults in involuntary treatment.

Conclusion: The media Arts Therapists play an important role in achieving the therapeutic alliance. Many Arts Therapists have the inclination to use verbal interventions, while the medium they use is a good way to achieve a good therapeutic alliance. Further, is clear that Art Therapists can use the subjects of adjusting, client and therapist features, the progress of the therapeutic alliance, goals and confrontation as well to achieve a good therapeutic alliance.

Voorwoord

Een groot project als dit Praktijkgericht Onderzoek is bijna onmogelijk om volledig in je eentje te voltooien. In de afgelopen maanden ben ik geholpen door een aantal mensen die ik graag zou willen bedanken.

Ten eerste wil ik Gemmy Willemars bedanken voor haar enthousiasme en power toen ze mij inleidde in het onderzoek en altijd snel op vragen en onzekerheden van mij heeft gereageerd. Evelyn Heynen, de officiële opdrachtgever van dit onderzoek, wil ik graag bedanken voor haar begeleiding en kritische feedback tijdens het proces van coderen en het schrijven van het artikel.

De evaluatiegroep van Gusta Boland, Jos Overes, Gemmy Willemars en Evelyn Heynen wil ik bedanken voor het tijdig invullen van het evaluatieformulier en het aankaarten van een aantal belangrijke punten die ik nog heb veranderd aan het artikel.

Jos Overes wil ik nog extra bedanken voor het feit dat hij zijn onderzoek beschikbaar heeft gesteld aan dit onderzoek en voor de gezellige afspraak in café België (hopelijk komen die vaker nu de scriptie uit de deur is).

Verder wil ik mijn moeder Nel Hofmeester niet alleen bedanken voor het nakijken van deze scriptie, maar voor het nakijken van bijna alle verslagen die ik tijdens de opleiding heb gemaakt. In jaar 4 van de opleiding ben ik mij enigszins gaan onthechten van de hulp van jou aan mijn verslagen; bij dit verslag had ik je toch echt nodig!

Mijn vader Wim de Boer bedank ik graag voor zijn stoïcijnse aanmoedigingen dat hoe goed ik ook bezig was, het werk nog niet af was. Dit heeft me scherp gehouden tijdens het maken van dit verslag.

Mijn schoonvader Rick Sandmann wil ik bedanken voor het aandringen dat ik iedere dag minimaal een half uur zou wandelen (het is vaker meer dan 30 minuten geworden) en dat ik genoeg water zou drinken.

Ik wil de rappers Method Man, Tupac Shakur, Jay-Z, 50 Cent, Kanye West en The Game bedanken voor hun muzikale motivatie tijdens het doen van dit onderzoek.

Tot slot wil ik de lieve Free Sandmann bedanken voor haar kritische en wetenschappelijk blik op de aanpak op dit onderzoek en vooral op de gezelligheid tijdens het schrijven van onze beider scripties

Inhoudsopgave

Samenvatting/Abstract	p. 2
Voorwoord	p. 3
Inhoudsopgave	p. 4
Inleiding	p. 6
1. Inhoudelijke oriëntatie	p. 7
1.1 <i>De werkaliantie, ontstaan en betekenis</i>	p. 7
1.1.1 <i>De begrippen 'werkaliantie' en 'methodiek'</i>	p. 7
1.1.2 <i>De werkaliantie is geen doel op zich</i>	p. 7
1.2 <i>De effect van de werkaliantie op het behandelresultaat</i>	p. 7
1.3 <i>Forensische psychiatrie: vaktherapie en de werkaliantie</i>	p. 8
1.4 <i>Jongeren in het gedwongen kader</i>	p. 8
2. Probleemstelling	p. 10
3. Hoofdvraag en deelvragen	p. 11
4. Methode	p. 12
4.1 <i>Onderzoeksdesign</i>	p. 12
4.2 <i>Onderzoekstype</i>	p. 12
4.3 <i>Dataverzamelingstechnieken</i>	p. 12
4.3.1 <i>Open coderen, axiaal coderen, selectief coderen</i>	p. 12
4.3.2 <i>Aanvullend literatuuronderzoek</i>	p. 13
4.4 <i>Dataverzamelingstechnieken en data-analyse</i>	p. 13
4.5 <i>Betrouwbaarheid en validiteit</i>	p. 13
4.5.1 <i>Validiteit</i>	p. 13
4.6 <i>Betrouwbaarheid</i>	p. 13
4.6.1 <i>Betrouwbaarheid in het literatuuronderzoek</i>	p. 13
4.7 <i>Aanpassing aan deelvragen</i>	p. 13
5. Resultaten	p. 14
5.1 <i>Deelvraag 1: Wat zijn de kenmerken van de werkaliantie bij jongeren in gedwongen kader?</i>	p. 14
5.1.1 <i>Literatuur</i>	p. 14
5.1.1.1 <i>Binding, taak en doel</i>	p. 14
5.1.2 <i>De doelgroep 'jongeren'</i>	p. 14
5.1.3 <i>Interviews</i>	p. 14
5.1.3.1 <i>(Therapeutische) band</i>	p. 15
5.1.4 <i>Verskil tussen jongeren en volwassenen</i>	p. 15
5.1.4.1 <i>Belang interpersoonlijke relatie</i>	p. 15
5.1.4.2 <i>Ontwikkelingsleeftijd</i>	p. 16
5.1.5 <i>Meerdere kenmerken</i>	p. 16
5.2 <i>Deelvraag 2: Welke kenmerken hebben vaktherapeuten en cliënten in de werkaliantie?</i>	p. 17
5.2.1 <i>Literatuur</i>	p. 17
5.2.1.1 <i>Therapeutkenmerken</i>	p. 17
5.2.1.2 <i>Cliëntkenmerken</i>	p. 18
5.2.2 <i>Interviews</i>	p. 18
5.2.2.1 <i>Kenmerken therapeut</i>	p. 18
5.2.2.2 <i>Cliëntkenmerken</i>	p. 19
5.2.2.3 <i>Cliëntkenmerken die bevorderlijk werken in de werkaliantie</i>	p. 19
5.2.2.4 <i>Stoornis</i>	
5.2.3 <i>Samenvatting</i>	
Deelvraag 3: <i>Op welke wijze zetten vaktherapeuten de werkaliantie in bij jongeren?</i>	p. 21
5.3.1 <i>Literatuur</i>	p. 21

5.3.2 Interviews	p. 21
5.3.2.1 Afstemmen	p. 21
5.3.3 Doelen bespreken	p. 24
5.3.4 Confrontatie	p. 26
5.3.5 Samenvatting	p. 27
Deelvraag 4: Welke interventies kan de vaktherapeut plegen ter beïnvloeding van de werkaliantie?	p. 28
5.4.1 Literatuur	p. 28
5.4.2 Interviews	p. 28
5.4.2.1 De rol van het medium	p. 32
5.4.2.2 Specifieke interventies en methodieken	p. 32
5.4.3 Samenvatting	p. 32
Deelvraag 5: Welke invloed heeft de werkaliantie op het behandelresultaat?	p. 33
5.5.1 Literatuur	p. 33
5.5.1.1 Het verloop van de werkaliantie	p. 33
5.5.2 Interviews	p. 34
5.5.2.1 Behandelresultaat (doel)	p. 34
5.5.2.2 Taak: Interventies effect behandelresultaat	p. 34
5.5.3 Samenvatting	p. 35
6. Conclusie	p. 36
6.1 Afstemmen	p. 36
6.2 De kracht van het medium	p. 36
6.3 Cliënt- en therapeutkenmerken	p. 36
6.4 De vorm van de werkaliantie	p. 37
6.5 Doelen	p. 37
6.6 Confronteren	p. 37
7. Aanbevelingen	p. 38
Bronnenlijst	p. 40
Bijlage I: Codeboom gebruikt tijdens het coderen	p. 44
Bijlage II: Opdrachtformulier opdrachtgever	p. 45
Bijlage III: HBO gedragscode	p. 47

Inleiding

Dit onderzoek is een onderdeel van het afstudeerprogramma van de opleiding Creatieve Therapie. Het onderzoek begon met de vraag vanuit Gemmy Willemars, namens Kenvak (Lectoraat Kennisontwikkeling Vaktherapieën), of er studenten waren die de werkalliantie wilden gaan onderzoeken. Tijdens de eerste afspraak heeft Gemmy Willemars uitgelegd dat vorig jaar door een muziektherapie student (Jos Overes) onderzoek is gedaan naar de werkalliantie bij jongeren in de forensische psychiatrie. In dat onderzoek zijn twaalf vaktherapeuten geïnterviewd om te onderzoeken hoe de werkalliantie er uit ziet bij vaktherapeuten die werken met jongeren in de forensische psychiatrie. De interviews waren zo kwalitatief goed opgezet en uitgebreid uitgevoerd dat de onderzoeker geen tijd meer heeft gehad om de interviews zorgvuldig te coderen. Dat maakte het moeilijk voor Kenvak om het eindproduct onder vaktherapeuten te verspreiden, terwijl Kenvak van de mening is dat deze informatie zo belangrijk is voor vaktherapeuten.

De vraag vanuit Kenvak aan de onderzoeker was om alle interviews zorgvuldig te coderen, en uit de codeboom een theorie te vormen over de werkalliantie onder begeleiding van Evelyn Heijnen (PhD).

De tweede vraag was of de onderzoeker als eindproduct een artikel wilde schrijven dat kon worden verspreid onder vaktherapeuten en dat opgenomen wordt op de website van Kenvak.

Na de zomer van 2016 wordt samen met Evelyn Heynen, de onderzoeker en andere specialisten een artikel geschreven dat wordt aangeboden aan het Tijdschrift voor Vaktherapie.

Bij deze scriptie is de nadruk op het onderzoek en het onderzoeksverslag komen te liggen.

Leeswijzer

In hoofdstuk 1, de inhoudelijke analyse, leest u over de achtergrond van de werkalliantie en aantal belangrijke begrippen uitgelegd.

Hoofdstuk 2 legt als vervolg op de inhoudelijke analyse de probleemstelling voor die hieruit is voortgekomen.

Hoofdstuk 3 beschrijft de hoofdvragen en deelvragen waar het onderzoek op is gebaseerd.

Vervolgens leest u in hoofdstuk 4 over de methode die is gehanteerd tijdens het doen van dit onderzoek.

In hoofdstuk 5 leest u de resultaten die uit het coderen van de interviews zijn voortgekomen, en de resultaten vanuit de literatuur. Eerst wordt steeds de literatuur beschreven en vervolgens de resultaten uit de interviews.

Hoofdstuk 6 houdt de conclusie in die is gekomen uit de resultaten.

Hoofdstuk 7 beschrijft de aanbevelingen die de onderzoeker doet naar aanleiding van het onderzoek.

Tot slot leest u in hoofdstuk 8 de discussie.

1. Inhoudelijke oriëntatie

1.1 De werkalliantie, ontstaan en betekenis

De dialoog over het belang van de relatie tussen therapeut en cliënt is niet nieuw. Het concept van de therapeutische alliantie dateert uit de tijd van Freud, die deze term niet gebruikte, maar wel het concept beschreef. Zijn stelling was dat iedere relatie is gebaseerd op overdracht. Later speculeerde hij dat de samenwerking tussen de cliënt en therapeut een gezamenlijke inspanning is om het lijden van de cliënt te overwinnen (Norcross, 2011).

Volgens Rogers (1957; 1959) zijn er zes noodzakelijke voorwaarden voor een verandering bij de cliënt in de therapie. De eerste hiervan houdt in dat er een relatie tussen de cliënt en therapeut nodig is, waarin beide personen de perceptie van de ander als belangrijk zien.

De therapeutische relatie werd door Gelso & Carter (1994) omschreven als volgt: "The relationship is the feelings and attitudes that therapist and client have toward one another, and the manner in which they are expressed (Norcross, 2011).

De term 'therapeutische relatie', die een betekenis impliceert van een situatie waar de therapeut de leidende figuur is, is in de jaren veranderd naar het concept van de therapeutische alliantie (Menger et al., 2014).

De werkalliantie wordt door Gelso & Hayes (1998) omschreven als de samenkomst tussen het gedeelte dat voor rede vatbaar is binnen een cliënt, ondersteund door het analyserende vermogen van de therapeut.

De werkalliantie kan worden onderverdeeld in drie aspecten, namelijk: de relatie tussen cliënt en therapeut die is gebaseerd op het vertrouwen dat de cliënt zijn therapiedoelen kan behalen, een overeenkomst over de doelen waaraan de cliënt wil werken tijdens de therapie en het samenwerken op taken die de cliënt helpt om de doelen te bereiken.

Voortbouwend op dit concept van Bordin, hebben Horvath et. al (2011) een nieuwe omschrijving van de werkalliantie bedacht: "The quality of the collaboration between client and therapist, based on a positive emotional bond, agreement on therapeutic goals and consensus on the tasks that make up therapy." In deze definitie wordt naast het emotionele aspect, ook het professionele aspect benoemd dat deel uit zou moeten maken van de therapeutische relatie.

1.1.1 De begrippen 'werkalliantie' en 'methodiek'

De begrippen 'werkalliantie' en 'methodiek' kunnen enkel in theorie van elkaar worden onderscheiden (Norcross & Lambert 2011). Het onderscheid is volgens Norcross & Lambert wel van belang om het ingewikkelde proces van therapie geven beter te begrijpen. Volgens Orlinsky (2000) is het niet mogelijk om in de praktijk een onderscheid te maken. Het interpersoonlijke gedeelte kan niet van het instrumentele worden gescheiden. Iedere instrumentele handeling heeft invloed op de relationele sfeer en andersom.

1.1.2 De werkalliantie is geen doel op zich

Volgens Menger et al. (2014) is de werkalliantie geen doel op zich. De werkalliantie kan volgens Menger et al. (2014) als goed worden gezien op het moment dat de daarbuiten gelegen doelen enigszins vorm krijgen.

1.2 De effect van de werkalliantie op het behandelresultaat

Tussen de jaren '70 en '90 is in een groot aantal onderzoeken gedocumenteerd dat de kwaliteit van de therapeutische relatie in veel verschillende vormen van psychotherapie en patiëntpopulaties een grote voorspeller was van een goed resultaat van de therapeutische doelen. De mate waarin de therapeutische alliantie van invloed is, is nog lastig aan te tonen, omdat de kwaliteit van de relatie onder andere wordt bepaald door het aantal sessies, welke sessies worden gesampled (bijvoorbeeld de eerste drie sessies of juist de middelste drie sessies), het type patiëntpopulatie en het type psychotherapie.

Voor onderzoek naar de werkaliantie is in de laatste decennia steeds meer interesse gekomen. De reden hiervoor is dat de werkaliantie als een aantrekkelijker concept wordt gezien dan de therapeutische relatie (Menger, 2014). Meta-analyses naar het effect van de werkaliantie binnen het vrijwillige kaders hebben uiteenlopende resultaten opgeleverd. De reden hiervoor is onder andere omdat in veel situaties de termen werkaliantie en therapeutische relatie door elkaar worden gebruikt, waardoor het lastig is om een eenduidig resultaat aan te tonen. De meeste van deze onderzoeken komen uit op een bijdrage van tussen 7.5 en 15% van de werkaliantie op het behandelresultaat (Norcross & Lambert, 2011; Crits-Christoph et al 2011; Horvath et al., 2011).

Deze onderzoekers menen dat ondanks dat het aandeel van de werkaliantie procentueel gezien niet zo groot is, de werkaliantie wel een cruciale voorwaarde is om behandeldoelen te bereiken; als er geen werkaliantie mogelijk is, is er ook heel weinig te bereiken in de therapie.

1.3 Forensische psychiatrie: vaktherapie en de werkaliantie

De behandeling in de forensische psychiatrie is met name gericht op het (positief) beïnvloeden van het gedrag en de kans op recidive te verkleinen. Behandelmotivatie en de geringe mate van reflectie bij de cliënten is vaak een bottleneck voor een goed behandelresultaat. Vaktherapie geeft een ingang om de behandelmotivatie en het probleembesef bij deze doelgroep te vergroten, door het opbouwen van een therapeutische werkaliantie binnen het kunstzinnige, vaktherapeutische medium (Kenvak, 2015).

Volgens Smeijsters (2008) is vaktherapie een uitermate geschikte behandeling voor cliënten in de forensische psychiatrie, omdat veel cliënten daar zitten voor hun handelen en vaktherapie juist gericht is op het handelen en de ervaring.

1.4 Jongeren in het gedwongen kader

In het gedwongen kader zijn jongeren te vinden die vallen binnen het jeugdstrafrecht of de jeugdbescherming.

Op het moment dat een jongere (met een psychiatrische stoornis) een gevaar voor zichzelf of de omgeving vormt, dan is er een mogelijkheid tot opname in het gedwongen kader. Dit kan volgens de wet BOPZ (Wet Bijzondere Opnamen Psychiatrische Ziekenhuizen) worden ingezet (Yulius, 2016)

Om tot een gedwongen opname te komen is een In Bewaring Stelling (IBS) nodig. Deze wordt alleen uitgegeven in zeer acute situaties waarbij dringend ingrijpen benodigd wordt geacht. Opname wordt op de dag van verhoor bij de rechter ingezet en duurt drie weken. Verder kan er een Rechterlijke Machtiging worden verleend van 6 maanden als het gevaar minder acuut is, maar de gehele ontwikkeling van de jongeren ernstig bedreigd is (Jeugdzorg Nederland, 2016).

Het jeugdstrafrecht geldt voor jongeren tussen de 12 en 18 jaar en kan worden opgehoogd naar 23 als de rechter dit van toepassing vindt op de casus (Leeftijdsgrens, 2016). Hier kunnen twee redenen voor worden gegeven (Jeugdcriminaliteit.com, 2016):

1. De persoonlijkheid van de dader geeft hier aanleiding toe, met betrekking tot de emotionele of cognitieve ontwikkeling.
2. Op het moment dat de omstandigheden waaronder het strafbaar feit is begaan hiertoe aanleiding geven.

De jeugdbescherming is een maatregel die de rechter dwingend oplegt. Dat gebeurt als een gezonde en veilige ontwikkeling van een kind of jeugdige wordt bedreigd en vrijwillige hulp niet of niet voldoende helpt. De rechter kan drie jeugdbeschermingsmaatregelen opleggen: een ondertoezichtstelling (OTS) (komt veruit het meest voor), ontzetting uit de ouderlijke macht en gezagsbeëindiging.

De jeugdbescherming in Nederland geldt van 0 tot en met 18 jaar. Er worden hier geen uitzonderingen beschreven, zoals bij het jeugdstrafrecht (Voor de Jeugd, 2015).

De jeugdbescherming is een maatregel die de rechter dwingend oplegt. Dat gebeurt als een gezonde en veilige ontwikkeling van een kind of jeugdige wordt bedreigd en vrijwillige hulp niet of niet voldoende helpt. De rechter kan drie jeugdbeschermingsmaatregelen opleggen: een ondertoezichtstelling (OTS) (komt veruit het meest voor), ontzetting uit de ouderlijke macht en gezagsbeëindiging.

De jeugdbescherming in Nederland geldt van 0 tot en met 18 jaar. Er worden hier geen uitzonderingen beschreven, zoals bij het jeugdstrafrecht.

2. Probleemstelling

In Nederland worden ieder jaar ongeveer 4000 jongeren gedwongen opgenomen in de gesloten jeugdzorg en justitiële jeugdinrichting.

In de laatste jaren is er in de zorg steeds meer belangstelling voor evidence based behandeling, ook binnen vaktherapie in de forensische psychiatrie. Hierin wordt de nadruk minder gelegd op de afstemming tussen therapeut en cliënt en in plaats daarvan komt de nadruk steeds meer te liggen op de behandeling an sich.

Volgens Harder (2011) zorgen de gedragsproblemen en beperkte motivatie van deze jongeren, samen met de autoritaire benaderingswijze door de groepsopvoeders, dat een goede werkrelatie wordt bemoeilijkt. Zij stelt dat de uitkomsten van de hulp kunnen verbeteren als de residentiële zorg zich gaat richten op de relatie tussen cliënt en hulpverlener en het vergroten van de behandelmotivatie van de cliënten.

Zoals beschreven in de inhoudsanalyse, is de behandeling in de forensische psychiatrie vooral gericht op het (positief) beïnvloeden van het gedrag en de kans op recidive te verkleinen. Behandelmotivatie en de geringe mate van reflectie bij de cliënten ligt vaak een goed behandelresultaat in de weg. Vaktherapie geeft een ingang om de behandelmotivatie en het probleembesef bij deze doelgroep te vergroten, door het opbouwen van een therapeutische werkaliantie binnen het kunstzinnige, vaktherapeutische medium (Kenvak, 2015; Smeijsters et al., 2012; Heemskerk, 2011).

Volgens Smeijsters et al. (2012) hebben jongeren weinig met therapie, terwijl ze dikwijls wel affiniteit hebben met minimaal één van de media die worden aangeboden binnen vaktherapie. Via een onderzoekende houding kan de therapeut steeds beter aansluiten bij de verwachtingen en interesses die de jongere heeft.

Menger (2014) haalt in haar boek aan dat de werkaliantie in de reclassering (Norcross & Lambert, 2011; Crits-Christoph et al., 2011; en Horvath et al., 2011) een essentiële voorwaarde is voor een goed behandelresultaat. Aangezien vaktherapie door het medium goed aansluit bij de theorieën over het opbouwen van een goede werkaliantie, is de vraag in hoeverre vaktherapeuten de werkaliantie nog beter kunnen inzetten bij jongeren in het gedwongen kader.

3. Hoofdvraag en deelvragen

Hoofdvraag

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

Deelvragen

Deelvraag 1

Wat zijn de kenmerken van de werkalliantie bij jongeren in gedwongen kader?

Deelvraag 2

Welke kenmerken hebben vaktherapeuten en jongeren in gedwongen kader in de werkalliantie?

Deelvraag 3

Op welke wijze zetten vaktherapeuten de werkalliantie in bij jongeren in gedwongen kader?

Deelvraag 4

Welke interventies kan de vaktherapeut plegen ter beïnvloeding van de werkalliantie met jongeren in gedwongen kader?

Deelvraag 5

Welke invloed heeft de werkalliantie op het behandelresultaat bij jongeren in gedwongen kader?

4. Methode

4.1 Onderzoeksdesign

Het type onderzoek dat is gedaan is 'kwalitatief onderzoek'. In dit onderzoek word gezocht naar relevante mogelijkheden voor vaktherapeuten om de werkaliantie bij jongeren in het gedwongen kader toe te passen.

4.2 Onderzoekstype

Dit onderzoek is een inventariserend (explorerend) onderzoek. Er wordt gepoogd om de kennis die vaktherapeuten in hun therapie inzetten te vergelijken met elkaar en alle overeenkomsten en opmerkelijke discrepanties te beschrijven om een zo compleet mogelijk beeld te vormen van de keuzes die een vaktherapeut met betrekking tot de werkaliantie en jongeren in gedwongen kader kan maken. Een inventarisatie wordt gemaakt van de professionele kennis uit de praktijk en de kennis die in de literatuur voorkomt.

4.3 Dataverzamelingstechnieken

4.3.1 *Open coderen, axiaal coderen, selectief coderen*

In dit onderzoek is gebruik gemaakt van de drie fasen die Boeije (2014) beschrijft over het coderen van interviews in kwalitatief onderzoek. Vooraf aan het coderen heeft de onderzoeker de literatuur gelezen die Overes (2015) heeft gebruikt om een theoretische sensitiviteit te ontwikkelen voor de informatie over de werkaliantie. Volgens Boeije (2014) is dit een belangrijke eerste stap, omdat de onderzoeker op deze manier meer begrip heeft van de vraagstukken die er leven over het onderwerp, de gangbare verklaren voor verschijnselen en de gebruikelijke theoretische modellen die meestal worden gehanteerd. Dit leidt tot 'sensitizing concepts' die de onderzoeker tijdens het coderen op vruchtbare sporen kan attenderen.

Er is begonnen met open coderen in het coderingsprogramma 'MAXQDA'. Hierin heeft de onderzoeker alle gegevens die zijn verzameld, in dit geval de interviews, zorgvuldig doorgelezen en in fragmenten verdeeld. Uit deze eerste fragmenten zijn een aantal eerste codes ontstaan die mogelijk een onderdeel konden gaan worden van de codeboom die is gebruikt.

Vervolgens is de onderzoeker alle codes gaan categoriseren en heeft hier een voorlopige codeboom van gemaakt. Hierin zijn sommige codes samengevoegd, die veel op elkaar leken.

Tot slot heeft de onderzoeker tijdens het selectief coderen de meest relevante en vaakst voorkomende categorieën in de codeboom gezet en bekeken wat de verbanden tussen deze codes waren. In dit proces zijn een aantal codes verdwenen omdat zij te weinig informatie gaven over het onderwerp dat in interviews werd aangehaald, of al in andere codes werden besproken. Hieruit zijn uiteindelijk, met vergelijking met de literatuur, conclusies op getrokken.

In het proces van het axiaal en selectief coderen heeft de onderzoeker overlegd met zijn opdrachtgever (Evelyn Heynen), die veel schrijft en leest over de werkaliantie. Evelyn heeft vervolgens duidelijke en kritische noten aangebracht aan de codeboom, die hebben geleid tot een definitieve codeboom. Daarna heeft de onderzoeker alle interviews opnieuw gecodeerd om er zeker van te zijn dat er zoveel mogelijk informatie uit de interviews die van belang is, ook daadwerkelijk zijn genoteerd.

4.3.2 *Aanvullend literatuuronderzoek*

Vanuit Kenvak is aangegeven dat nieuwe literatuur voor dit onderzoek niet noodzakelijk was. Echter, om de deelvragen extra goed via de literatuur te kunnen beantwoorden, heeft de onderzoeker extra literatuur opgezocht. Met name over de beginselen van de werkaliantie en hoe deze vanuit de psychotherapie is opgezet. Aangezien er in vaktherapie bijna geen literatuur is over specifiek de werkaliantie en vaktherapie, heeft de vaktherapeut getracht om

een verbinding te maken met de kennis die al uit psychotherapeutisch onderzoek aanwezig was en de kennis die de vaktherapeuten in hun interviews delen.

4.4 Dataverzamelingstechnieken en data-analyse

Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van de Grounded Theory. De theorie is gevormd vanuit (expliciet gemaakte) impliciete kennis uit interviews, die vervolgens zijn verbonden met bestaande literatuur.

De onderzoeker heeft tijdens de theorievorming in eerste instantie de deelvragen niet meegenomen om zo open mogelijk thema's te kunnen vormen. Pas toen de uitgewerkte thema's in deze scriptie zijn gevoegd werden de thema's onderverdeeld in de deelvragen.

4.5 Betrouwbaarheid en validiteit

4.5.1 Validiteit

Externe validiteit

Er is gebruik gemaakt van twaalf interviews met vaktherapeuten met een verschillende vaktherapeutische achtergrond (muziektherapie, beeldend, drama en psychomotorische therapie). Hierdoor is de theorie goed generaliseerbaar omdat er vanuit de verschillende vaktherapieën input komt.

Interne validiteit

De interviews zijn opgenomen en getranscribeerd waardoor fouten in de overdracht zijn geminimaliseerd. Daarbij is er tijdens het coderen voor gekozen om alleen de fragmenten mee te nemen die heel duidelijk een code omschrijven. Zo zijn er veel fragmenten weggehaald waar niet heel duidelijk een bepaalde betekenis uit kon worden gehaald. Dit maakt de validiteit van het onderzoek groter omdat de thematisering en de conclusie zijn gebaseerd op uitspraken die vaktherapeuten expliciet en binnen de juiste context hebben gemaakt.

Daarbij is de validiteit van het onderzoek groter gemaakt door de interviewvragen in samenhang met de alliantie-monitor van Menger (2013) te maken.

4.6 Betrouwbaarheid

Bij het coderen van de interviews en bij de literatuuronderzoek heeft de onderzoeker alleen beweringen gedaan die precies zo staan beschreven als in de literatuur. Waar er twijfel is in de literatuur of bij een vaktherapeut, heeft de onderzoeker deze twijfel ook benoemd.

4.6.1 Betrouwbaarheid in het literatuuronderzoek

Voor dit onderzoek is veel literatuur uit de psychotherapie gebruikt. De reden hiervoor is dat het onderzoek van Stay Tuned is opgezet vanuit de gedachtegoed van Bordin (1979), zelf een psychotherapeut. De onderzoeker heeft getracht om zoveel mogelijk vanuit dit concept van de werkaliantie te werken, zodat er een duidelijk gekaderde lijn wordt gevolgd gedurende het onderzoek. Een kantlijn bij dit literatuuronderzoek is dat er veel informatie uit psychotherapeutische hoek is gebruikt en dat niet alle doelgroepen waar onderzoek mee is gedaan wordt verstaand onder jongeren in gedwongen kader.

4.7 Aanpassing aan deelvragen

Er is een kleine aanpassing geweest op de deelvragen. De onderzoeker kwam er achter dat in het onderzoek van Overes (2015) in de laatste vier deelvragen, in de vragen niet werd gerelateerd aan de doelgroep. Impliciet is het uiteraard logisch dat de deelvragen ook over jongeren in gedwongen kader gaat, echter voor de volledigheid van het onderzoek is gekozen om de doelgroep steeds te benoemen bij de deelvragen.

5. Resultaten

5.1 Deelvraag 1: Wat zijn de kenmerken van de werkaliantie bij jongeren in gedwongen kader?

5.1.1 Literatuur

5.1.1.1 Binding, taak en doel

Het concept over de werkaliantie dat het meest wordt aangehaald in de literatuur is ontwikkeld door Bordin (1975) en Horvath et al. (1986, 2011). Volgens Bordin (1979) bestaat de werkaliantie uit drie onderdelen, namelijk de binding, de gezamenlijke doelgerichtheid en de gezamenlijke taakgerichtheid. Onder de 'binding' wordt de mate verstaan waarin de therapeut en cliënt zich gebonden voelen en hechten aan de gezamenlijk vastgestelde behandeldoelen en taken die nodig zijn om de doelen te bereiken. De gezamenlijke doelgerichtheid houdt in dat het (professionele) contact zich richt op het verwezenlijken van heldere en concrete doelen en dat de cliënt zich enigermate bewust is van die doelen. De gezamenlijke taakgerichtheid gaat over de taken die volgens cliënt en therapeut nodig zijn om het doel te bereiken. Volgens de literatuur dient hier een uitgesproken overeenstemming over te zijn tussen de cliënt en de therapeut (Menger, 2014).

Tot slot zijn er verschillende onderzoekers die vinden dat de kenmerken doel- en taakgerichtheid in het gedwongen kader zo sterk samenhangen dat er eigenlijk sprake is van één kenmerk (Tatman & Love, 2010; Florsheim, 2000; Menger et al., 2014).

5.1.2 De doelgroep 'jongeren'

Als er wordt gesproken over 'jongeren in het gedwongen kader', dan wordt er gesproken over een doelgroep met een grote verscheidenheid aan mensen. Zo kan de leeftijd verschillen tussen 12 en 23 jaar (leeftijdsgrens strafrecht). Volgens Bil (2009) en Molen (2010) is er een groot verschil tussen deze leeftijden, zowel in gedrag als ontwikkelingsstadium als persoonlijke factoren.

Daarbij is er een groot verschil in redenen tot opname. Zo kan een jongere via de jeugdbescherming worden opgenomen als de ontwikkeling van het kind in gevaar dreigt te raken (Jeugdzorg Nederland, 2016), maar kan een jeugdige ook worden opgenomen via het jeugdstrafrecht, waarin een grote verscheidenheid aan delicten en probleemgedrag een rol speelt (DJI, 2009) en waarin er verschillende instellingen met verschillende behandelwijzen zijn (Mortel, 2011).

Een groep die belangrijk lijkt om rekening mee te houden is de groep Licht Verstandelijk Beperkten (LVB) (Menger, 2014). Ondanks dat het moeilijk is om te onderzoeken, lijkt het erop dat deze groep is oververtegenwoordigd in de justitiële zorg. LVB hebben een IQ van tussen de 70 en 85. De groep LVB heeft een verscheidenheid aan kenmerken, zoals een minder ontwikkeld geweten, beperkte impulscontrole, een achterstand in begrip op verscheidene vlakken en een verminderde mogelijkheid om hun emoties te kunnen uiten, wat er toe kan leiden dat deze minder goed beheerst worden (De Beer, 2011). Daarbij gaat LVB vaak gepaard met bijkomstige problematiek zoals een psychiatrische stoornis, problemen in de sociale sfeer en medisch-organische problemen (Vermeulen, Jansen & Feltzer, 2007; Snell & Luckasson, 2009).

Het type delict van deze doelgroep komt vrij duidelijk overeen, er is vooral sprake van vermogensdelicten, zedenmisdrijven en brandstichting bij deze doelgroep (Day, 1993; Lindsay et al., 2004).

5.1.3 Interviews

Onder de kenmerken van de werkaliantie vallen een heleboel zaken die ook onder andere deelvragen passen. Daarom is er voor gekozen om de kenmerken die ook bij andere deelvragen passen kort toe te lichten en te verwijzen naar de bijbehorende deelvraag.

5.1.3.1 (Therapeutische) band

In 10 van de 12 interviews komt naar voren dat een band opbouwen tussen de cliënt en therapeut de eerste stap is om de werkaliantie te bewerkstelligen. Vertrouwen en veiligheid worden genoemd als de basis van een goede band. Er wordt benoemd dat een cliënt pas aan doelen zal werken als diegene weet dat de therapeut te vertrouwen is en geen misbruik maakt van wat hij laat zien in de therapie (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9 T11, T12).

Zoals T12 vertelt:

“Dat ze een soort veiligheid ervaren waardoor ze niet om dingen heen praten maar tot een soort inzichtgevende therapie kunnen gaan over waar wat zijn jouw thema's, hoe kan je daar mee aan de slag, wat zijn jou kern gedachtes, hoe kan je die onderzoeken en misschien wel veranderen als ze niet helpend zijn?” [T12]

Een belangrijke manier waarop T1, T4, T5, T6, T8 en T11 het vertrouwen van cliënten winnen is door duidelijkheid te scheppen over wat er gaat gebeuren in de therapie, regels op te stellen over de omgang met elkaar en de instrumenten die worden gebruikt. Als een cliënt merkt dat de therapeut zich als stabiele factor aan de regels kan houden, dan schept dit vertrouwen bij de cliënt. Een regelmaat waarbij de cliënt weet wat hij aan de therapeut heeft.

Zo benoemt T8:

“Veiligheid: dat ze weten wat kan binnen de therapie en wat niet kan. Gewoon heel simpel de randvoorwaarden, maar ook in bejegening: respectvol zijn. Dat lijkt vanzelfsprekend maar als je echt naar jongeren gaat kijken, die hebben dat niet altijd.” [T8]

T5 en T6 geven aan dat hoop geven een belangrijk onderdeel is in de band die je met een cliënt hebt. Soms heeft een cliënt de hoop van de therapeut nodig om stappen te durven zetten. De cliënt weet dat de therapeut er zit met het idee dat er resultaten te behalen zijn en dat is volgens T5 en T6 belangrijk om vanuit te gaan. Als de therapeut die hoop niet voor de cliënt heeft, dan is het aan de therapeut om bij zichzelf te rade te gaan.

T6 vertelt bijvoorbeeld:

“En als je die zelf niet meer hebt, zou je heel snel intervisie met tegenoverdracht moeten kijken dat je nog ergens die hoop uithaalt anders ga je echt de grond in. En ik denk dat is die kennis waar je zegt: Ik heb al zo veel... ik heb gezien dat het kan en ik weet ook dat dat bij jou kan. Dat is wat ik doe.” [T6]

In de band die therapeut en cliënt in de werkaliantie hebben is het volgens T11 en T12 belangrijk om jezelf te kunnen laten zien en je eigen kwetsbaarheid. Dit helpt de cliënt om in te zien dat de therapeut ook een mens is en eigenlijk op gelijke voet met de cliënt staat. Het zorgt ervoor dat de cliënt en de therapeut in een relatie komen waar de nadruk meer op 'samen' ligt dan op 'top-down'.

T12:

“Voordat ze hier gekomen zijn hebben ze al heel veel shit meegemaakt voordat ze dat überhaupt een plek kunnen geven. Dus die veiligheid en vertrouwen en.. Ik merk dat ik daar mijn eigen kwetsbaarheid in kan zetten ofzo en ik doe ook van die zelf-exposure technieken van 'Ik vind het ook heel moeilijk om dit te doen' om dan ergens te komen.” [T12]

5.1.4 Verschil tussen jongeren en volwassenen

5.1.4.1 Belang interpersoonlijke relatie

Het belangrijkste verschil tussen jongeren en volwassenen is dat de relatie met de therapeut belangrijker is bij de jongeren. Kijkend naar de mediumdriehoek, dan is bij volwassenen de verbinding met het medium belangrijker en voor jongeren de verbinding met de therapeut (T2, T8, T9, T11).

Zo beschrijft T2:

“In mijn beleving kun je daar (bij de jongeren) iets meer betekenen voor hen, juist omdat die relatie echter of meer puur opgebouwd kan worden en bij de volwassen mannen heb ik dat

een stuk minder. Het contact lijkt toch wat meer vluchtiger, wat minder echt betekenisvol ook al heb je iemand 1,5 of 2 jaar in therapie.” [T2]

T2, T9 en T11 onderschrijven dit onder andere aan het feit dat jongeren nog met meer overgave de therapeutische relatie in durven gaan en iets sneller het vertrouwen aan de therapeut geven.

“I= Met snelheid, bedoel je dan de snelheid waarmee ze dingen oppakken of de snelheid van het handelen.

T9= De snelheid van dus de relatie aangaan.

I= Ok.

T9= Dus iemand je volledig vertrouwt, volledige zin hebben en enthousiast zijn en er voor gaan. En vervolgens ook de snelheid waarmee ze vaardigheden onder de knie hebben. Dus een instrument leren bespelen en theorie onthouden en kunnen terug koppelen.”

T2 beschrijft heel expliciet dat het bij jongeren belangrijker is om te werken op de verbinding tussen cliënt en therapeut en bij volwassenen juist op de muziek:

“T2= Dat wel. Dat zit vooral ook in de relatie. De successen die ik daar heb gehaald met die jongeren dat is vooral in de relatie en dat medium was helemaal niet zo belangrijk. We gebruikten het medium allebei om de tijd door te brengen en de relatie iedere bijeenkomst eigenlijk te verstevigen. Maar ik heb het idee dat het medium voor die jongeren net zo goed buiten voetballen kunnen zijn. Daar gaat het om het contact: Luisteren naar de ander, er voor die ander zijn, afspraken nakomen. Voor al die basis dingen, die waren veel belangrijker denk ik dan het stuk muziek. En ik denk bij deze [volwassenen] mensen is het stuk muziek belangrijker. De relatie ontwikkelt zich wel maar die is veel minder heftig zeg maar.”

5.1.4.2 Ontwikkelingsleeftijd

Kijkend naar de verhouding tussen therapeut en cliënt en de manier waarop een cliënt in de therapie staat, is het belangrijk om te beseffen dat een deel van de cliënten in de forensische psychiatrie soms een ontwikkelingsleeftijd heeft die achterloopt bij de kalenderleeftijd en in andere gevallen juist voor loopt op de leeftijd die iemand heeft. Hier wordt dan ook naar gekeken bij het afstemmen op een cliënt en de houding die de therapeut in de therapiesessies aanneemt (T1, T4, T5, T6).

T4 geeft aan:

“T4= Maar ik .. als je ook ziet met hoe veel verschillende IQ lagen.. IQ'en we werken is een volwassen man van in de veertig soms net zo ontwikkeld als een meisje van 19 die hier binnen komt.” [T4]

5.1.5 Meerdere kenmerken

De werkalliantie bij jongeren in de forensische psychiatrie heeft uiteraard nog meerdere kenmerken. Deze vallen onder de andere deelvragen, dus die komen daar aan de orde.

5.2 Deelvraag 2: Welke kenmerken hebben vaktherapeuten en cliënten in de werkaliantie?

5.2.1 Literatuur

5.2.1.1 Therapeutkenmerken

Volgens Ross, Polashek & Ward (2007) is er veel onderzoek gedaan naar cliëntkenmerken in de werkaliantie, maar zijn onderzoeken naar therapeutkenmerken karig. Toch is er bewijs voor de bewering dat therapeuten hun persoonlijkheidskenmerken meenemen in de therapie. Zij halen aan dat professionele variabelen weinig tot geen relatie hebben tot de werkaliantie (Dunkle & Friedlander, 1996). Hersoug, Hoglend, Monsen en Havik (2001) hebben gevonden dat vier professionele variabelen (mate van ervaring, oriëntatie van professionele training, professionele vaardigheden en vooruitgang in de ontwikkeling als psychotherapeut) geen relatie hadden tot de werkaliantie. Er zijn wel een aantal kritische noten te maken bij deze bevindingen omdat er geen objectieve metingen zijn gedaan om dit te bewijzen, tevens waren de kwaliteiten die iemand moet ontwikkelen om een goede werkaliantie te bewerkstelligen tijdens deze onderzoeken niet duidelijk gedefinieerd.

Persoonlijke eigenschappen worden gezien als eigenschappen die moeilijk zijn te ontwikkelen binnen een opleiding, maar die iemand meeneemt vanuit zijn persoonlijke leven (Hersoug et al., 2001). Sommige van deze eigenschappen lijken effect te hebben op de werkaliantie van een therapeut in zijn professionele werk.

Wat betreft therapeutkenmerken op het relationele vlak is het belangrijk dat de therapeut warm, empatisch en flexibel is (Andrews & Bonta, 2007).

Andrews & Kiessling (1980) bevestigen dat bovenstaande kwaliteiten belangrijk zijn. Daarbij stellen zij dat het belangrijk is dat de therapeut positieve sociale gedragingen beloont en actief tegen antisociaal gedrag ingaat. De term 'firm and fair' wordt door hen aangehaald om dit idee aan te duiden.

Hoe een therapeut zich hecht aan zijn cliënten is ook belangrijk (Farrenkopf, 1992; Kozar & Day, 2012). Op het moment dat een therapeut voor langere tijd met cliënten in de reclassering werkt en een sterke binding en nabijheid voor de cliënten ontwikkelt, kan het gebeuren dat de therapeut zijn cliënten vanuit een te positieve blik gaat bekijken. Op het moment dat de cliënt dan weer probleemgedrag vertoont, kan de therapeut teleurgesteld raken in de cliënt en kan er een aversie ontstaan richting cliënten. Het is dus van belang dat de therapeut zich op een professionele manier hecht aan de cliënt (compleet geen hechting kan ook weer averechts werken).

De mate van de interpersoonlijke problemen die een therapeut heeft, zorgt voor een minder gunstig effect op de werkaliantie. Verder hebben therapeuten met herinneringen aan een moeder die goed voor hen zorgt, over het algemeen hogere scores op de werkaliantie (Hersoug et al.).

Het sociale netwerk van een therapeut en het vermogen om vertrouwde persoonlijke relaties op te bouwen met anderen geeft een hoge voorspeller op hoe een therapeut de 'binding' aan kan gaan (Dunkle & Friedlander, 1996).

Hechtingsstijlen lijken ook een effect te hebben op de kwaliteit van de werkaliantie. Zo hebben therapeuten met een angstige (volgens de therapeut zelf) hechtingsstijl vaak negatievere resultaten in de werkaliantie, terwijl de (volgens de therapeut zelf) veilig-gehechte meer succes hadden in het bewerkstelligen van een werkaliantie (Black Hardy, Turpin en Parry, 2005).

Haarhoff (2006) beschrijft dat de schema's (uit de cognitieve therapie) van therapeuten invloed op de werkaliantie kunnen hebben, maar hier is nog geen keihard bewijs voor.

Volgens Ackerman (2002) is het vermogen van de therapeut om vertrouwen en hoop in het therapeutisch frame te brengen een belangrijke factor in de werkaliantie. Verder verwacht hij dat betrouwbaarheid en responsiviteit een belangrijke factor in de werkaliantie zal zijn. Daarbij denkt hij ook dat het zelfvertrouwen dat een therapeut in zijn eigen kunnen heeft een

factor in de werkaliantie is (dit stuk nog even nalezen, pagina 4, of er daadwerkelijk ook bevindingen zijn gedaan).

5.2.1.2 Cliëntkenmerken

Ross et al. (2007) stellen dat er vaak wordt beweerd dat de inzet van de therapeut het belangrijkste is, maar dat zij het er niet mee eens zijn om alleen daarop de aandacht te vestigen. Een cliënt is volgens hen geen blank canvas of een passieve ontvanger in het therapeutische proces. Cliënten hebben vaak geen training gehad in het bewerkstelligen van een werkaliantie, maar ze komen wel met hun eigen persoonlijkheid, ervaringen, capaciteiten, doelen en verwachtingen naar therapie.

Demografische gegevens zoals leeftijd, sekse, huwelijksstatus en huidige werksituatie lijken geen voorspeller te zijn voor de werkaliantie (Meier, Barrowclough & Donmall, 2005). Opmerkelijker is dat sommige aannemelijke factoren zoals drugsgebruik, mate van zwaarte van de stoornis of symptomen ook geen effect op de werkaliantie lijken te hebben (Meier, Barrowclough & Donmall, 2005).

Wat betreft de voorspeller van persoonlijkheidskenmerken in de werkaliantie in psychotherapie, schijnen cliënten die eerder toegeeflijk en vriendelijk waren een grotere kans te hebben op een goede werkaliantie, in tegenstelling tot de agressievere en dominantere cliënten (Safran, Muran & Wallner-Samstag, 1992; Puschner, Bauer, Horowitz en Kordy, 2005).

Bij sommige jongeren in gedwongen kader kan het zijn dat er in eerste instantie geen sprake is van binding, maar wel van betrokkenheid bij doel en taak. Zij vinden de therapie zinvol en willen daarom aan de slag, zonder dat zij daarbij gelijk een binding met de therapeut hebben. Dit kan ook afhankelijk zijn van in welke module de therapie wordt gegeven. Soms moeten cliënten modules doorlopen die heel erg gebaseerd zijn op doelen, dus dan is de insteek van de therapeut in eerste instantie ook de taken en doelen en daarna pas de binding (Polashek & Ross, 2010).

Onderzoek wijst uit dat het zeer goed mogelijk is om met cliënten met een persoonlijkheidsstoornis een goede werkaliantie te bewerkstelligen (Gunderson, Najavits, Christoph, Sullivan, & Sabo, 1997) al is het makkelijker bij persoonlijkheidsstoornissen die volgens de DSM in Cluster A zitten dan bij degene die in Cluster B zitten (Lingiardi, Ludovica, & Baiocco, 2005).

Ook cliënten met een veilige hechtingsstijl en een betere sociale structuur hebben een betere kans op een goede werkaliantie (Meier, Donmall, Barrowclough, McElduff and Heller, 2005).

5.2.2 Interviews

5.2.2.1 Kenmerken therapeut

In alle interviews (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12) is even stilgestaan bij kenmerken van de therapeut binnen de werkaliantie. Vooral de vraag welke kenmerken bevorderlijk zijn is gesteld. Hierbij hanteerden de therapeuten een aantal begrippen, aangezien er in de interviews niet werd voortgebouwd op wat de betekenis voor de therapeut van een woord was, presenteert de onderzoeker alleen de woorden die specifiek door de therapeuten zijn gebruikt, om eventuele interpretatie van de onderzoeker uit de resultaten te houden. Een aantal van deze termen vindt u uitgebreid uitgewerkt terug in andere deelvragen.

Afstemmen op cliënt (T2, T3, T4, T5, T6, T9, T10, T11 en T12)

Oprechtheid (T1, T2 T3, T5, T6, T7)

Betrouwbaar, voorspelbaar, duidelijk (T1, T3, T7, T8)

Enthousiasmeren (T1, T4, T8)

Empathie (T2, T4, T6)

Geduld (T1 heeft het niet en benoemd dat ze dat wilt leren, T2, T7)
Begripvol (T2, T8)
Humor (T5)
Duidelijk grenzen aangeven (T8)
Onderzoekend (T12)
Steunend (T12)

5.2.2.2 Cliëntkenmerken

Bij een aantal interviews (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T8) is er stilgestaan bij kenmerken van de cliënt binnen de werkaliantie, welke kenmerken bevorderlijk zijn en welke niet. Ook hier worden de woorden beschreven waar niet verder op in is gegaan in de interviews.

5.2.2.3 Cliëntkenmerken die bevorderlijk werken in de werkaliantie

Onderzoekend (T8)
Motivatie om in het medium te bewegen (T1, T2,)
Capaciteit om iemand te vertrouwen (T1)

5.2.2.4 Stoornis

De geïnterviewden (T1, T5, T8) die gevraagd zijn welke stoornis het best bij ze past geven *allen* aan dat ze het stigmatiserend vinden om dit per stoornis te benoemen, vooral omdat zij cliënten niet per se als een stoornis zien. Binnen een stoornis zijn er zoveel persoonlijke verschillen.

Autisme (T5, T8) en depressiviteit (T1) worden genoemd als stoornissen die moeilijker zijn om mee samen te werken.

T3 geeft aan dat zij van tevoren al rekening houdt met de stoornis en daar haar verwachtingspatroon op aanpast:

“Ja, ik, nou, ik. Ik heb eigenlijk niet echt een specifieke voorkeur voor cliënten of zo. Het hangt er vanaf wat je wil in de werkrelatie. Wat je er van verwacht. En daarbij ga ik wel meestal uit van de problematiek van de cliënt en soms de diagnostiek want als je te maken hebt met een autistische cliënt dan weet je al dat bepaalde elementen in contact maken niet haalbaar zijn.” [T3]

T3 laat ook weten dat zij cliëntkenmerken niet zo belangrijk vindt omdat het gaat over hoe de therapeut inspeelt op een cliënt:

“Ja. Maar dat heb ik dus niet zo. Want ik vind wel dat het echt te maken heeft met hoe je je als therapeut op stelt. Want daarmee maak je het heel erg afhankelijk van de cliënt. **En** in de setting waar ik in werk moet je het meer afhankelijk stellen van de therapeut omdat ze zo veel beperkingen hebben.” [T3]

5.2.3 Samenvatting

Zowel persoonlijke therapeutkenmerken als cliëntkenmerken lijken invloed te hebben op de werkaliantie. Onderzoek lijkt uit te wijzen dat ervaring en type professionele toepassing niet veel effect heeft op de werkaliantie, maar dit onderzoek is niet heel betrouwbaar, omdat er geen objectieve metingen zijn gedaan om dit te bewijzen, tevens waren de kwaliteiten die iemand moet ontwikkelen om een goede werkaliantie te bewerkstelligen tijdens deze onderzoeken niet duidelijk gedefinieerd. Persoonlijkheidskenmerken van de therapeut die helpen bij het bewerkstelligen van een goede werkaliantie met cliënten zijn volgens de literatuur warmte, empathie, responsiviteit, flexibiliteit, duidelijkheid, een gezonde hechting jegens de cliënten, oprechtheid, betrouwbaarheid, een goed sociaal netwerk, het vermogen om in het privéleven vertrouwde contacten op te bouwen, het vermogen om betrouwbaarheid en hoop te bieden en een veilige hechtingsstijl.

Persoonlijkheidskenmerken die niet goed meehelpen zijn interpersoonlijke problemen (lijkt een tijdelijke staat te zijn) en een niet veilige hechtingsstijl. Uiteraard werkt een complete afwezigheid van de persoonlijkheidskenmerken die wel meehelpen de werkaliantie ook tegen.

In de interviews komen de volgende therapeutkenmerken naar voren: afstemmen op cliënt (T2, T3, T4, T5, T6, T9, T10, T11 en T12), oprechtheid (T1, T2 T3, T5, T6, T7), betrouwbaar, voorspelbaar, duidelijk (T1, T3, T7, T8), enthousiasmeren (T1, T4, T8), empathie (T2, T4, T6), geduld (T1, T2, T7), begripvol(T2, T8), humor (T5), duidelijk grenzen aangeven(T8), onderzoekend (T12), steunend (T12).

Het is moeilijk om te concluderen of de ervaring van de vaktherapeuten overeenkomen met die van de literatuur. Dit komt doordat de therapeuten niet duidelijk hebben omschreven wat zij precies bedoelen met de termen die zij hebben benoemd, daarom is het moeilijk om precies te vergelijken of termen die op elkaar lijken ook dezelfde betekenis hebben.

Ross et al. (2007) geven aan het niet eens te zijn met de bewering dat de inzet en kenmerken van de therapeut de enige voorspellers zijn in de werkalliantie omdat een cliënt geen blank canvas is waar een therapeut mee kan doen wat die wilt. Cliënten die eerder toegeeflijk, vriendelijk, veilig gehecht en geïsoleerd zijn, zijn een grote voorspeller van een goede werkalliantie, in tegenstelling tot agressieve en dominante cliënten.

Demografische gegevens lijken geen voorspeller te zijn van de kwaliteit van de werkalliantie, dit geldt evenmin voor meer aannemelijke factoren zoals drugsgebruik, mate van zwaarte van de stoornis of symptomen.

Cliënten met een persoonlijkheidsstoornis in Cluster A hebben over het algemeen een betere werkalliantie dan cliënten met een persoonlijkheidsstoornis in Cluster B.

Tot slot kan de werkalliantie vanuit de cliënt in eerste instantie op taak- en doelniveau zitten voordat de binding ontstaat.

Uit de interviews komen de cliëntkenmerken onderzoekend (T8), motivatie om in het medium te bewegen (T1, T2,), capaciteit om iemand te vertrouwen (T1) naar voren.

Verder hebben sommige vaktherapeuten meer moeite met cliënten die een stoornis in het autisme spectrum hebben en cliënten die depressief zijn.

Tot slot laat T3 weten dat zij de verwachting van de werkalliantie aanpast aan de mensen die zij krijgt en liever niet kijkt naar cliëntkenmerken, maar naar wat zij kan doen om met de cliënt mee te bewegen.

Deelvraag 3: Op welke wijze zetten vaktherapeuten de werkaliantie in bij jongeren?

5.3.1 Literatuur

Taffel (2016) beschrijft dat er bij psychotherapeuten in de werkaliantie een groot gevaar ligt dat zij enkel verbale technieken afwerken, terwijl een gesprek ook boven stereotype en expliciete categorieën kan stijgen. Op die manier kan een persoon zijn onuitgesproken 'ik' ontdekken die normaal onder een sociaal masker zit verstopt. Taffel (2016) oppert de term 'crafted spontaneity', in het Nederlands vertaald in 'ambachtelijke spontaniteit' binnen het gesprek. Dit is volgens hem nodig om psychotherapie tot een effectiever plan te brengen. Dit kan volgens Taffel door drie dingen te doen.

Ten eerste kan het door de 'vonk' binnen het gesprek te volgen, dus op gevoel onderzoeken waar iemands onuitgesproken 'ik' in het gesprek gevonden kan worden. Vervolgens thematiseert de therapeut de fragmenten die naar boven komen samen met de cliënt. Dit proces van het ontdekken van zichzelf in het thema van bepaalde doelstellingen kan een cliënt het gevoel geven van competentie over zijn eigen situatie. Taffel sluit het artikel met de oproep aan psychotherapeuten om zonder bepaald script de therapie in te gaan en het gesprek te gebruiken om tot betekenisvollere thema's te komen.

MacEwan (2008) beschrijft hoe twee psychotherapeuten tijdens interviews met hem vertellen dat zij de vorm van de werkaliantie erg af laten hangen van de cliënt die zij voor zich hebben. De ene cliënt is bijvoorbeeld zelf al gemotiveerd om te spreken en krijgt daar dan de ruimte voor, terwijl de andere cliënt minder van zichzelf laat zien, waar de therapeut ook weer anders op reageert.

Lambert & Shimokawa (2011) menen dat het van uiterst belang is dat therapeuten de kwaliteit van de werkaliantie niet alleen meten op gevoel of op vroegere kennis, maar dat zij regelmatig op een gesystematiseerde manier bij de cliënt peilen hoe zij de werkaliantie ervaren. Het gaat dan niet alleen om de evaluatie van de relatie, maar ook om de stand van doel en taken die in de therapie aan bod komen.

5.3.2 Interviews

5.3.2.1 Afstemmen

De thema's die tijdens het coderen uit het cluster 'afstemmen op cliënt' zijn gekomen worden hieronder beschreven in een rangschikking van de thema's die het meest frequent zijn gecodeerd. De thema's die het vaakst in de interviews werden genoemd staan bovenaan.

Improvisatorisch vermogen

De geïnterviewde therapeuten hechten veel waarde aan hun vermogen om in het hier en nu af te stappen van het plan dat zij aanvankelijk voor de therapie hadden geschetst en iets nieuws te verzinnen. Op het moment dat je een werkrelatie wilt scheppen, is het belangrijk om met je volle aandacht bij de cliënt te zijn en dat je er achter probeert te komen wat een goede stap is voor de therapie. Dit heeft ook te maken met het feit dat jongeren in de forensische psychiatrie (en jongeren in het algemeen) de behoefte hebben om zelf de regie te houden (T2, T3, T4, T5, T6, T9, T10, T11 en T12). Kijkend naar de term 'alliantie' die een samenwerking suggereert, lijkt dit een goede insteek om de werkaliantie te bewerkstelligen.

Zoeken naar de juiste werkvorm in het hier en nu is een belangrijke manier om aansluiting bij de cliënt te kunnen vinden. Een aantal vaktherapeuten (T2, T10, T11) bereidt zijn therapie voor en heeft een plan in ogen voor hoe de sessie er uit gaat zien. Dit plan is echter een heel dynamisch plan is dat snel kan veranderen binnen de therapie.

Zo zegt T2:

"(...) Eigenlijk is het meer improvisatie vermogen. Snel kunnen schakelen tussen wat je eigenlijk van plan was, wat er gebeurt en daar dan iets op vinden wat past."

Er zijn ook therapeuten die ervoor kiezen om geheel zonder plan aan een therapie te beginnen (T9, T12) T12 geeft het volgende aan:

“Nee, ik heb nooit een plan. Eerlijk gezegd: Ik bedenken nooit wat ik ga doen.

I= Ok.

T12= En ik vertrouw heel erg op mijn skills om te improviseren en op het moment dat we hier zitten het eerste woord dat iemand zegt te gebruiken om structuur voor de sessie te geven.”

Een voordeel hiervan dat twee therapeuten (T2, T3) beschrijven is dat als je de cliënt niet vanuit een vast plan benadert, je op werkvormen komt die soms alleen maar bij één cliënt werken en waar je anders nooit op was gekomen. Je kunt ‘op maat’ therapie aanbieden. Zo zegt T3:

“Met vaktherapie kun je in de present moment echt in het contact zitten en dat bindt. En dat vind ik het mooie aan vaktherapie. Dat je echt vanuit de ervaring situaties kan creëren zeg maar als therapeut. Je kan natuurlijk ook als therapeut versterken, bekrachtigen, modeling. Je kan via de muziek iemand helemaal laten opbloeien en dat doet gewoon heel goed. Dus dat vind ik wel echt een kracht. Er gebeurt iets moois en je geeft iemand een compliment. Nou, dan heb je gewoon zo ander contact dat je in een stoel zit en je geeft iemand een compliment over iets wat hij twee weken heeft gedaan. Dat is niet te vergelijken.” [T3]

Een ander onderdeel dat T3 beschrijft is dat je tijdens vaktherapie niet bezig bent met situaties die zich een week geleden hebben afgespeeld, maar dat je werkt met situaties die zich in het huidige moment afspelen. Ook dit is een duidelijk onderdeel van het improvisatorische vermogen:

“Wat ik het grote verschil vind tussen praat therapie en vaktherapie, en met name in de alliantie, is dat je met praat therapeut altijd praat over gister of morgen. Je praat nooit over: Hé, we zitten hier nu op die stoel. Hoe voelen jouw benen nou aan en hoe voel je nou je knieën. En sta je lekker met je benen op de grond. Daar heb je het nooit over met een praat therapeut. Je hebt het altijd over een incident: Gisteren ging het niet goed want ik werd boos en heb ik stomme dingen gedaan. Of je hebt het over als ik morgen die persoon tegen kom wat ga ik dan doen.”[T3]

Tegenoverdracht

Waar de vaktherapeut bij het ‘improvisatorisch vermogen’ zichzelf in staat stelt om flexibel te zijn in de werkvormen die hij aanbiedt, is de vaktherapeut bij de tegenoverdracht flexibel in de houding die hij inneemt ten opzichte van de cliënt. Negen van de twaalf geïnterviewde vaktherapeuten geeft aan dat zij de tegenoverdracht vooral gebruiken om met jongeren in contact te komen door op hun houding aan te sluiten (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T10, T11).

De termen die hierbij worden genoemd zijn zowel ‘structureren’ als ‘meebewegen’. In veel gevallen bewegen therapeuten mee met de cliënt. Het startpunt van de therapeutische houding is dan die van de cliënt hoe die op dat moment is. Zo schrijft T11:

“Toch de aansluiting vinden. (...) En qua houding denk ik ook wel gewoon van ‘prima, dan doen we toch eigenlijk helemaal niks’. En dan gewoon echt achterover gaan leunen van ‘dan zitten we hier maar, dat is ook zowat. We zitten toch met elkaar opgescheept, hoe kunnen we dan het beste er van maken? Dus ook qua houding echt wel. En ook wel mee: ‘het is ook rot voor je dat je hier zit. Ja, en nu dan?’”[T11]

T3, T4, T5, T6 en T11 geven aan dat zij verbaal teruggeven wat ze bij de cliënt opmerken. Zij voelen via de tegenoverdracht iets bij zichzelf en vervolgens geven ze dit terug aan de cliënt, ook in wat ze bij de cliënt zien, als een soort feedback. Een voorbeeld hiervan geeft T4:

“Dus ik level me met het niveau dat ik voor me heb. Dat is een kwaliteit. Een kwaliteit dat ik ontwikkeld heb is het kunnen spiegelen van het gevoel van de cliënt dus : hé, wat gebeurt er nu bij jou? En dat te benoemen in een heel voorzichtig, onderliggend stukje ... Ik vind dat je er een beetje rot bij zit vandaag. ‘Ja, kutzooi hier’. ‘Het is hier ook een kutzooi.’ Het kunnen levelen en kunnen doorprikken op wat de cliënt eigenlijk non-verbaal laat zien. Mentaliserend vermogen dat proberen te stimuleren.”[T4]

Op het moment dat een cliënt aangeeft dat hij/zij niet zo tevreden is met de therapie, dan geven therapeuten vaak aan dat de therapeut er ook maar zit en dat ze er maar het beste van moeten maken. Vaak heeft dit dan tot effect dat cliënten toch een poging wagen om aan de slag te gaan.

"Het wil niet zeggen dat je het met alles eens bent, of alles leuk vindt maar zo werken we dus kijk vooral hierin hoe je het ervaart." [T5]

Tegenoverdracht kan ook tegen een therapeut gaan werken volgens T6. De therapeut doet er goed aan om daarvoor te waken:

"T6= Want ik zeg als er geen werk alliantie is, dat ik net zei van, en mijn tegenoverdracht is te groot, het eerste wat ik doe is eh, ik ga hem iedere keer weer bespreken met alle mogelijke mensen. Heel vaak. Zodat ik weer merk: ik moet er ook positieve energie er uit krijgen want anders werkt het niet."

Hulpvraag begrijpelijk en overzichtelijk maken

Veel geïnterviewde vaktherapeuten laten weten dat zij ook aandacht steken in het begrijpelijk en overzichtelijk maken van de hulpvraag. Een heleboel jongeren in het gedwongen kader begrijpen de hulpvraag die door het behandelteam wordt opgesteld niet. Door de hulpvraag begrijpelijker te maken ervaren de therapeuten dat cliënten veel makkelijker stapjes kunnen maken in het werken aan die hulpvragen (T1, T2, T3, T4, T7, T8, T9, T10, T11, T12).

Vaak gaat het erom dat een cliënt zich duidelijk voor kan stellen wat de hulpvraag inhoudt. Zo zegt T3:

'Nee, emotie regulatie is ook weer zo'n woord? Emotie snappen ze wel. "Nou ja, je hebt wel moeite om te vertellen hoe jij je voelt of om duidelijk te maken aan andere wat je voelt. En soms weet ook niet zo goed wat je voelt. Dan ben je in één keer boos. Dan ben je 's ochtends nog relaxed, dan word je wakker, en dan zegt iemand iets verkeerd en dan ben je zo boos dat je iemand zo naar de grond toe slaat en daar moeten we iets aan doen want als je dat blijft doen kom je steeds in de gevangenis. Dat willen we niet: Dat wil ik niet en dat wil jij niet." [T3]

T7 benoemt dat hij de hulpvraag of het leerdoel levendig probeert te maken, zodat de cliënt een duidelijk beeld krijgt met wat hij/zij met het doel kan bereiken en ook motivatie krijgt om het doel te bereiken:

"Ja, ik probeer meestal bezig te zijn met wat ze willen halen zelf in het leven. Wat en hoe ze hun toekomst beeld zien. Nou ja, vaak is dat toch dan wel: eigen huisje in de toekomst of huisje-boompje-beestje. Een vaste baan of, nou ja, als je dat weet dan kun je dan kun je dat vaak benoemen en gebruiken als hulpmiddel of.. Nou je wil dat straks halen en daar is dit en dit en dit voor nodig, op zijn minst, dus hier moeten we beginnen. En dan laat ik de keus om zelf een einddoel bij te gebruiken om het aantrekkelijk te maken om die saaie dingen dan, of net wat ze .. hoe zij er tegen aan kijken, toch te doorstaan."

Geduld

Geduld is een kenmerk waarvan veel therapeuten aangeven dat dat enorm belangrijk is in het bewerkstelligen van de alliantie. Vaak heeft een cliënt in het begin veel weerstand of geen zin om met de therapie te beginnen. Het is belangrijk dat de therapeut op dit moment accepteert dat het even niet gaat en de cliënt de ruimte geeft om tot een stap in de werkalliantie te komen.

Zo beschrijft T9:

"T9= Ehm. Geduld en steeds maar weer opnieuw proberen. Steeds weer kansen geven: Als iemand boos weg loopt niet boos worden of als iemand zich slecht gedraagt dan is het belangrijk om niet het contact te verbreken maar te zeggen van: 'Ik merk dat het nu niet gaat. Het is beter dat je nu terug naar de groep gaat en dan gaan we volgende week weer verder.' Dus niet zeggen boos: 'Je doet het niet goed, je moet nu opzouten', maar 'Ik zie dat het niet lukt' of nou, probeer het positief te zijn." [T9]

In bovenstaand voorbeeld wordt beschreven om een therapie even te stoppen. Dit is niet per se wat bedoeld wordt met geduld. Geduld is ook iemand binnen één sessie vaker opnieuw de kans geven zonder daar een druk op te leggen.

Tacit knowledge

Alle bovenstaande eigenschappen worden vaak onbewust toegepast. De vaktherapeuten geven aan dat zij veel gebruik maken van hun tacit knowledge. Dit is kennis die onbewust aanwezig is en je op het juiste moment inzet. Tacit knowledge ontwikkelt zich door de methodieken en houdingen die je uitprobeert. Via ervaring leer je dan wat je op welk moment het best kunt toepassen (T2, T3, T4, T9, T12).

“Ik heb inmiddels wel mijn eigen ervaring dat ik weet dat dat kan werken bij dat type cliënt en dat kan werken bij dat type cliënt. Zo leer je dat ervaringsgewijs wel in te zetten. Maar hoe ik dat nou precies moet uitleggen hoe ik dat doe? Maar dat ... ja... en op het moment dat dat spoor doodloopt dan pak ik die, dan kijk ik of die opdracht werkt. Dan pak ik een heel ander materiaal of gaan we erbij staan of gaan we naar buiten. Ik vind wel dat je als vaktherapeut heel creatief moet zijn en oplossingen voor dingen moet bedenken, mogelijkheden op verschillende manieren. En dat is bij iedere cliënt weer anders.”[T4]

T2 en T3 benoemen dat tacit knowledge ook wordt ontwikkeld doordat je bepaalde houdingen of methodieken bewust inzet, tot je ze onbewust kunt toepassen:

“T3= Ja, spontaan maar ook weer niet über enthousiast, weet je wel.

I= Je bent toch gereserveerd.

T3= Ja.’

I= Ok. En zijn dat dingen die je jij als persoon ook hebt?

T3= Ja, maar ik heb dat wel heel erg moeten duiden. Want je kan niet zomaar hoe je bent als persoon, je moet het wel bewust inzetten. En op een gegeven moment door heel veel ervaring gaat het ook meer in je tweede natuur zitten waardoor je het gewoon doet. Maar toen ik net ging werken moest ik er toen veel meer over na denken en toen lukte het ook veel minder goed. Toevallig hebben we het er laatst ook over gehad bij een ander groot van project van KenVak, het RAAK project. Daar ging het er ook heel erg om: wat doe je nou precies.”

5.3.3 Doelen bespreken

Eigen invulling

De meeste therapeuten die zijn geïnterviewd laten weten dat zij de cliënt veel eigen invulling geven in de leerdoelen die worden opgesteld. Vaak is er een spanningsveld tussen wat de behandelaren willen en wat de cliënt wil. Toch lukt het meestal om een overeenstemming te bereiken. Door deze eigen invulling kunnen doelen meer gaan leven bij de cliënt en weten zij ook duidelijk waarom ze in de therapieruimte aanwezig zijn. De doelen worden zagezegd op maat gemaakt met de cliënt zodat de cliënt motivatie krijgt om aan dat doel te werken (T1, T2, T3, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12).

“T11= Nou ik probeer altijd wel in het intake gesprek ‘nou, waar heb je zelf last van?’ of ‘waar zou je zelf aan willen werken?’. Maar je zit hier wel op een... het is hier wel een gedwongen kader dus er zijn ook dingen waar die jongens aan moeten werken die vanuit justitie natuurlijk, vanuit de straf, vanuit de maatregel worden neergezet. Dus dat is altijd wel een spanningsveld maar vaak kom je er met die jongens wel uit, dan komen die hulpvragen ook wel een beetje overeen. Dat je het toch zo verwoord dat het iets meer vanuit de jongere klinkt en toch dat je eigen doel er nog bij kan. Maar ik vind het wel belangrijk dat de jongeren er zelf achter staan. En tijdens het evaluatiemoment ook: ‘waar staan we?’. Dat ze ook zelf een evaluatielijstje in kunnen van hoe vinden ze het zelf gaan. Dat ze daarna ook nog ‘nou, hier ik wil nog meer aandacht voor’ of ‘dit doet de therapeut anders dus dat is ook... dat ze daar ook een zeggenschap in hebben.” [T11]

Een aantal therapeuten bespreekt de doelen expliciet met hun cliënten. Dit doen ze om de cliënt te betrekken en te motiveren om mee te werken aan het behandeldoel. Vaak worden de doelen die het behandelteam heeft opgesteld erbij gepakt en vraagt de therapeut aan de cliënt hoe die over dat behandeldoel denkt. Vervolgens wordt er een doel gemaakt dat overzichtelijk is en waar de cliënt zich persoonlijk in kan vinden (T1, T2, T7, T10, T11). Sommige cliënten blijven dan vaak toch afhankelijk en vragen ze de therapeut hoe die hun problemen op kan lossen.

“En dan zeg ik: Je bent met deze doelstelling aangemeld. Is dat ook wat je zelf vindt wat nodig is? Soms wel, soms niet. En dan kijk ik van wat vind jij nou wat er nodig is? En dan probeer ik daar wel een compromis tussen te vinden van wat wel raakvlakken heeft met wat de behandelaren vinden wat ie moet kunnen en wat ie zelf graag wil. Want dat is vaak het waar de cliënt het wel voor wil doen. Wat er wordt opgelegd door de behandelaar, daar is niet altijd even, ja, hebben ze niet altijd even veel zin om daar heel veel moeite in te steken. Maar voor het doel wat ze zelf graag willen is het dan het zelfde maar dan wat anders geformuleerd. dus dan laat ik het ze zelf ook wel eens samen met mij herformuleren.” [T7]

T9 en T12 werken impliciet aan doelen met de cliënt en vooral in het medium. De succeservaring binnen het medium zien zij als leidend. Hoe die succeservaring wordt gemaakt wordt in het medium beslist. Het idee van deze therapeuten is dat dit soort knelpunten het beste te zien zijn, in het gedrag dat deze cliënten in het medium vertonen. Dat zijn de meest belangrijke dingen volgens hen om op dat moment aan te werken, omdat die het meest urgent lijken. Dus als een cliënt moeite heeft met het respecteren van de grenzen van anderen, dan komt dat volgens T9 toch terug in het muziekspel. Iemand gaat harder spelen dan anderen of langer door, dus het gedrag komt in het medium tot uiting.

“T9= Ja. Het liefst stel ik die redelijk impliciet omdat het meestal als iemand binnenkomt en je vraagt wat voor muziek die leuk vindt om te luisteren en je vraagt of die iets wil leren en je ziet hoe die in een groep functioneert is eigenlijk heel snel dat je.. bij de eerste sessie dat je iemand leert kennen, duidelijk waar de schoen wringt. En dan is dat urgent en dan gaan we daarmee aan de gang. En als dan de afdeling een of ander behandeldoel heeft dan vind ik dat prima om daar later mee rekening te houden en om te kijken of dat ook urgent zou kunnen worden in een bepaalde setting om te werken met wat die dag er toe doet in die groepssamenstelling. dat is ja.” [T9]

Volgens T8 is het de laatste jaren ook meer een trend binnen instellingen om cliënten meer eigen invulling in de behandeldoelen te geven.

“Voorheen was het echt zo: die werkt aan die doelstelling en die.. Maar dat is al langer geleden. Nu is het wel weer een beetje aan het omdraaien van dat de [cliënt] een eigen regie heeft. Dus dat zij ook zelf kunnen zeggen wat ze belangrijk vinden om aan te werken.” [T8]

Weerstand bij doel van cliënt

Soms ervaren cliënten weerstand bij een doel. Cliënten vinden dat zij het doel allang behaald hebben of hebben het reflectievermogen niet om in te zien waar ze last van hebben. Dit kwam ter sprake bij T1, T2, T7 en T10, die aangaven dat ze soms een cliënt in de therapieruimte krijgen die het niet eens is met de doelen die zijn gesteld en daarom ook niet aan de therapie willen beginnen, omdat er volgens hen nog weinig te verbeteren valt.

Zowel T1, T2, T7 en T10 gaan op zo'n moment mee met de mening van de cliënt en spreken deze niet tegen. Ze geven aan dat als de cliënt dat vindt, dat de therapeut het daarmee eens is, maar dat het toch van de behandelaren moet. Er wordt vervolgens voorgesteld aan de cliënt om dan een paar keer aan het doel te werken en als ze er toch zo goed in zijn dan kan het doel snel worden afgestreept bij de behandelaren. Vaak wordt tijdens het werken in het medium *tijdens de behandeling* dan duidelijk dat de cliënt toch moeite heeft met dat bepaalde leerdoel. T7 vertelt:

“Dat gebeurt natuurlijk wel eens dat mensen zeggen: Ik heb dat helemaal niet nodig, ik kan dat al heel goed. En dan zeg ik meestal van: Nou, waarschijnlijk als je het heel goed kan dan

heb je zo heel snel je spanningsprofiel vol met allemaal lichaamssignalen die je al merkt met allemaal... en dan ben je zo klaar dan hoeven we ook niet meer te doen dan. *Niet heel duidelijk* Ja, als je dat al kan, ben je zo klaar. (...) Ja. en ehm dan dat is ook misschien ook niet helemaal eerlijk want vaak als ik al weet van ja want dat is een beetje onzin wat de cliënt nu vertelt. Dan zeg ik weleens: Als jij na drie keer klaar bent, dan mag jij na 3 keer stoppen. Terwijl ik weet dat dat niet het geval is. een soort bluf zou je kunnen zeggen. Maar als iemand dan na drie keer dat echt goed kan, dan zou ik wel ook mijn woord houden en: Nou, je hebt het echt goed in gevuld en het klopt ook. Ik heb het gezien. Prima.” [T7]

5.3.4 Confrontatie

In de interviews werd meerdere malen gevraagd naar confrontaties, omdat de interviewer een hypothese had gehoord dat een therapie beter werkt als er een confrontatie is doorgewerkt. In dit onderdeel bespreken we de rol die confrontaties in de werkalliantie hebben volgens de vaktherapeuten die zijn geïnterviewd.

Doorwerken van een probleem

De vaktherapeuten waren het er voornamelijk mee eens dat het woord ‘confrontatie’ explicieter omschreven zou kunnen worden met betrekking tot therapie.

Bij een confrontatie wordt meestal gedacht aan een botsing tussen twee personen. Een confrontatie kan ook een bepaald probleem zijn dat wordt doorgewerkt, waarin de cliënt over een drempel moet stappen om het probleem te overwinnen (T2, T3, T4, T7, T10). Zo vertelt T10:

“Maar een conflict is misschien komt het niet zo in die zin veel voor eigenlijk, dus wat dat betreft herken ik dat dan niet. En heb ik toch het idee dat mijn therapieën toch enig effect hebben. Maar meer in het klein als je tegen een beeldend probleem oploopt, of hoe ik reageer

De vaktherapeuten waren het er voornamelijk mee eens dat het woord ‘confrontatie’ explicieter omschreven zou kunnen worden met betrekking tot therapie.

Bij een confrontatie wordt meestal gedacht aan een botsing tussen twee personen. Een confrontatie kan ook een bepaald probleem zijn dat wordt doorgewerkt, waarin de cliënt over een drempel moet stappen om het probleem te overwinnen (T2, T3, T4, T7, T10). Zo vertelt T10:

“Maar een conflict is misschien komt het niet zo in die zin veel voor eigenlijk, dus wat dat betreft herken ik dat dan niet. En heb ik toch het idee dat mijn therapieën toch enig effect hebben. Maar meer in het klein als je tegen een beeldend probleem oploopt, of hoe ik reageer op iets heel belangrijks of op een belangrijk moment en dat diegene zich dan naar mij ook een beetje verplicht voelt dat ie met mij een werkstuk heeft gemaakt wat te dicht bij kwam of wat wel iets heeft losgemaakt; als we alleen maar met elkaar leuke dingetjes doen en we komen maar niet ergens dichtbij bijvoorbeeld bij een moeilijke, uiteindelijk gaat het om de moeilijke dingen en problemen.”[T10]

Pushen

Het is niet de bedoeling dat de therapeut een confrontatie uit moet proberen te lokken omdat er is bewezen dat een confrontatie een keerpunt binnen de therapie kan zijn. Het kan de therapiemotivatie van een groep cliënten doen stagneren als er wordt geconfronteerd bij mensen die dat niet aankunnen, of bij wie dat niet nodig is (T2, T3, T4, T7, T8).

Een voorbeeld hiervan beschrijft T4:

“We hebben nu een hele mooie casus. Een man uit Iran is op genomen hier. Is 50 jaar. Snapt de cultuur niet, begrijpt de taal half. Wij willen allemaal dingen van hem weten over zijn delict en over zijn verleden en waar of bij wie hij zijn kinderen heeft. Hij vertelt niets. Hij is een gesloten man. Dus wat zijn we aan het doen? Confronteren. Ook in die individuele therapie. Doorvragen, doorvragen, doorpakken. Sluit, sluit, sluit. Hij deed helemaal niets meer. Dus wat we zijn gaan doen is de houding helemaal omdraaien. Confronteren heeft geen zin, doorvragen heeft geen zin. Veiligheid bieden, er onder zitten, samenwerken. En wat gebeurt er? Hup, ging hij het vertellen. Dus niks confrontatie, is niet altijd zo.”[T4]

Keerpunt in therapie

Een confrontatie met een zekere emotionele lading wordt door cliënten vaak gezien als een belangrijk moment in de therapie. Achteraf wordt het vaak ook als een keerpunt gezien waarop ze het idee hebben dat ze vanaf dat moment echt stappen hebben gemaakt in de therapiedoelen (T2, T7, T8, T12). Zo vertelt T8:

“T8= Ik moet vooral steeds even terug halen waar ik echt die sessie mee heb gehad.... Het blijft wel hangen bij cliënten. Cliënten noemen dat wel eens in behandelplannen en dan wordt er ook gevraagd van hoe gaat dat dan bij beeldend? Soms zit je daar dan bij. Of je hoort het achteraf maar dat zijn wel momenten die voor hen belangrijk blijven. en dat is een beetje ook de stap die ze maken in het medium plus de stap die ze ook maken bij jou. Ik zie dat ook wel.. dat is ook wel een beetje ook die driehoek, he, tussen cliënt, medium en therapeut. Ik vind dat alle drie belangrijk.” [T8]

Relatie sterk genoeg

Een confrontatie uitlokken is volgens de therapeuten in sommige situaties een goede manier om een cliënt uit te dagen om naar zichzelf te kijken of uit de tent te lokken en in beweging te krijgen. Het is wel van belang dat de relatie sterk genoeg is. Als er nog weinig vertrouwen en veiligheid is bij de cliënt dan is de kans dat een confrontatie geen gewenst effect heeft vrij groot.

“T6= Maar.. eh... Ik denk ehh. Die relatie moet echt sterk zijn om het probleem te kunnen breken, want die mensen hier hebben al heel veel problemen mee doorgemaakt. Want nummer 1 is vertrouwen en als ik dat vertrouwen heb dan ga ik ook een probleem doorwerken maar ze.. willen nu iemand, ze hebben al genoeg problemen. Dan moeten ze nog niet een probleem met mij hebben in mijn werkalliantie. Daar geloof ik niet in.”[T6]

Confronteren binnen het medium

T3 en T10 vertellen in hun interviews dat het medium goed gebruikt kan worden om een cliënt te confronteren. Dit maakt het confronteren iets laagdrempeliger omdat het binnen het medium gebeurt.

“Maar dan is het (confronteren) wel vaak binnen het medium. Dan houd je het sowieso wel veiliger.” [T3]

5.3.5 Samenvatting

Uit de interviews komt het sterkst naar voren dat ‘afstemmen’ het belangrijkste gereedschap is voor een (vak)therapeut om de werkalliantie te bewerkstelligen. Dit wordt ook bevestigd in de literatuur (Taffel, 2016; MacEwan, 2008). Tijdens het coderen is de vaardigheid om op een cliënt af te stemmen in 5 componenten onderverdeeld: improvisatorisch vermogen, tegenoverdracht, hulpvraag begrijpelijk en overzichtelijk maken, geduld en tacit knowledge.

Doelen bespreken is een andere manier waarop de vaktherapeut de werkalliantie kan versterken. Dit komt duidelijk overeen met de theorie van Bordin (1979) en die van Menger (2014), dat gezamenlijke doel- en taakgerichtheid een belangrijk onderdeel van de werkalliantie is.

Aan ‘doelen bespreken’ zitten twee componenten, namelijk het geven van eigen regie aan de cliënt en meebewegen met de cliënt bij weerstand.

Tot slot worden confrontaties als een mogelijkheid gezien die een therapeut kan inzetten in de therapie. Dit bestaat ook weer uit vijf componenten waarin het confronteren wordt verdiept en uitgelegd.

Deelvraag 4: Welke interventies kan de vaktherapeut plegen ter beïnvloeding van de werkaliantie?

5.4.1 Literatuur

Het meest gebruikte concept dat voor de werkaliantie is ontwikkeld is dat van Bordin (1979). Hierin staat de gezamenlijke taak- en doelgerichtheid, gevoed door de gezamenlijke binding om in de therapie aan deze taken en doelen te werken, centraal.

Smeijsters et. al (2012) beschrijven de interactie in muziektherapie, die in de ogen van de onderzoeker goed is te transfereren naar de andere media in vaktherapie. Laagdrempelige interactie, is volgens Smeijsters et. al (2012) een vanzelfsprekend aspect van muziek maken en dus van muziektherapie. Er wordt naar elkaar geluisterd, gekeken en daar wordt op gereageerd. Daarnaast kan er een rolverdeling zijn binnen het muziek maken, zoals die van bandlid of die van dirigent.

De doelen worden ontdekt en bereikt binnen deze interactie. Doordat de interactie in de muziek gelijk staat aan de interpersoonlijke ontmoeting op een doorleefd niveau, heeft muziek belangrijke effecten op de relationele sfeer (Stern, 1985/2010; Smeijsters, 2010; Smeijster et al. 2012).

Door improvisatievormen kunnen de interactiepatronen van de jongere hoorbaar en zichtbaar worden. Dit geeft de jongere weer inzicht in eigen gedrag, maar geeft hem ook een laagdrempelige oefenruimte voor nieuwe interactiepatronen.

De vaktherapeutische literatuur over jongeren in het gedwongen kader schrijft, in tegenstelling tot de literatuur over de werkaliantie, niet zoveel over het expliciet bespreken van taken die een bepaald doel moet bereiken.

Uit neuropsychologisch onderzoek blijkt dat ondanks dat emoties en gevoelens los staan van de cognitie. Cognities beïnvloeden emoties en gevoelens en andersom beïnvloeden emoties en gevoelens weer de cognitie (LeDoux, 1998; Damasio, 2003; Smeijsters et al., 2012).

Veel gedrag, emoties en gevoelens zijn niet-cognitief en in sommige gevallen komt er aan bepaald gedrag geen cognitief oordeel aan te pas, maar een gevoel of een 'arousal' (Stern, 2010).

De psychologie, ontwikkelingspsychologie en neurologische psychologie wijzen uit dat zich in ieder mens niet-verbale, niet-cognitieve patronen afspelen en dat er op het niveau van dit 'impliciete weten' juist een verandering kan plaatsvinden zonder verbale en cognitieve doorwerking (Vandermeulen e.a., 2008).

Kim (2010) erkent dat de basis van vaktherapie in de creativiteit ligt, waar de therapeut de cliënt op ondersteunende wijze in begeleidt. Dit gebeurt voor een deel verbaal maar voor een groot deel ook non-verbaal. Volgens Gatta et al. (2014) komt de cliënt in een creatieve staat tot een bepaalde ruimte waarin de cliënt kan gaan refereren aan zijn innerlijke wereld. Smeijsters (2006) heeft de therapeutische driehoek ontwikkeld om uit te drukken hoe deze ruimte zich ontwikkelt tussen cliënt, therapeut en het medium. De dynamiek die in een praattherapie zou ontstaan, wordt nu versterkt door de aanwezigheid van het medium. Het is de taak van de therapeut om te observeren welke processen zich afspelen in de driehoek en daaruit therapiedoelen en taken te halen die passen bij deze dynamiek.

5.4.2 Interviews

Uit de interviews wordt duidelijk dat vaktherapeuten vaak de specifieke methodieken en interventies gebruiken die worden gehanteerd binnen de instelling waar zij werken, dus specifieke interventies om de werkaliantie te bewerkstelligen zijn niet genoemd. Daarentegen is er over de inzet van het medium als interventie veel gezegd. In dit stukje beginnen we eerst met het beschrijven van de manier waarop vaktherapeuten het medium inzetten als interventie en vervolgens hoe zij denken over algemene interventies.

5.4.2.1 De rol van het medium

Aangezien bij vaktherapie het medium een belangrijke rol speelt, is er in de interviews ook veel gepraat over de rol van het medium binnen de werkaliantie en hoe die in wordt gezet om de werkaliantie te versterken.

Beweging in het medium

Het medium is volgens de meeste vaktherapeuten een essentiële manier om de cliënt in beweging te krijgen. Veel cliënten hebben of de motivatie niet voor therapie of ze tonen wel motivatie, maar komen dan niet tot de gevoelskern. De therapeuten geven aan dat zolang er beweging in het medium is er ook mogelijkheid op verandering is. Vanuit de beweging komen therapeuten met cliënten op veranderingsprocessen uit. Op het moment dat er geen beweging is, merken de therapeuten dat ze weinig kunnen beginnen met een cliënt (T1, T2, T3, T8, T10, T11, T12).

Door de beweging in het medium verandert de dynamiek tussen therapeut en cliënt of groep. Door de muziek worden emoties op een andere manier aangesproken. Iemand wordt bijvoorbeeld vrolijker, of er komt een emotie naar boven waar de cliënt juist moeite mee heeft om juist mee om te gaan. Stress vermindert. Ook ontstaat er sneller de mogelijkheid dat een cliënt iets aan de therapeut gaat uitleggen, bijvoorbeeld hoe een bepaald muziekstuk moet klinken of hoe een bepaalde beeldend kunstwerk eruit moet gaan zien. Op deze momenten gaat de cliënt van de passieve deelnemer naar iemand die de leiding neemt binnen de therapie (T11, T12).

“Hij is vrij somber en komt niet van zijn kamer af maar door dat te doen komt hij van zijn kamer af, komt hij in beweging, wordt ie vrolijk want hij is aan het spelen en tegelijkertijd wordt hetzelfde gebied natuurlijk getriggerd bij hem. Hij wordt ook vrolijk, hij merkt dat er interactie is, dat is afstemming. Hij is zijn brein lekker aan het prikkelen terwijl hij mij een instrument aan het uitleggen is dus dat is.. Ook bij die drummer, die leert mij dan die ritmes waardoor hij ook een soort sturing heeft in de therapie, maar ook wel weer uit zijn kamer komt, uit zijn terug getrokken gedrag komt en in contact is met anderen. Wie zegt dat ik het medium moet uitleggen of zo?” [T12]

T11 benoemt dat hij het belangrijk vindt om zo snel mogelijk de beweging in het medium op te zoeken omdat je dan tot een samenwerking komt. Deze therapeut concentreert zich dus niet op de uitleg over hoe er muziek gemaakt gaat worden, maar geeft de cliënt hier al veel vrijheid zodat deze door gaat krijgen dat de verhouding niet top-down maar gelijk is.

“Ik hou er niet zo van om echt boven die jongere te staan, maar om echt samen bezig te zijn. Vaak merk je wel van dat als ze die samenwerking door hebben en ook wat mogen bepalen daar in, dat je dan toch wel wat stappen meer kan maken.” [T11]

In de forensische jongerenpsychiatrie zitten tegenwoordig veel jongeren met een licht verstandelijke beperking (LBV). T10 geeft aan dat het voor deze doelgroep sowieso fijn is om zo snel mogelijk in het medium tot beweging te komen. Een deel van deze jongeren wil graag iets met de handen doen en bezig zijn, dus voor hen is het belangrijk om zo snel mogelijk te beginnen. Anderen kunnen eindeloos doorpraten en ook die hebben er baat bij om de cognitie te laten voor wat die is en naar het gevoel te gaan.

“Sowieso die LVB jongens die zijn niet zo van lang... sommige jongens kunnen juist heel uitgebreid praten en dan moeten we juist zo snel mogelijk nu ‘ok, nu hebben we genoeg gepraat laten we nu maar lekker tot actie komen’ Maar de meesten vinden het gewoon fijn om iets te doen te hebben en ze hebben vaak ook al voor beeldend gekozen of ze hebben een link daarmee.”

Therapiemotivatatie

In een aantal interviews is de terapiemotivatatie ter sprake gekomen. De therapeuten bij wie dit ter sprake is gekomen geven allemaal aan dat het medium een grote behandelmotivatatie is voor veel cliënten en de reden waarom zij naar therapie komen. De vaktherapeuten noemen

het medium als oorzaak voor het feit dat er veel therapietrouw is bij hun therapieën ten opzichte van praattherapieën (T1, T2, T9, T10, T11, T12).

Vaak is het medium ook een eerste motivatie om te komen naar de therapie. De therapeut is dan iemand met wie ze moeten werken om bezig te kunnen zijn met het medium. Er ontstaat dan een vanzelfsprekende alliantie: de jongere moet een contact aangaan met de therapeut in ruil voor iets dat hij wil. Vaak hebben de jongeren hobby's die aansluiten bij de verschillende media, zoals rappen, sporten of tekenen (T2, T9, T10, T12)

Succeservaringen

Een andere rol die aan het medium wordt toegeschreven om de werkalliantie te versterken, zijn succeservaringen. Door in het medium te werken ervaren veel cliënten al een succeservaring. Ze merken dat ze samen kunnen spelen, een behoorlijk geluid uit een instrument kunnen halen. Zo'n succeservaring wordt gezien als een belangrijke stap in de werkalliantie, omdat de sfeer binnen de therapie verandert naar een sfeer waarin de cliënt vertrouwen gaat krijgen in zichzelf binnen de therapie. Veel cliënten gaan van 'ik kan niet', naar 'als ik hier even de tijd voor neem dan kan ik hier serieuze stappen in maken' (T9).

"Kan ik dit liedje op de piano spelen. Nog niet. Als het te ingewikkeld is, het coupletje van een nummer van Bach; Ik kan niet zo goed piano spelen, dat ga ik nooit halen, daar ga ik niet eens aan beginnen. Maar als ik ga oefenen met septiem akkoorden: oh, dat lukt me wel. Dan ga ik daar mee spelen: oh, dat lukt me wel en dan vind ik dat wel leuk of zo. En dan kan ik dus een keer een beetje ... ZO kan ik wel groeien." [T12]

Sommige therapeuten zetten het medium bewust in om al gelijk een succeservaring te creëren. Zij geven aan dat ze de cliënt het liefst zo snel mogelijk tot een succeservaring brengen zodat de cliënt het gevoel krijgt dat hij iets kan en er iets te bereiken valt binnen de therapie (T9, T12).

"Op het moment dat je iemand ziet binnen komen in het lokaal zie je vaak al waar zijn ogen heen gaan waar interesse is en daar kun je nog een beetje vragen wat voor muziek je leuk vindt om te luisteren. Dan kan je soms een koppeling maken van een liedje wat iemand leuk vindt en iets wat daar al een elementje wat daar van op een bas gitaar of een drumstel of piano op te oefenen is. En dat iemand dan denkt: He, ik kan iets. [32:56]. En op het moment dat iemand echt iets kan, iets reëls, kun je dat langzaam uitbreiden" [T9]

Vaak worden deze succeservaringen ook heel bewust door cliënten ervaren. Volgens T12 is dit ook één van de redenen dat vaktherapie meestal een hoge beoordeling krijgt in cliënt tevredenheidsonderzoeken.

"En mensen die met verschillende vaktherapie bezig zijn ervaren ook heel veel successen dus dat is fijn.

I= Ok.

T12= Dus dat is fijn en dat vinden ze leuk. Het wordt altijd wel goed gewaardeerd in cliënten tevredenheidsonderzoeken." [T12]

Containment

Bion (1984) is de geestelijke vader van het begrip 'containment'. Containment betekent dat de therapeut een 'container' is voor overweldigende emoties van een cliënt. De therapeut helpt de cliënt om de emoties draaglijk te maken. Het medium biedt een veilige manier om emoties te ervaren en te bespreken. Zes vaktherapeuten vertellen dat veel emoties te confronterend zijn voor hun cliënten. Het ervaren van deze emoties is iets dat veilig kan gebeuren in de muziek, omdat door het medium de emoties en gevoelens op een afstand ervaren kunnen worden. Vervolgens kunnen deze ervaringen in het medium ook veiliger worden besproken, omdat het voor de cliënt voelt alsof het gaat over iets dat buiten hem staat in plaats van iets dat van binnen zit (T2, T3, T4, T5, T6, T11, T12).

"T2= Nou muziek (vaktherapie) is denk ik bij uitstek een middel om de werkalliantie op te bouwen al is het maar van muziek luisteren, samen naar muziek luisteren en het daar over hebben. En dan mag je ook zeggen 'wat een klote muziek' maar dan ben al ergens

gezamenlijk mee bezig. En dat is iets op afstand, van een ander, wat jou.. je hebt het niet persoonlijk gemaakt, dus dat kun je met distantie beluisteren, samen beluisteren, samen analyseren of bespreken, wat je wilt, wat de behoefte is van die andere.” [T2]”

T2 geeft aan dat niet alleen het medium een container hoeft te zijn voor de cliënt; de therapeut kan ook een container zijn voor de gevoelens die een cliënt ervaart. Hij geeft hierbij aan dat er in dit geval om gaat dat de therapeut sterk en standvastig genoeg is om de onveilige situatie toch op een veilige manier te ervaren.

“Dan moest ie dat gewoon even kwijt en dan stond hij hier te proesten en te ‘wrrroooooer’ en ‘wwwuurrrr’ en dat was allemaal best wel heftig maar dan bedoel ik met je moet blijven staan: gewoon, laat maar komen, je moet het kunnen hanteren, zeg maar, of containen voor hem. (...) je moet meer geven dan nemen en ook dus blijven staan. Je moet het ook kunnen containen, je moet het aankunnen, je moet standvastig zijn en duidelijk.” [T2]

Zelfinzicht

Een effect van de werkaliantie dat wordt beschreven door therapeuten is dat de cliënt een betere mate van zelfinzicht krijgt (T1, T2, T3, T5, T6, T11, T12).

De geïnterviewde vaktherapeuten vinden het vooral belangrijk om de cliënt zelfinzicht te geven in de gezonde kant van de cliënt. Dus niet alleen te benadrukken wat er fout gaat, maar juist benadrukken waar iemand goed in is en op welke momenten een cliënt gezond gedrag laat zien. Het medium speelt hierin een grote rol, omdat binnen het medium vaak ook veel gezond gedrag te zien is, het daagt gezond gedrag uit. Dus in plaats van te oordelen, de positieve kant van een situatie benoemen (T3, T5, T6, T11, T12)

“Nee, daarom, de relatie is heel belangrijk en dus hoe iemand zich voelt en op zijn gemak voelt en op kan aansluiten en kan valideren en bekrachtigen wat iemand al kan en al die zelfonzekerheid er uit kan halen en die negatieve gedachten kan omvormen en dat komt allemaal vrij van pas. Dus ik zit inderdaad heel erg op de relatie en ok heel erg op de gezonde kant van de relatie. Dus wat iemand wel kan in plaats van iemand is ziek en moet genezen en daarom is het heel moeilijk om.... iemand is... Een mens is een ervaringsdeskundige en hij kan dingen in plaats van hij kan dingen niet.” [T12]

Het medium in vaktherapie wordt door een aantal therapeuten gezien als het middel bij uitstek waarmee cliënten inzicht kunnen krijgen in hoe hun problematiek en gezond gedrag er uitziet, klinkt of voelt. Deze therapeuten geven de voorkeur om het zelfinzicht vooral vanuit het medium te laten komen en de inzichten op gevoel te laten binnenkomen (T1, T9, T12).

“Het doel: Doordat je het muzikale product kunt bereiken, bereik je ook de behandeldoelen namelijk dat ze kunnen rekening houden met elkaar, wat ze eerst niet konden. Ze kunnen luisteren naar elkaar wat ze niet konden. Ze kunnen rekening houden met elkaar. Ze durven zich te laten horen wat ze eerst niet durfden. Ze kunnen zich inhouden zonder dat ze bang zijn dat ze helemaal overschreeuwd worden.” [T9]

Het is voor andere therapeuten ook belangrijk om de cliënt buiten het medium het zelfinzicht in gedrag en emoties terug te geven, dus op verbale wijze. Het expliciet maken van het impliciete dat zich in het medium afspeelt (T2, T3, T5, T6).

“Niet zeggen van “goh, wat ben je boos. Hoe komt dat nu weer?”. Maar echt “ik zie dat je rood bent en je ziet er wat geïrriteerd uit. Klopt dat? Hoe komt dat?” [T3]

Ervaringsgericht

Tot slot geven 5 therapeuten aan dat de media de cliënt bij de ervaring kunnen brengen. Dit is volgens hen heel belangrijk omdat de cliënt, doordat deze in de ervaring komt, veel meer emotioneel betrokken raakt bij de therapie en de processen die zich daarin afspelen. Dit betrokken raken gebeurt vaak ook onbewust; het medium trekt de cliënt de therapie in (T2, T5, T6, T9, T12).

“En juist omdat heel veel cliënten daar ook in geblokkeerd zijn en ze opnieuw te kunnen laten ervaren en opnieuw te laten spelen, muzikaal of binnen drama of wat dan ook, dat ze weer mogen spelen. En daarin mogen ontdekken. Spelenderwijs ontdekken ook, dat vind ik ook een hele mooie. En vaak laten ze heel veel zien in de muziek. En dan vraag je van: van goh, hmmm. Hebben ze het vaak niet eens in de gaten. Er gebeurt dan zoveel. Waar ze zelf misschien nog maar de helft van door hebben. Of willen laten zien.” [T5]

5.4.2.2 Specifieke interventies en methodieken

In een aantal interviews (T2, T3, T5, T6, T8, T11, T12) wordt aan de therapeut gevraagd welke interventies en methodieken hij/zij gebruikt om de werkaliantie te versterken.

Wat opvalt is dat al deze therapeuten een andere methodiek gebruiken. De meeste geven aan dat ze een verscheidenheid aan methodieken gebruiken. Vaak hangt de keuze van de methodiek van de instelling af waar iemand werkt en onder welk behandelplan iemand een therapie aanbiedt (T2, T3, T5, T6, T8, T11, T12).

Eén citaat om dit te illustreren zou niet voldoende zijn omdat iedere therapeut weer de methodiek benoemt die bij zijn/haar instelling wordt gebruikt

T3 beschrijft een eigen methode, ‘Muziek als krachtpatser’, die zij in de muziektherapie werkt. Deze lijkt voornamelijk gemaakt te zijn om de cliënten meer inzicht te geven in hun eigen handelen, maar werkt volgens ook positief op de werkaliantie.

“T3= Ja, ik heb een eigen visie en methode ontwikkeld (...) En dat werkt heel goed. Met spanningslijnen en spanningsbergen. Ja. Je moet het ook wel visualiseren, dat is wel belangrijk.” [T3]

5.4.3 Samenvatting

Zowel in het literatuuronderzoek als in de interviews worden geen specifieke methodes of interventies beschreven om de werkaliantie te bewerkstelligen. Het medium wordt gezien als de belangrijkste manier om de werkaliantie te versterken. Uit de interviews komen de volgende zes aspecten van de werkaliantie naar voren waarin het medium een belangrijke rol speelt: beweging in het medium, therapiemotivatie, succeservaringen, containment en zelfinzicht.

Deelvraag 5: Welke invloed heeft de werkaliantie op het behandelresultaat?

5.5.1 Literatuur

Volgens Lambert (2013) is er in de jaren '70 en '90 veel onderzoek gedaan naar verschillende vormen van psychotherapie en patiëntenpopulaties en naar het effect van de therapeutische relatie op het behandelresultaat. De therapeutische relatie bleek een grote voorspeller van een goed behandelresultaat. Sommige literatuur citeert een aantal percentages die benoemd zijn door Lambert, waardoor het soms lijkt dat de therapeutische relatie wel 70% effect heeft op het behandelresultaat. Echter, volgens "Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change" dat zelf door Lambert is bewerkt en uitgegeven, kan het precieze aandeel van de therapeutische relatie niet worden aangetoond. De reden hiervan is dat er in alle onderzoeken verschillen zijn in het aantal sessies, welke sessies worden onderzocht, welke type therapie en bij welke patiëntenpopulatie.

Zoals in de inhoudsanalyse is besproken, lopen de resultaten van meta-analyses naar het effect van de werkaliantie binnen het vrijwillige kader uiteen. De reden hiervoor is onder andere omdat in veel situaties de termen 'werkaliantie' en 'therapeutische relatie' door elkaar worden gebruikt, wat het moeilijk maakt om een eenduidig resultaat aan te tonen. De meeste van deze onderzoeken komen uit op een bijdrage van tussen de 7.5 en 15% van de werkaliantie op het behandelresultaat (Norcross & Lambert, 2011; Crits-Christoph et al 2011; Horvath et al., 2011). Volgens Karver (2003, aangehaald in Yperen, 2010) schijnt de werkaliantie bij jongeren een invloed van tussen 24 en 40% op het behandelresultaat te hebben.

Meerdere onderzoekers (Norcross & Lambert, 2011; Crits-Christoph et al 2011; Horvath et al., 2011) menen dat ondanks dat het aandeel van de werkaliantie procentueel gezien niet zo groot lijkt, de werkaliantie wel een cruciale voorwaarde is om behandeldoelen te bereiken; als er geen werkaliantie is, is er ook heel weinig te bereiken in de therapie.

Yalom (2009) is van mening dat ieder behandelresultaat te wijten is aan de band die cliënt en therapeut hebben.

Onderzoek van Goldsmith et al. (2015) bevestigt het verband tussen de werkaliantie en behandelresultaat, waarin een goede werkaliantie voorspellend is voor een goed behandelresultaat en andersom.

Een onderzoek naar dissociatiegerelateerde stoornissen (Cronin et al., 2014) wees uit, dat patiënten die de werkaliantie zelf een hoog cijfer gaven, minder symptomen van dissociatie, algemene stress en (waar van toepassing) PTSS vertoonden. Op de lange termijn hadden de patiënten die de werkaliantie zelf een hoog cijfer gaven betere adaptieve capaciteiten, zoals het leren omgaan met symptomen. Deze resultaten werden eerst gemeten tijdens het geven van een cijfer voor de werkaliantie (nulmeting) en later nog eens gemeten.

De waardering die een patiënt geeft aan de werkaliantie wordt sterker geassocieerd met een goed behandelresultaat dan waardering die therapeuten aan de werkaliantie geven.

5.5.1.1 Het verloop van de werkaliantie

Het verloop van de werkaliantie is een belangrijke voorspeller van het behandelresultaat. Als er in de kwaliteit van de werkaliantie een stijgende lijn te zien is, dan is het behandelresultaat zeer waarschijnlijk beter. Is er een dalende lijn te vinden, dan is het resultaat vaak minder. Op het moment dat er veel fluctuaties in de werkaliantie zitten, dus dat het de ene keer goed gaat en de andere keer minder, dan is dat een grote voorspeller op een goed behandelresultaat (Horvath et al., 2011). Dit laatste wordt geweten aan het feit dat er in zo'n fluctuerende werkaliantie problemen worden doorgewerkt en dat die een voorspeller zijn van een extra goed behandelresultaat.

Het is bewezen dat de binding beter kan worden door de gezamenlijke probleemoplossing. Bij een stijgende lijn in de werkaliantie wordt weleens gedacht dat dat komt omdat er doelen

worden bereikt waardoor de cliënt zich beter voelt en daarom beter in de werkaliantie staat (Norcross & Lambert, 2011). Onderzoek wijst er echter op dat er geen causale relatie bestaat tussen een verbetering van het behandelresultaat en een verbetering in de werkaliantie (Wampold & Braun, 2005).

Cliënten bij wie de werkaliantie vanaf het begin van de therapie gelijk heel goed is, duiden eerder op een slecht verloop van de therapie. Het idee hierachter is dat deze cliënten zich voorbeeldig gedragen aan het begin van de therapie maar dit niet vol kunnen houden (Florschein et al., 2000).

5.5.2 Interviews

5.5.2.1 Behandelresultaat (doel)

De werkaliantie wordt door alle geïnterviewde therapeuten gezien als een belangrijke voorspeller van het behalen van het behandelgoal in de therapie (T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12). Een goede werkaliantie is een voorwaarde om tot enig behandelresultaat in de therapie te komen. De basis van een werkaliantie zorgt ervoor dat cliënt en therapeut moeilijke onderdelen kunnen doorstaan. Als er al een basisveiligheid is, dan is het ook mogelijk om onveilige zaken aan te gaan. Anders durft een cliënt de stap niet te maken om zichzelf open te stellen en kan daardoor niet door de therapeut worden begeleid om tot een positief behandelresultaat te komen.

"I=Ok. Hoe belangrijk vind je de werkaliantie hier in je werk als vaktherapeut?"

T10= Ja ik denk dat het vooral bij deze doelgroep het allerbelangrijkste is om van daaruit die motivatie te krijgen en de jongen te binden aan de therapie. Ik denk echt dat bij deze doelgroep en binnen deze setting als je daaraan werkt en als daar op een gegeven moment wat overeenstemming is of de jongen denkt 'naw, dat zie ik wel zitten met haar', dat zit echt in die werk alliantie allemaal. Als dat allemaal goed wordt aangepakt dan kan je hier pas beginnen met therapie." [T10]

T9 gelooft dat, ondanks dat de werkaliantie een grote voorspeller is voor het behalen van de therapiedoelen, de relatie met het medium nog belangrijker is.

"Dat is moeilijk om aan mij zelf te vragen wat nou een goede werkrelatie is omdat dat soms wel verschilt. Ik denk dus dat in ieder geval de relatie met het medium minstens of nog wel belangrijker is. Iemand kan het wel heel leuk met mij vinden maar dan zou ik net zo goed kunnen of beter moeten gaan tekenen of gaan wandelen of in de tuin werken of sporten. Dus hier bij de muziektherapie is dan de relatie met het medium vind ik het belangrijkste. Daarnaast is een werkbare werkrelatie met de therapeut ook belangrijk maar is die.. is die misschien ietsje ondergeschikt. Op het moment dat ik... Ik heb namelijk wel een klik gehad met jongens, hartstikke leuk. Die konden niets met muziek. En ik had vrij weinig uren dus was het niet logisch dat ik heel veel andere zaken met hun zou gaan doen." [T9]

Volgens T2, T3, T7, T10 en T12 is een goede werkaliantie een basis die nodig is om tot een goed behandelresultaat te komen. Is deze er niet, dan kun je weinig beginnen.

"Nou ik dacht: eindelijk iets over de therapeutische relatie, behandelrelatie omdat het, dat denk ik echt, het belangrijkste element. Het maakt helemaal niet uit of je praat of zingt of muziek maakt. Het gaat erom dat het contact met de ander om diegene te laten groeien op welke manier dan ook, in welke richting dan ook, maar kennelijk kan je het niet zelf. Kennelijk kan je het ook niet met behulp van youtube of zelf hulp boeken dus er is iemand nodig. En als je diegene niet vertrouwt of geen relatie mee hebt dan kun je niets. Dan wordt hij niets wijzer. Dus ik denk dat dat de core-ingrediënt is." [T2]

5.5.2.2 Taak: Interventies effect behandelresultaat

Alle therapeuten geven aan dat als er een goede werkaliantie is, de interventies een beter effect hebben op de behandeling dan als die werkaliantie er niet is. Wat naar voren komt is dat hoe beter een cliënt weet wat hij wil bereiken in de therapie en hoe beter het inzicht is welke taken hem daarin ondersteunen, hoe sneller er een goed behandelresultaat uit komt. Als dit inzicht er niet is bij de cliënt dan is het aan de therapeut om af te stemmen op de

cliënt en te kijken welke taken goed bij de cliënt passen om in beweging te komen (T1, T4, T11, T12).

"I= Ja, dat er sprake is van doel en taakgericht werken. Je had al iets verteld over die doelen in therapie. Die stel je in principe samen op. Ik neem aan dat je vanuit multidisciplinaire team ook daarvoor handvatten in mee krijgt.

T4= Klopt. Klopt en soms zijn ze niet samen met die cliënt op te stellen en stel ik ze zelf op. Want het is natuurlijk niet altijd zo dat iemand kan aangeven met wat hij wil. En dan beginnen we met kijken waar ik in kan voegen en dan ontstaat er een doel." [T4]

5.5.3 Samenvatting

Puur kijkend naar de cijfers die in de literatuur worden gegeven over de voorspeller van de werkalliantie dan komen we twee bevindingen tegen. De ene zegt dat de werkalliantie 7.5 tot 15% van het behandelresultaat bepaalt (Norcross & Lambert, 2011; Crits-Christoph et-al 2011; Horvath et al., 2011) en de andere geeft aan dat de werkalliantie tussen de 24 en 40% van het behandelresultaat bepaalt.

Belangrijk om te beseffen is dat, wat het percentage ook is, de werkalliantie wordt in zowel de interviews als in de literatuur (Norcross & Lambert, 2011; Crits-Christoph et-al 2011; Horvath et al., 2011), als voorwaarde wordt gesteld voor een goed behandelresultaat. Als er geen werkalliantie is dan is er ook geen behandelresultaat mogelijk.

Daarbij lijkt het erop dat de kwaliteit van de werkalliantie het best gemeten wordt door cliënten zelf en niet door therapeuten (Cronin et al., 2014). Dit laatste wordt ook sterk door de geïnterviewde vaktherapeuten benadrukt, dat de werkalliantie de basis is van de therapie.

Het verloop van de werkalliantie zegt ook iets over het behandelresultaat. Een stijgende lijn in de werkalliantie wordt geassocieerd met een beter behandelresultaat en een dalende lijn (vooral als de werkalliantie aan het begin heel goed was) (Florschein et al., 2000) met een slechter resultaat. Een werkalliantie die veel pieken en dalen kent is meestal de beste voorspeller voor een goed behandelresultaat. De redenering hierachter is dat als er veel pieken en dalen in de werkalliantie zijn geweest, er waarschijnlijk belangrijke problemen zijn doorstaan binnen de therapie (Horvath et al., 2011). In de interviews wordt weinig gezegd over het verloop van de werkalliantie. Wel komt een aantal keren naar voren dat een therapie waarin veel problemen worden doorgewerkt vaak de therapieën zijn met de beste behandelresultaten.

6. Conclusie

Hieronder wordt eerst de probleemstelling kort uiteengezet om vervolgens de hoofdvraag te beantwoorden met de resultaten die uit dit onderzoek zijn gekomen.

Dit onderzoek is in eerste instantie gestart in het kader van het project 'Stay Tuned', uitgevoerd door Kenvak. Volgens Kenvak (2016) is het voor veel vaktherapeuten die in het gedwongen kader werken moeilijk om een goede werkalliantie te bewerkstelligen. De behandelmotivatie en behandelresultaat Harder (2011) lijken te lijden onder een slechte werkalliantie bij deze doelgroep. Aangezien er ook veel interesse is in *jongeren* in het gedwongen kader, is er een explorerend onderzoek gestart naar de werkalliantie bij deze doelgroep. De hoofdvraag die hieruit voortkwam was: hoe kunnen vaktherapeuten behandelmotivatie en behandelresultaat bij jongeren in het gedwongen kader bevorderen door de focus te leggen op werkalliantie?

6.1 Afstemmen

Ten eerste is het meest genoemde resultaat dat naar voren kwam tijdens het coderen van de interviews was dat bijna alle therapeuten het woord 'afstemmen' of een synoniem daarvoor gebruiken als zij uitleggen hoe zij de werkalliantie bewerkstelligen. Volgens Kenvak (2016) berust veel van het bewerkstelligen van de werkalliantie op intuïtie, wat ook kan worden verstaan onder 'afstemmen', of op het juiste moment het juiste uitvoeren en niet via een vast script werken. In literatuur uit de psychotherapie komt ook naar voren dat afstemmen als een belangrijke manier wordt gezien om de werkalliantie te versterken (MacEwan, 2008; Taffel, 2016). Tijdens het coderen heeft de onderzoeker gepoogd om uit te vinden hoe dit afstemmen er nu concreet uit ziet en wat therapeuten kunnen doen om beter af te stemmen op cliënten. Het blijkt dat een vaktherapeut de werkalliantie met jongeren in het gedwongen kader kan versterken via improvisatorisch vermogen, tegenoverdracht, het begrijpelijk maken van de hulpvraag, geduld en tacit knowledge (vertrouwen op onbewuste kennis).

6.2 De kracht van het medium

Ten tweede wordt uit de interviews en de vakliteratuur duidelijk dat het medium een sterke en misschien wel de sterkste manier voor de vaktherapeut is om de werkalliantie te bewerkstelligen en een beter behandelresultaat te bereiken. Een interessante bevinding is dat veel vaktherapeuten in de interviews benoemen dat het medium de reden is waarvoor cliënten naar de therapie toe gaan. De therapietrouwheid en behandelmotivatie is vaak groter dan bij praattherapieën omdat de jongeren het medium boeiend vinden. Vervolgens benoemen zij dat zij in het werken met de cliënten veel verbaal bezig zijn en op een verbale manier met cliënten bezig zijn, en aan het medium voorbij wordt gegaan. Smeijsters et al. (2012) beschrijven heel duidelijk dat het medium juist een goed onderbouwde manier is om aan doelen te werken. Hieruit kan worden opgemaakt dat veel vaktherapeuten de werkalliantie kunnen versterken door het medium meer op de voorgrond te laten zijn dan de relatie tussen cliënt en therapeut. Ze geven immers zelf aan dat het medium goed werkt, maar vervolgens dat ze veel verbaal werken met de jongeren. Rollen die het medium in de werkalliantie heeft zijn volgens de geïnterviewde therapeuten: beweging in het medium, therapiemotivatie, succeservaringen, containment en zelfinzicht.

6.3 Cliënt- en therapeutkenmerken

Een derde bevinding is dat zowel persoonlijke therapeut- als cliëntkenmerken meespelen in hoe de werkalliantie tot stand komt. Er is nog te weinig onderzoek gedaan om met grote zekerheid te zeggen welke persoonlijke kenmerken een rol spelen. Er zijn een aantal persoonlijkheidskenmerken naar boven gekomen in de literatuur, maar dat zijn voornamelijk bevindingen die betrekking hebben tot het vrije kader en hebben geen betrekking op specifiek jongeren in gedwongen kader. Wel valt op dat het meeste onderzoek is gedaan naar persoonlijke kenmerken van cliënten en niet naar de stoornis zelf. Ook uit de interviews

met de therapeuten zijn er te weinig consistente resultaten gekomen om hier een duidelijk oordeel over te geven. Wat wel duidelijk is, is dat cliënten die eerder toegeeflijk en vriendelijk waren een grote kans geven op een goede werkalliantie, in tegenstelling tot de agressieve en dominante cliënten (Wallner-Samstag, Muran, Zindel, Segal, en Schuman, 1992; Puschner, Bauer, Horowitz en Kordy, 2005).

Een kritische noot bij deze bevinding is dat al deze onderzoeken niet zijn gerelateerd aan jongeren in gedwongen kader. Deze resultaten zijn alleen kleine indicaties voor de doelgroep jongeren in gedwongen kader.

6.4 De vorm van de werkalliantie

De vierde bevinding gaat over het feit dat het in sommige gevallen lijkt dat er geen werkalliantie is of dat die moeilijk op gang komt, maar dat dit niets hoeft te zeggen over het behandelresultaat. Zo kunnen sommige cliënten eerder naar de therapie komen omdat de therapie hen nuttig lijkt. De kracht van de werkalliantie zit hem dan niet zo in de binding tussen therapeut en cliënt, maar vooral in de doel- en taakgerichtheid die zij in de therapie hebben (Polashek & Ross, 2010).

Daarbij zijn therapieën die pieken en dalen kennen in de werkalliantie juist de therapieën met het beste behandelresultaat (Horvath et al., 2011). Daar staat tegenover dat therapieën die met een sterke werkalliantie beginnen, soms kunnen stagneren omdat de cliënt een voorbeeldig plaatje ophoudt dat hij niet vol kan houden (Florschein et al., 2000).

6.5 Doelen

Ten vijfde worden doelen gezien als een belangrijk onderdeel van de werkalliantie. Zowel de literatuur als de geïnterviewde vaktherapeuten zijn tegenstrijdig in de manier waarop er met doelen om moet worden gegaan. Volgens Menger (2014) en een aantal geïnterviewde vaktherapeuten is het belangrijk dat de cliënt zich op min of meerdere manier bewust is van de doelen waaraan wordt gewerkt binnen de therapie. Smeijsters et al. (2012) en andere geïnterviewde vaktherapeuten zijn juist eerder van de mening dat deze zaken beter in het medium kunnen plaatsvinden. De conclusie uit dit onderzoek is dat het heel goed per cliënt zou kunnen verschillen welke aanpak de beste is. Wel is het belangrijk om te beseffen dat Menger (2014) geen vaktherapeutische achtergrond heeft en dat Smeijsters et al. (2012) wel die invalshoek hebben. De onderzoeker is van de mening dat de juiste aanpak per cliënt kan verschillen, maar dat een aantal vaktherapeuten geneigd lijken om zaken verbaal op te lossen terwijl zij dat juist mooi met het medium kunnen doen (uitgebreidere uitleg hierover kunt u vinden in de derde bevinding in deze conclusie).

6.6 Confronteren

De zesde bevinding is dat vanuit de literatuur (Horvath et al., 2011) en de interviews duidelijk wordt dat confrontatie een goede manier is om het behandelresultaat te vergroten. Uit de interviews komt duidelijk naar voren dat confrontaties niet alleen interpersoonlijk zijn en dat deze zo veilig mogelijk dienen te worden aangegaan zodat de cliënt geen weerzin tegen de therapie krijgt. Confronteren in het medium is zo'n veilige manier.

De zevende bevinding is dat het begrip werkalliantie nog niet duidelijk is geïntegreerd in vaktherapie. Volgens Menger (2014) geldt dit binnen de gehele gezondheidszorg en uit de interviews wordt ook duidelijk dat de termen 'therapeutische relatie' en 'werkalliantie' door elkaar worden gehaald. Een beter begrip van de werkalliantie (en vooral het verschil met de therapeutische relatie), zal een groot deel van de vaktherapeuten waarschijnlijk doen helpen om betere beslissingen te maken in het sterker maken van de werkalliantie.

Tot slot is er in de literatuur (Goldsmith et al., 2015; Norcross & Lambert, 2011; Crits-Christoph et al. 2011; Horvath et al., 2011; Yperen, 2010; Karver, 2003).

eensgezindheid over het feit dat de werkalliantie een invloed heeft op het behandelresultaat. Ondanks dat er geen precies aantal in procenten kan worden aangegeven, zijn zowel literatuur als geïnterviewde vaktherapeuten het er over eens dat de werkalliantie een voorwaarde is voor een positief behandelresultaat.

7. Aanbevelingen

Na het doen van dit onderzoek is de onderzoeker uiterst positief over de positieve invloed die vaktherapie heeft op de werkalliantie bij jongeren in het gedwongen kader. Veel van de geïnterviewde therapeuten geven aan dat vaktherapie een hoge score krijgt tijdens cliënt-tevredenheidsonderzoeken en dat de therapiemotivatie groot is. Een boeiend vervolgonderzoek zou zijn om op grote schaal de volgende drie zaken te onderzoeken:

1. Een vergelijkingsstudie tussen vaktherapie en psychotherapie over verschillende instellingen binnen Nederland, waarin wordt gemeten welk cijfer jongeren in gedwongen kader aan vaktherapie geven en welk cijfer zij aan psychotherapie geven.
2. Een vergelijkingsstudie waarin wordt bekeken hoe vaak jongeren in gedwongen kader afzeggen voor vaktherapie en hoe vaak zij afzeggen voor ander soort therapieën;
3. Een vergelijkingsstudie waarin jongeren in gedwongen kader per 'stoornis' beschrijven hoeveel ze last hebben van hun klachten aan het begin van vaktherapie en bijvoorbeeld psychotherapie en vervolgens hoeveel ze van hun klachten hebben aan het einde van vaktherapie en psychotherapie.

Dit soort onderzoeken zouden de veronderstelling kunnen bevestigen dat vaktherapie daadwerkelijk een aantrekkelijke vorm van therapie is bij jongeren in de forensische psychiatrie. Dit zou vaktherapie veel sterker kunnen doen staan bij bijvoorbeeld verzekeringsmaatschappijen.

Veel onderzoeken die worden gevonden over de werkalliantie zijn gedaan in de psychotherapie en bij andere doelgroepen dan jongeren in gedwongen kader. Het lijkt de onderzoeker belangrijk om vervolgonderzoek te doen naar alle bevindingen die bij andere doelgroepen zijn gedaan en te onderzoeken of dit ook bij jongeren in gedwongen kader van toepassing zijn. De bevindingen vanuit de literatuur en de interviews komen op veel resultaten in de conclusie overeen, maar het is belangrijk om te testen in hoeverre deze beweringen aansluiten op vaktherapie met jongeren in gedwongen kader.

Uit de interviews lijkt het dat veel muziektherapeuten snel naar een puur neurologische uitleg neigen om bepaalde verschijnselen uit te leggen, waardoor muziektherapie in sommige gevallen wordt gereduceerd tot een 'muziekles' of een 'middagje drama', terwijl er zoveel meer gebeurt tijdens therapeutische sessies. In veel literatuur, van bijvoorbeeld Damasio, Priestley en Smeijsters, wordt de kracht van vaktherapie op een veel bredere manier uitgelegd. Een aanbeveling zou zijn om, al deze onderzoeken samen te vatten en te bundelen voor studenten die net beginnen, zodat het onderbouwen van mediumgebruik van begin af aan wordt gestimuleerd.

Een aanbeveling die hierop aansluit is gebaseerd op een uitspraak van Richard Dawkins (2012), die beschrijft dat het op de korte termijn beter is om het effect van kunst te beschrijven in artistieke termen in plaats van wetenschappelijke termen, omdat de wetenschap nog niet ver genoeg is om het precieze effect van kunst op mensen te beschrijven. De onderzoeker beveelt aan om voor vaktherapeutisch onderzoek gebruik te maken van artistieke termen te mixen met wetenschappelijke termen.

Als direct vervolg op dit onderzoek zouden er gestructureerde interviews kunnen worden afgenomen die alle resultaten die uit dit onderzoek zijn gekomen nalopen. Doordat de interviews voor dit onderzoek half gestructureerd zijn, is het niet mogelijk geweest om alle bevindingen evenredig aan alle geïnterviewde vaktherapeuten te vragen, waardoor sommige resultaten sterker naar voren zouden kunnen komen, of uiteraard minder sterk. Het zou de validiteit van de bevindingen uit dit onderzoek ten goede komen.

Willen vaktherapeuten de werkalliantie nog beter in kunnen zetten, dan is het belangrijk om de doelgroep 'jongeren in de forensische psychiatrie' onder te verdelen in kleinere doelgroepen. Dit kan per stoornis of per persoonlijke kenmerk. Vervolgens wordt er in kaart

gebracht welke mediumaspecten en welke andere gedragsaspecten van de therapeut invloed hebben op de werkaliantie. Als in kaart is gebracht hoe de werkaliantie bij welke problematiek werkt, dan kunnen vaktherapeuten bekijken hoe zij hun medium en therapeutische kwaliteiten per cliënt beter in kunnen zetten op het niveau van stoornis en persoonlijkheidskenmerken. Een training om bepaalde persoonlijkheidskenmerken te herkennen zou een interessante module toevoeging hierop zijn.

Aansluitend op de aanbeveling om cliëntkenmerken beter te onderzoeken, hebben demografische gegevens volgens Meier, Barrowclough & Donmall (2005) geen invloed op de werkaliantie. Toch vermoedt de onderzoeker dat dit, vooral bij jongeren in gedwongen kader, niet altijd op gaat. Met name met betrekking tot de sekse van de therapeut. T2 geeft aan dat het hem helpt dat hij een man is omdat hij daardoor een heel andere dynamiek heeft met de jongeren in zijn therapieën. Vooral omdat er met een groot verschil in culturen en type delicten wordt gewerkt is het interessant om te bekijken wat de verschillende invloeden is van een vrouwelijke en een mannelijke therapeut zijn.

Verder is het interessant om het verschil van de werkaliantie tussen groepen en individuen te vergelijken. Veel van de voorbeelden leken over individuele therapieën te gaan, al zijn deze nooit expliciet benoemd. Om de werkaliantie nog beter toe te kunnen passen, lijkt het logisch dat er een verschil in dynamiek is tussen een individuele therapie of een groep met zes cliënten.

Bronnenlijst

- Ackerman, S. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2007). *Risk-Need-Responsivity Model for Offender Assessment and Rehabilitation*. Geraadpleegd van <http://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/index-eng.aspx>
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. (1980). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Artz, P. (2016). *The Importance of the Therapeutic Alliance in Arts Therapy*. Geraadpleegd van [Is ontvangen via de mail, opgestuurd door Gemmy Willemars](#)
- Beer, Y. de. (2011). *De Kleine Gids Mensen met een licht verstandelijke beperking 2011*. Deventer, Nederland: Kluwer.
- Bil, M., & Bil, P. (2009). *Praktijkgerichte ontwikkelingspsychologie*. Amsterdam, Nederland: Boom Nelissen.
- Bion, W. (1984). *Attention and Interpretation*. London: Tavistock Publications.. Londen, Verenigd Koninkrijk: Karnac Books.
- Black, S., Hardy, G., Turpin, G., & Parry, G. (2005). *Self-reported attachment styles and therapeutic orientation of therapists and their relationship with reported general alliance quality and problems in therapy*. Geraadpleegd van <http://eds.a.ebscohost.com.www.dbproxy.hu.nl/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=3&sid=3a1f5176-e99d-407c-85ee-0cafb929bde8@sessionmgr4005&hid=4105>
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek Denken en doen* (2e ed.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Bordin, E. S. (1979). *he generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. Geraadpleegd van .
- Crits-Cristoph, P., Conolly Gibbons, M. B., Hamilton, J., Ring-Kurtz, S., & Gallop, R. (2011). The Dependability of Alliance Assessment: The Alliance Outcome Correlation is Larger than You Might Think. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 267-278.
- Cronin, E., Brand, B. L., & Mattanah, J. F. (2014). *The impact of the therapeutic alliance on treatment outcome in patients with dissociative disorders*. Geraadpleegd van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3946510/pdf/EJPT-5-22676.pdf>
- Damasio, A. R. (2003). *Ik voel dus ik ben. Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Amsterdam, Nederland: Wereldbibliotheek.
- Dawkins, R. (2012, 08 september). Richard Dawkins Interview Live on Skavlan (Sweden) [Video]. Geraadpleegd van <https://richarddawkins.net/2012/09/richard-dawkins-interview-live-on-skavlan-sweden/>
- Dienst Justitiële Inrichtingen. (z.j.). Straffen en maatregelen. Geraadpleegd op 28 juni, 2016, van <http://dji.nl/Onderwerpen/Jongeren-in-detentie/Straffen-en-maatregelen/>
- Dunkle, J. H., & Friedlander, M. L. (1996). Contribution of therapist experience and personal characteristics to the working alliance.. *Journal of Counseling Psychology*, 43(4), 456-460.
- Farrenkopf, T. (1992). What Happens to Therapists Who Work With Sex Offenders? *Journal of Offender Rehabilitation*, 18(3/4), 217-223.
- Florsheim, P. (z.j.). Role of The Working Alliance in Treatment of Delinquent Boys in Community Programs. *Journal of Clinical Child Psychology*, pp. 94-107.
- Gatta, M., Gallo, C., & Vianello, M. (2014). Arts therapy groups for adolescence with personality disorders. The arts in psychotherapy. *The Arts in Psychotherapy*, 41(1), 1-6.
- Gelso, C. J., & Carter, J. A. (1994). Components of the psychotherapy relationship: Their interaction and unfolding during treatment. *Journal of Counseling Psychology*, pp. 296-306.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The Psychotherapy Relationship: Theory, Research and Practice*. New York, Verenigde Staten: John Wiley & Sons.

- Goldsmith, L. P. (2015). *Therapist Effects and the Impact of Early Therapeutic Alliance on Symptomatic Outcome in Chronic Fatigue Syndrome*. Geraadpleegd van <http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=aaf64d61-7647-40cc-8759-072816346898%40sessionmgr105&hid=103&bdata=Jmxhbm9bmwmc2l0ZT1lZHMt bGI2ZQ%3d%3d#AN=111571251&db=aph>
- Gunderson, J., Najavits, L., Leonhard, C., Sullivan, C., & Sabo, A. (1997). Ontogeny of the Therapeutic Alliance in Borderline Patients. *Psychotherapy Research*, 7(3), 301-309.
- Haarhoff, B. A. (2006). *The Importance of Identifying and Understanding Therapist Schema in Cognitive Therapy Training and Supervision*. Geraadpleegd van <http://mro.massey.ac.nz/bitstream/handle/10179/6159/NZJP-Vol353-2006-4-Haarhoff.pdf?sequence=1>
- Hafkenscheid, A. (z.j.). Countertransference: from a psychoanalytical to a transtheoretical concept. *Tijdschrift voor psychiatrie*, pp. 202-209.
- Harder, A. T. (2011). *The downside up? A study of factors associated with a successful course of treatment for adolescents in secure residential care*. Geraadpleegd van <http://www.rug.nl/research/portal/files/2545009/00titcon.pdf>
- Heemskerk, I. (2011). *Een delictvrije toekomst: methode voor het begeleiden van delinquenten jongeren*. Bussum, Nederland: Coutinho.
- Hersoug, A., Hoglend, P., Monsen, J., & Havik, O. (2001). Quality of the Working Alliance in Psychotherapy: Therapist Variables and Patient/Therapist Similarity as Predictors. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 10, 205-216.
- Horvath, A. O., Del Re, A., Fluckiger, C., & Symonds, D. B. (2011). Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 48 (1), 9-16.
- Jeugdcriminaliteit.com. (z.j.). Jeugdstrafrecht. Geraadpleegd op 28 mei, 2016, van http://www.jeugdcriminaliteit.com/index_bestanden/Page396.htm
- Jeugdzorg Nederland. (z.j.). Stelselwijziging jeugd. Geraadpleegd op 28 mei, 2016, van <http://www.jeugdzorgnederland.nl/contents/documents/brochure-jeugdbeschermingsketen-transitiebureau-jeugd.pdf>
- Kenvak. (z.j.). Studiedag Stay Tuned: de waarde van werkalliantie voor vaktherapeuten en jongeren. Geraadpleegd op 28 mei, 2016, van <http://kenvak.nl/symposia/studiedag-stay-tuned/>
- Kenvak. (z.j.). Stay Tuned - ZonMW. Geraadpleegd op 29 mei, 2016, van <http://kenvak.nl/onderzoek/stay-tuned-zonmw/>
- Kenvak. (2015, november). Stay Tuned: Onderzoeksproject ter bevordering van de werkalliantie binnen Vaktherapie. Geraadpleegd op 28 mei, 2016, van <http://kenvak.nl/wp-content/uploads/2015/10/20151203-Flyer-Stay-tuned.pdf>
- Kim, S. (2010). A story of a healing relationship: the person-centered approach in expressive arts therapy. *Journal of creativity in mental health*, pp. 93-98.
- Kozar, C. J., & Day, A. (2012). The Therapeutic Alliance in Offending Behavior Programs: A Necessary and Sufficient Condition for Change? *Aggression and Violent Behavior*, 17, 482-487.
- Lambert, M. J. (2013). *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6e ed.). New York, Verenigde Staten: Wiley.
- Lambert, M. J., & Shimokawa, K. (2011). Collecting Client Feedback. *American Psychological Association*, 48(1), 72-79.
- Ledoux, J. (1998). *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life*. New York, Verenigde Staten: Touchstone.
- Leeftijdsgrens. (z.j.). Leeftijdsgrens Strafrecht. Geraadpleegd op 28 mei, 2016, van <http://www.leeftijdsgrens.nl/leeftijdsgrens-strafrecht/>
- Lingiardi, V., Baiocco, R., & Filippucci, L. (2005). Therapeutic alliance evaluation in personality disorders psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 15(1), 45-53.
- MacEwan, G. H. (2008). *The Efforts of Therapists in the First Session To Establish a Therapeutic Alliance*. Geraadpleegd van <http://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1345&context=theses>

- Meier, P. S., Barrowclough, C., Michael, C., & Donmall, C. (2005). The role of the therapeutic alliance in the treatment of substance misuse: a critical review of the literature. *Addiction*, 100(3), 304-316.
- Menger, A. (2014). *Werken in gedwongen kader* (2e ed.). Amsterdam, Nederland: SWP.
- Migchelbrink, F. (2013). *Handboek praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam, Nederland: SWP.
- Molen, H. T. van der. (2010). *Klinische psychologie: theorieën en psychopathologie*. Groningen/Houten, Nederland: Noordhoff.
- Mortel, M. van de. (2011). *Samen Werken aan Perspectief: Een methode voor intensieve behandeling in de residentiële jeugdzorg*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). *Psychotherapy Relationships That Work: Evidence-Based Responsiveness* (2e ed.). Oxford, Groot-Brittannië: Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E. (2000). *Therapist Interpersonal Behaviors That Have Consistently Shown Positive Correlation With Outcome*. Paper gepresenteerd op de American Psychological Association, Washington, DC, Verenigde Staten.
- Overes, J. (2015). *Samen door 1 deur: een praktijkgericht onderzoek naar de werkaliantie binnen vaktherapie bij jongeren in gedwongen kader*. Geraadpleegd van Rapport is direct ontvangen vanuit Kenvak, staat (nog) niet op internet
- Polashek, D. L. L., & Ross, E. C. (2010). Do early therapeutic alliance, motivation and stages of change predict therapy change for high-risk, psychopathic violent prisoners? *Criminal Behaviour and Mental Health*, 20, 100-111.
- Prochaska, J. O., & Norcross, J. C. (2007). *Systems of Psychotherapy: A Trans-theoretical Analysis*. New York, Verenigde Staten: Thompson Books/Cole.
- Puschner, B., Bauer, S., Horowitz, L. M., & Kordy, H. (2005). *The relationship between interpersonal problems and the helping alliance*. Geraadpleegd van <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15503317>
- Ross, E. C., Polashek, D. L. L., & Ward, T. (2007). The Therapeutic Alliance: A Theoretical Revision for Offender Rehabilitation. *Agression and Violent Behavior*, 13(6), 462-480.
- Safran, J. D., Muran, C. J., & Wallner Samstag, L. (1992). *A Comparison of Therapeutic Alliance Rupture Resolution and Nonresolution Events*. Paper gepresenteerd op de Annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Berkeley, Verenigde Staten.
- Smeijsters (red.), H., Kurstjens, H., Kil, J., Welten, J., Willemars, G., & Dijkema, P. (2012). *Muziektherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg: Resultaten van praktijkgericht onderzoek*. Geraadpleegd van <http://kenvak.nl/wp-content/uploads/2015/01/Smeijsters-H.-Muziektherapie-in-de-Justitiele-Jeugdinrichtingen-en-Gesloten-Jeugdzorg.pdf>
- Smeijsters, H. (2006). *Handboek muziektherapie*. Houten, Nederland: Bohn Stafleu van Loghum.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie* (3e ed.). Bussum, Nederland: Coutinho.
- Stern, D. N. (1985/2000). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and development psychology*. New York, Verenigd Staten: Basic Books.
- Stern, D. N. (2010). *Forms of vitality. Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford, Groot-Brittannië: Oxford University Press.
- Taffel, R. (2016, 21 april). Using Conversation to Enhance the Therapeutic Alliance. Geraadpleegd op 29 mei, 2016, van <https://www.psychotherapynetworker.org/blog/details/581/using-conversation-to-enhance-the-therapeutic-alliance>
- Tatman, A. W., & Love, K. M. (z.j.). An Offender Version of the Working Alliance Inventory. *Journal of Offender rehabilitation*, pp. 165-179.
- Vandermeulen, J. (2008). *Neuroplasticiteit*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Vermeulen, T., Jansen, M., & Feltzer, M. (2007). LVG: Een lichte verstandelijke beperking met zware gevolgen. Een onderzoek naar de problematiek van licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen.. *Onderzoek & Praktijk*, 5(2), 4-15.

- Voor de jeugd. (2015, 06 mei). Jeugdbescherming. Geraadpleegd op 28 mei, 2016, van <https://www.voordejeugd.nl/stelselwijziging/jeugdhulp/gedwongen-kader/jeugdbescherming>
- Wigram, T. (2010). *Receptive Methods in Music Therapy: Techniques and Clinical Applications for Music Therapy Clinicians, Educators and Students*. Londen, Verenigd Koninkrijk: Jessica Kingsley Publishers.
- Yalom, I. (2009). *The Gift of Therapy: An Open Letter to a New Generation of Therapists and Their Patients*. Glasgow, Verenigd Koninkrijk: HarperCollins.
- Yperen, T. van, Steege, M. van der, Addink, A., & Boendemaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg: stand van de discussie*. Utrecht, Nederland: Nederlands Jeugdinstituut.
- Yulius. (z.j.). Gedwongen kader/BOPZ. Geraadpleegd op 28 mei, 2016, van <https://www.yulius.nl/gedwongen-kader-bopz>

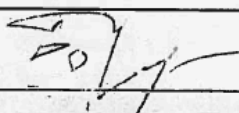
Bijlage I: Codeboom gebruikt tijdens het coderen

- Afstemmen op cliënt
 - Tegenoverdracht
 - Hulpvraag begrijpelijk en overzichtelijk maken
 - Improvisatorisch vermogen
 - Tacit knowledge
 - Geduld
- Effect werkalliantie
 - Zelfinzicht
 - Band (samenwerking)
 - Taak (interventies)
 - Doel (behandelresultaat)
- Rol medium
 - Therapiemotivatie
 - Ervaringsgericht
 - Containment
 - Succeservaringen
 - Beweging in het medium
- Doelen bespreken
 - Eigen invulling
 - Weerstand bij doel vanuit cliënt
- Confrontatie
 - Doorwerken van een probleem
 - Confronteren binnen het medium
 - Pushen
 - Sterkte relatie
 - Keerpunt in therapie
- Verschil jongeren en volwassenen
 - Belang interpersoonlijke relatie
 - Ontwikkelingsleeftijd
- Kenmerken vaktherapeuten en cliënten
 - Kenmerken vaktherapeuten
 - Kenmerken cliënten

Bijlage II: Opdrachtformulier opdrachtgever

2.2. Opdrachtformulier Opdrachtgever

Het hieronder beschreven formulier gebruik je als er sprake is van een opdrachtgever uit het werkveld. Als student vul je de items in, mogelijk samen met de opdrachtgever. De opdrachtgever ondertekent het formulier, waarna de consulent groen licht geeft en het formulier ondertekent.

Opdrachtformulier Opdrachtgever m.b.t. Praktijkgericht onderzoek en Eindproduct	
NAMEN EN STUDENTNUMMERS:	
Docent / consulent:	
Datum:	18-05-2016
Gegevens van de opdrachtgever	
Naam opdrachtgever:	Evelyn Heynen, PhD
Functie opdrachtgever:	Onderzoeker
Naam instelling:	Zuyd
Adres:	
Postcode en woonplaats:	
E-mail:	evelyn.heynen@zuyd.nl
Telefoonnummer:	
Handtekening opdrachtgever:	
Omschrijving opdracht en randvoorwaarden	
Wat is de probleemstelling van het onderzoek / de vraag van de opdrachtgever?	hoe ervaren VT van verschillende media de therapeutische alliantie
Wat is de doelstelling van het onderzoek?	meer inzicht in de therap. alliantie media overheid
Wat zijn de globale ideeën / wensen voor de onderzoeksopzet?	uitwerken interviews & clustering & probleemverhouding

Hoe is de globale planning?	afrondding begin juni
Welke afspraken zijn gemaakt over: - de mogelijkheden inzage te hebben in documenten? - mogelijkheid beeldopnamen te maken? - contacten te hebben met cliënten en medewerkers van de instelling? - gebruik te maken van andere middelen/mogelijkheden van de instelling?	- alle doc. beschikbaar gesteld - geen nieuwe data-verzameling.
Welke afspraken zijn gemaakt over het contact en het overleg met opdrachtgever?	op basis van noodzakelijkheid.
Aan wie / in welk overleg of welke overleggen zullen de resultaten en adviezen worden gepresenteerd?	aan Mw gefinancierd project.
In te vullen door consulent:	
Feedback:	
Groen licht	JA NEE Handtekening consulent: 
Alleen in te vullen bij geen "groen licht":	Afspraken: Datum vervolgcontact:

Bijlage III: HBO gedragscode (Migchelbrink, 2013)

1. Onderzoekers aan het HBO onderwijs dienen het professionele en maatschappelijke belang.

Zij richten zich op relevante thema's en problemen uit de beroepspraktijk en op creatieve, innovatieve en toepasbare oplossingen voor de praktijk. Ze leveren een bijdrage aan kennis- en theorieontwikkeling, stimuleren kenniscirculatie naar de praktijk en onderwijs en streven ernaar resultaten toegankelijk te maken.

Door aan te sluiten op de behoefte van Kenvak is er aan dit aspect voldaan. De uitvoerende student heeft in overleg met Kenvak besproken wat het nut is van dit onderzoek voor het professionele en maatschappelijke belang. Daarbij heeft de uitvoerende student zich ingelezen op de literatuur over de werkalliantie (Menger, 2014) en gezien dat dit in de forensische zorg een belangrijk item is op het moment, dat niet alleen professionals hebt om beter te werken, maar ook jongeren in gedwongen kader een mogelijkheid biedt om zich beter te ontwikkelen als zelfstandig en verantwoordelijk persoon.

2. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn respectvol. Zij houden rekening met rechten, belangen, privacy, zienswijzen, opvattingen, theorieën en methoden van betrokkenen en collega-onderzoekers. Zij leven de regelgeving en protocollen na die in het vakgebied gelden voor het doen van onderzoek.

Tijdens dit onderzoek zijn geen gegevens gebruikt van cliënten. Er zijn interviews gecodeerd, deze interviews hebben toestemming gegeven dat de interviews gepubliceerd mogen worden en zijn vorig jaar als eerste gepubliceerd door Overes (2015).

3. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn zorgvuldig. Zij nemen meerdere wetenschapsopvattingen in overweging, de beschikbare onderzoeksmethoden en de methodologische regels die daarbij horen, alsook de onderzoeks- en beroepsethiek en de waarden die binnen het vakgebied gelden. Zij maken gebruik van reeds beschikbare kennis uit de praktijk en wetenschap. Zij rapporteren juist, compleet, nauwkeurig en navolgbaar. Zij nemen in overweging de wenselijkheid de data zorgvuldig te bewaren.

Er is extra literatuuronderzoek gedaan om ervoor te zorgen dat de uitvoerende student zo volledig mogelijk is geweest in de resultaten en conclusies die hij heeft gedaan. Alle aangehaald bronnen zijn nagelezen om geen verkeerde beweringen van andere onderzoekers mee te nemen. De onderzoeker heeft duidelijk beschreven in welke mate bevindingen uit de literatuur met zekerheid zijn bevestigd door de wetenschap.

In overleg met Phd onderzoeker Evelyn Heynen zijn de beste manieren van onderzoek besproken en de literatuur is nagekeken op eventuele andere vormen van onderzoek (Boeije, 2014)

4. Onderzoekers aan het HBO onderwijs zijn integer. Zij zijn kritisch ten aanzien van in de praktijk gehanteerde opvattingen en probleemdefinities, onafhankelijk in hun methodische keuzes en eerlijk over de bronnen die ze gebruiken. Ze zijn aanspreekbaar op hun gedrag tijdens het uitvoeren van onderzoek, autonoom in hun analyses en onpartijdig in hun rapportages.

De uitvoerende student heeft aangehaalde bronnen nagekeken op validiteit om zo zuiver mogelijk te zijn in de overdracht van informatie naar de lezer toe. Er zijn een aantal bevindingen aangepast omdat die in sommige recente literatuur verkeerd is aangehaald (in de ogen van de uitvoerende student).

5. Onderzoekers aan het HBO onderwijs verantwoorden hun keuzes en gedrag. Zij verantwoorden zich over de relevantie van het gekozen onderwerp en gehanteerde methoden en beperkingen ervan, de zorgvuldigheid van de uitvoering, de onderbouwing van

de conclusies, de gehanteerde bronnen, de implementatie in de praktijk als mede de doorwerking in het onderwijs.

De uitvoerende student heeft duidelijk beschreven wat de beperkingen zijn van dit onderzoek, met name in de aanbevelingen, zodat de bevindingen in dit onderzoek sterker kunnen worden gevalideerd.

Daarbij is de uitvoerende student zorgvuldig geweest in het hanteren van bronnen door alles goed na te lezen en alleen bevindingen uit de interviews te gebruiken die duidelijk refereren aan de gebruikte thema's in dit onderzoek.