

Dramatherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg

Resultaten van praktijkgericht onderzoek

Henk Smeijsters (red.) & Jaap Welten, Julie Kil, Han Kurstjens,
Gemmy Willemars en Pijke Dijkema

Al het mogelijke werd gedaan om de informatie in dit boek zo juist en actueel te maken als kan
Auteurs of uitgever kunnen niet verantwoordelijk gesteld worden voor mogelijke nadelen die lezers door
eventuele onvolkomenheden in het boek zouden kunnen ondervinden.

Dramatherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg

Resultaten van praktijkgericht onderzoek

Henk Smeijsters (red.) & Jaap Welten, Julie Kil, Han Kurstjens,
Gemmy Willemars en Pijke Dijkema

KenVaK / KenVaK Publishers

2012

Henk Smeijsters (red.) & Jaap Welten, Julie Kil, Han Kurstjens, Gemmy Willemars en Pijke Dijkema
Dramatherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg
Resultaten van praktijkgericht onderzoek
Heerlen
KenVaK Publishers
2012

188 blz.
ISBN 978-94-91460-05-0
NUR 777

Lay-out: Laurien Kok
© Henk Smeijsters & KenVaK Publishers

Alle rechten voorbehouden. Behoudens de uitdrukkelijk bij wet bepaalde uitzonderingen
mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in
een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt, op welke wijze ook,
zonder de uitdrukkelijke, voorafgaande en schriftelijke toestemming
van de auteurs en van de uitgever.

KenVaK Publishers
KenVaK
Postbus 550
6400 AN Heerlen
<http://kenvak.hszuyd.nl/>

VOORWOORD

“Eens een dief, altijd een dief. “

Het zal maar op je CV staan: ik was “jeugddelinquent”. Of is daar toch iets aan te doen, kunnen we jongeren uit de criminaliteit halen? Als dat mogelijk is, dan moet je ook alles proberen!

Daarover gaat dit boek. Van harte beveel ik het u aan. Omdat het een belangrijk probleem in onze maatschappij aanpakt én omdat het laat zien waar hbo-onderzoek toe in staat is: dit boek is het eindproduct van baanbrekend praktijkgericht onderzoek.

Dit gaat niet over kattenkwaad. Jonge delinquenten plegen diefstal, inbraak, mishandeling of overvallen met geweld en dat vaak herhaaldelijk. Doorbreken van dit criminele gedrag is lastig maar het kan, mits je de aanpak laat aansluiten bij de nieuwe inzichten over het puberbrein.

In de periode 2008-2010 hebben onderzoekers en studenten de vaktherapie onderzocht, die gebruikt wordt in de behandeling van jonge delinquenten door zes Justitiële Jeugdinrichtingen en de Gesloten Jeugdzorg. Dat onderzoek gebeurde vanuit de Zuyd Hogeschool en Hogeschool Utrecht, beide als lid van het lectoraat KenVaK. Ze ontwikkelden interventies voor beeldende therapie, dans-bewegingstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie. Dat deden ze in nauwe samenwerking met de vaktherapeuten van de instellingen: onderzoek in én met de praktijk.

Zo werd ervaringskennis van vaktherapeuten geïntegreerd met recente wetenschap. De ervaring van vaktherapeuten is daarvoor geëxpliciteerd en onderling kritisch getoetst. De uitkomst is daarna getoetst aan theorie, methodiek en onderzoek, met als resultaat: consensus én evidence based practices. We weten nu beter waarom vaktherapie helpt bij jeugddelinquentie en hoe de vaktherapeut concreet te werk kan gaan. De therapie richt zich op het zelfbeeld, de emoties, de interactie en gedachten van jongeren.

Er zijn ook scholingstrajecten voor studenten en medewerkers van jeugdinrichtingen opgezet. Dit is een schoolvoorbeeld van praktijkgericht onderzoek: met en voor de praktijk, vernieuwend, gekoppeld aan het onderwijs én maatschappelijk zeer relevant. Niet voor niets is dit project bekroond met de prijs ‘Praktijkgericht onderzoek van het jaar 2011’.

Geweldig dat het resultaat van dit alles hiermee als E-book kosteloos ter beschikking wordt gesteld aan eenieder. Een prachtvoorbeeld hoe hogescholen het werkveld en de opleidingen toegang geven tot de meest actuele onderzoeksresultaten in hun vakgebied.

Dr. Guusje ter Horst

Voorzitter HBO-raad

INHOUDSOPGAVE

Inleiding	7
1 De doelgroep van vaktherapie in de gesloten setting	9
1.1 Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen en de Gesloten Jeugdzorg	9
1.2 Algemeen beeld van deze jongeren	9
1.2.1 Problematiek	9
1.2.2 Stoornissen	13
1.2.3 Reactieve en proactieve agressie	14
1.3 De doelgroep van vaktherapie	16
1.4 Voorkomen van recidive	16
1.4.1 Recidive van jongeren na de JJI/de Gesloten jeugdzorg	16
1.4.2 What Works-principes	18
1.4.3 Specifiek werkzame factoren: thema's en aangrijpingspunten	24
2 Vaktherapie en dynamisch criminogene factoren bij de doelgroep	26
2.1 Inleiding	26
2.2 Dynamisch criminogene factoren	26
2.3 Vaktherapie, dynamisch criminogene factoren en protectieve factoren	31
2.4 Samenhang van de dynamisch criminogene factoren	33
2.4.1 Kerngebied Zelfbeeld	34
2.4.2 Kerngebied Emotie	35
2.4.3 Kerngebied Interactie	36
2.4.4 Kerngebied Cognitie	37
2.5 Schematisch overzicht	37
2.6 De interventie vaktherapie in de gesloten setting	38
2.6.1 Inleiding	38
2.6.2 Doelgroep van de vaktherapie	39
2.6.3 Selectie van de doelgroep	40
2.6.4 Doel en programmadoelen	44
2.6.5 Verbondenheid van kerngebieden	45
2.6.6 Doelen, werkwijzen, methoden, werkvormen en technieken per kerngebied	47
2.6.7 Protectieve factoren	59
3 Vaktherapie: een niet-cognitieve interventie	61
3.1 Inleiding	61
3.2 Een niet-cognitieve interventie	61
3.3 De werking van vaktherapie	63
3.4 Vaktherapie en andere psychotherapieën	68
3.4.1 Schemagerichte therapie	68
3.4.2 Dialectische gedragstherapie	70
3.4.3 Mentalisering bevorderende therapie	71
3.4.4 Cognitieve gedragstherapie	72
3.4.5 Discussie: wederzijdse beïnvloeding	74

4	Vaktherapeutische interventies	78
4.1	Inleiding	78
4.2	Onderzoeksmethode	78
4.2.1	Dataverzamelingstechnieken	79
4.2.2	Data-analyse technieken	79
4.2.3	Kwaliteitscriteria	80
4.2.4	Kwaliteitstechnieken	80
4.2.5	Respondenten	80
4.2.6	Discussie	81
4.3	Interventie dramatherapie overkoepelend voor alle kerngebieden	82
4.3.1	Rationale	82
4.3.2	Werkwijzen	83
4.3.3	Doelen	84
4.3.4	Methoden	84
4.3.5	Werkvormen en technieken	85
4.3.6	Fasering, intensiteit, duur van de therapie en motivatie	85
4.4	Zelfbeeld	87
4.4.1	Werkwijze	87
4.4.2	Doelen	87
4.4.3	Methoden	88
4.4.4	Werkvormen	89
4.4.5	Technieken	90
4.5	Emotie	90
4.5.1	Werkwijze	90
4.5.2	Doelen	91
4.5.3	Methoden	91
4.5.4	Werkvormen	93
4.5.5	Technieken	95
4.6	Interactie	95
4.6.1	Werkwijzen	95
4.6.2	Doelen	96
4.6.3	Methoden	96
4.6.4	Werkvormen	97
4.6.5	Technieken	99
4.7	Cognitie	99
4.7.1	Werkwijzen	99
4.7.2	Doelen	100
4.7.3	Methoden	100
4.7.4	Werkvormen	101
4.7.5	Technieken	101
5	Review van kwalitatief en kwantitatief onderzoek	103
5.1	Inleiding	103

5.2	Systematic review	103
5.3	Conclusies naar aanleiding van de systematic review	116
5.3.1	Dramatherapie	116
5.3.2	Muziektherapie	117
5.3.3	Beeldende therapie	118
5.3.4	Dans-bewegingstherapie	119
5.3.5	Psychomotorische therapie.....	120
5.3.6	Alle media.....	120
6	Kwalitatief proces-effectonderzoek.....	122
6.1	Inleiding	122
6.2	Methode	122
6.2.1	Procesevaluatie.....	122
6.2.2	Programma-evaluatie.....	123
6.2.3	Data-analyse	125
6.2.4	Respondenten.....	126
6.2.5	Discussie.....	126
6.3	Kwalitatieve resultaten dramatherapie	128
6.3.1	Emotie.....	128
6.3.2	Zelfbeeld	134
6.3.3	Kerngebied Interactie	137
6.3.4	Kerngebied Cognitie.....	142
6.3.5	Discussie en conclusies	144
7	Kwantitatief effectonderzoek	147
7.1	Inleiding	147
7.1.1	Design.....	147
7.1.2	Effectevaluatie	149
7.2	Kwantitatieve resultaten	151
7.2.1	Zelfbeeld	151
7.2.2	Emotie.....	152
7.2.3	Interactie.....	152
7.2.4	Cognitie	153
7.3	Discussie.....	154
	Literatuurlijst.....	162
	De auteurs.....	181
	Dankzegging	184

INLEIDING

Dit boek bevat de resultaten van het praktijkgericht onderzoek naar vaktherapie in zes Justitiële Jeugdinrichtingen en instellingen voor Gesloten Jeugdzorg. Het boek bevat de resultaten van het pilotonderzoek, uitgevoerd van 1 maart tot 1 oktober 2008, gefinancierd door het Ministerie van Justitie, en de resultaten van het RAAK onderzoek van 1 september 2008 tot 1 november 2010, gefinancierd door de Stichting Innovatie Alliantie (SIA). Met het oog op indiening bij de Erkenningscommissie van het Ministerie van Justitie is het project tevens ondersteund door Adviesbureau van Montfoort.

Het pilotonderzoek heeft de basis gelegd voor het RAAK project. Tijdens het pilotonderzoek werd een kader ontwikkeld voor de vaktherapie als geheel. De hoofdstukken in de tekst die handelen over vaktherapie als geheel zijn voor een belangrijk deel gebaseerd op het pilotonderzoek. In het RAAK project zijn de afzonderlijke vaktherapieën ontwikkeld, toegepast en geëvalueerd.

Kenmerkend voor praktijkgericht onderzoek is dat het in, met en voor de praktijk plaatsvindt. De docentonderzoekers van de hogescholen en de vaktherapeuten werkzaam in de praktijk vormden samen projectgroepen. Daarin expliciteerden zij met elkaar de tacit knowledge van de vaktherapeuten, analyseerden deze kritisch, werkten toe naar consensus en vergeleken de ervaringskennis met de kennis over methodiek, theorie, effecten uit de literatuur.

Het boek bevat in Hoofdstuk 1 een beschrijving van de doelgroep, de problemen van deze doelgroep, reactieve en proactieve agressie, de 'what works principes' en werkzame factoren.

In Hoofdstuk 2 wordt beschreven waar vaktherapie bij deze doelgroep inzetbaar is. Daartoe worden de dynamisch criminogene en protectieve factoren beschreven en de probleemgebieden waar vaktherapeuten mee werken. Vaktherapie speelt bij het verminderen van delinquentie een intermediaire rol. Vaktherapeuten richten zich op problemen die verband houden met de kerngebieden zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie. De kerngebieden zijn gerelateerd aan diverse psychische stoornissen, zoals bijvoorbeeld de 'gedragsstoornis', en de dynamisch criminogene factoren, zoals bijvoorbeeld 'hanteren van boosheid'. Dynamisch criminogene factoren zijn voorspellers van crimineel gedrag, maar veranderbaar. Vaktherapie werkt via de probleemgebieden in op dergelijke dynamisch criminogene factoren. Hoofdstuk 2 beschrijft verder indicaties voor de afzonderlijke vaktherapieën en de overkoepelende doelstellingen, werkwijzen, methoden, werkvormen en technieken.

Hoofdstuk 3 bevat de interventietheorie. Zij beschrijft op basis van theoretische modellen hoe en waarom vaktherapie werkzaam is bij jongeren met problemen binnen bovengenoemde kerngebieden. Algemeen uitgangspunt is de niet-cognitieve, mediumgerelateerde benadering van het analoge-procesmodel. Tevens wordt verband gelegd met andere therapeutische modellen, met name de cognitieve gedragstherapie, omdat veel vaktherapeuten in dit werkveld samenwerken met cognitief gedragstherapeuten, technieken van de cognitieve vaktherapie toepassen, maar ook complementair daaraan een specifieke vaktherapeutische meerwaarde hebben.

Hoofdstuk 4 verschilt voor elke vaktherapie. Hierin zijn voor elke vaktherapie afzonderlijk, vanuit het overkoepelend kader en gerelateerd aan de kerngebieden, doelstellingen, werkwijzen, methoden, werkvormen en interventies gedetailleerd uitgewerkt. Voor de vaktherapeut op de werkvloer, de docenten en studenten van de opleidingen bieden de hoofdstukken 4 (hoe ga je te werk?) en hoofdstuk 6 (wat gebeurt er bij de cliënt?) een rijkdom aan toepasbare methodische handvatten.

Hoofdstuk 5 bevat een review van cases studies, kwalitatief en kwantitatief vergelijkend en niet-vergelijkend effectonderzoek. De inclusiecriteria zijn met opzet ruim en niet al te streng gehanteerd om voor dit moment een zo compleet mogelijk beeld te geven van de kennis over vaktherapie binnen deze setting.

Ook Hoofdstuk 6 verschilt per afzonderlijke vaktherapie. Het bevat de resultaten van het kwalitatieve proces-effectonderzoek. Na elke observatiesessie en behandelsessie en aan het einde van de 10 behandelsessies werden de cliënten door de behandelende vaktherapeuten van de diverse instellingen geïnterviewd. Deze data zijn door de docentonderzoekers met behulp van analysetechnieken uit de grounded theory geanalyseerd. Hoofdcategorieën en subcategorieën per kerngebied laten zien wat de door cliënten beleefde resultaten van vaktherapie zijn. Citaten van cliënten illustreren de resultaten.

Hoofdstuk 7 bevat de kwantitatieve resultaten van de meervoudige gevalsstudie. Voor aanvang van de 10 behandelsessies en na afloop van de 10 behandelsessies zijn door de onderzoekers van de praktijkinstellingen vier meetinstrumenten afgenomen. De data van de voormetingen en nametingen op de vier meetinstrumenten zijn statistisch getoetst.

De evaluatie van de ontwikkelde interventies vond plaats binnen het tweejarig bestek van het RAAK onderzoek en vraagt daarom voortzetting via langer lopende effectonderzoeken. De kwalitatieve en kwantitatieve resultaten hebben immers slechts betrekking op de observatieperiode en de behandelperiode van 10 sessies. Er zijn sterke kwalitatieve aanwijzingen dat vaktherapie werkt. Door het gering aantal sessies en gering aantal cliënten wijzen de statistische toetsen weliswaar in de juiste richting, maar bereikten vooralsnog geen significantie. Er is, in overleg met de onderzoekers van de instellingen, gekozen voor een meervoudige gevalsstudie met voormeting en nameting. Vervolgonderzoek, ook met controlegroepen, zal moeten uitwijzen hoe krachtig de vaktherapeutische behandeling daadwerkelijk is. Hoofdstuk 7 bevat aan het einde een discussie over de toepassingsmogelijkheden van diverse onderzoeksdesigns.

Voor de Erkenningscommissie is een afzonderlijke managementhandleiding voor de praktijkinstellingen en een opleidingshandleiding voor de opleidingen ontwikkeld. De resultaten van dit boek zijn direct toepasbaar in de praktijk en het curriculum van de opleiding.

HOOFDSTUK 1

DE DOELGROEP VAN VAKTHERAPIE IN DE GESLOTEN SETTING

Joost van den Braak

1.1 Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen en de Gesloten Jeugdzorg

Algemene doelgroep voor de interventie vaktherapie in de gesloten setting zijn jongeren in een justitiële jeugdinrichting of in de gesloten jeugdzorg.

In de Justitiële jeugdinrichting (JJI) worden jongeren op strafrechtelijke titel geplaatst. De kinderrechter heeft hen bij vonnis de staf detentie of de maatregel *Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen* opgelegd (de PIJ-maatregel). Deze PIJ-maatregel wordt ten uitvoer gebracht in de behandelafdeling van de JJI.

Gesloten Jeugdzorg (GJ) is opgezet voor jongeren met ernstige gedragsproblemen die niet strafrechtelijk zijn veroordeeld. Gesloten Jeugdzorg is bedoeld voor OTS-jongeren (onder toezicht gestelde jongeren) met ernstige opgroei- of opvoedproblemen die de ontwikkeling naar volwassenheid belemmeren, en die een gesloten setting nodig hebben om te voorkomen dat zij zich aan de zorg onttrekken of daar door anderen aan worden onttrokken. Deze minderjarigen zijn op basis van een door de kinderrechter afgegeven *Machtiging Gesloten Plaatsing* in de Gesloten Jeugdzorg opgenomen. Een dergelijke machtiging wordt alleen afgegeven indien er (indirect) gevaar dreigt voor de ontwikkeling of het leven van de jongere of van anderen.

Nog niet zo lang geleden werden strafrechtelijke en civielrechtelijk geplaatste jongeren bij elkaar opgenomen in de behandelafdelingen van de JJI. Tegenwoordig is dat niet meer mogelijk en wordt de eerste groep in de behandelafdeling van de JJI opgenomen en de tweede groep in de Gesloten Jeugdzorg. In de praktijk betekent dit dat sommige voormalige JJI's geheel of deels zijn 'omgebouwd', niet langer onder Justitie ressorteren en vanwege het nieuwe etiket 'Gesloten Jeugdzorg' onder het Ministerie van VWS vallen.

1.2 Algemeen beeld van deze jongeren

1.2.1 Problematiek

Om een algemeen beeld te schetsen van deze doelgroep bespreken we in deze paragraaf de problematiek en stoornissen waar veel van deze jongeren mee te kampen hebben. Boendermaker heeft in 1999 onderzoek gedaan naar de populatie strafrechtelijk en civielrechtelijk geplaatste jongeren in de justitiële behandelinrichtingen. Alhoewel haar onderzoek geruime tijd geleden plaatsvond, zijn veel van de data

nog steeds indicatief voor de huidige situatie. Daaruit kwam het volgende beeld naar voren over de totale groep strafrechtelijk en civielrechtelijk geplaatste jongeren:

- 80% van de onderzoeksgroep van circa 380 jongeren was geplaatst met een civielrechtelijke maatregel en 20% met een strafrechtelijke maatregel
- jongens waren in de meerderheid (73%). Bij de strafrechtelijke plaatsing ging het bijna uitsluitend om jongens
- de gemiddelde leeftijd was 15,3 jaar, de helft van de onderzoeksgroep had een niet-Nederlandse achtergrond. Een kwart van de opgenomen jongens had een Marokkaanse achtergrond

Over de problematiek van de opgenomen jongeren constateert Boendermaker dat het vaak om meervoudige problematiek gaat (antisociale persoonlijkheid, oppositioneel opstandige gedragsstoornis en ADHD). Bijna alle jongeren hebben ernstige gedragsproblematiek in de omgang met volwassenen, thuis op school en elders in combinatie met de onmacht van ouders hiermee om te gaan. Eén/derde heeft tevens psychische problemen, met name depressieve klachten. Jongeren komen uit een onstabiele gezinssituatie, hebben vaak een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug, en een verbrokele schoolloopbaan.

Enkele cijfers:

- gedragsproblemen spelen een rol bij 99%
- recalcitrantie (in combinatie met: driftbuien, conflicten in het gezin, spijbelen, depressieve klachten, waanvoorstellingen) speelt bij 86%
- delictgedrag: bij 83%
- hechtingsproblematiek (label voor: verstoorde sociale en emotionele ontwikkeling, aandacht vragend gedrag, plotselinge stemmingswisselingen, verstoorde ontwikkeling van het gevoelsleven): bij 73%
- druggebruik/weglopen: bij 68%
- hyperactiviteit (verstoorde motorische ontwikkeling, concentratieproblemen): bij 35%

Over de gezins- en schoolsituatie van de populatie in de behandelafdeling van de JJI maakt het onderzoek duidelijk:

- veel wisselende opvoeders thuis door echtscheiding
- één-ouder gezin bij bijna 50%
- bij circa 12% kan niet van een gezin gesproken worden
- weinig jongeren woonden thuis direct voor opname
- een kwart ging vlak voor opname gewoon naar school
- leerprestaties waren bij bijna de helft slecht of sterk wisselend
- circa 40% heeft het speciaal onderwijs bezocht

Bij de Gesloten Jeugdzorg worden 7 categorieën¹ jongeren onderscheiden:

- jongeren die slachtoffer zijn van gedwongen prostitutie (inclusief slachtoffers van loverboys)
- jongeren die slachtoffer zijn van een seksueel misdrijf
- jongeren die slachtoffer zijn van geestelijke of lichamelijke mishandeling
- jongeren die bescherming nodig hebben ter voorkoming van verdere escalatie tegen zichzelf
- jongeren die dreigen in de voorgaande situaties te geraken
- jongeren bij wie sprake is van politiebemoeienis ter voorkoming van verdere escalatie van geweld van de jongere tegen zijn/haar directe omgeving en bij wie is afgezien van aangifte en strafrechtelijke vervolging wegens bloedverwantschap of angst voor represailles
- jongeren bij wie bescherming nodig is ter voorkoming van verdere escalatie tegen de directe omgeving

De problematiek die Boendermaker noemt over de toenmalige totale populatie in de behandelafdeling van de JJI, komt overeen met de problematiek van de huidige groep jongeren in de Gesloten Jeugdzorg. Het betreft:

- *Meervoudige gedragsproblematiek*

De meest in het oog springende kenmerken van de jongeren vinden we op het gedragsniveau. Het grootste deel van de jongeren kampt met zowel externaliserend gedrag (bijvoorbeeld antisociaal gedrag richting de omgeving) als internaliserend gedrag (bijvoorbeeld angst of een depressie bij de jongere zelf). Wat hiervan op de voorgrond staat kan variëren.

- *Extreem grensoverschrijdend gedrag*

Dit uit zich met name in ernstig fysiek en verbaal agressief gedrag, dreigen met agressie, alsook seksueel getint gedrag. Concreet kan dit betekenen: (dreigen met) slaan, schoppen, bijten, liegen, stelen, brand stichten en weglopen. De jongeren kunnen de agressie ook tegen zichzelf richten, bijvoorbeeld door middel van zichzelf beschadigend gedrag zoals automutilatie, hoofdbonken, suïcidale neigingen of weigeren te eten. In de praktijk vormt het grensoverschrijdend gedrag van de jongere veelal een bedreiging voor hemzelf en/of anderen.

- *Gedragsproblemen op meerdere gebieden*

De gedragsproblemen beperken zich niet tot één omgeving. Dikwijls heeft de jongere deze problemen in het gezin van herkomst, in zijn vriendengroep/vrijtijdsbesteding en op school of werk. De jongere heeft geen of onvoldoende dagritme. Het ontbreekt de jongere aan een zinvolle dagbesteding of er is juist sprake van een verkeerde vorm van vrijtijdsbesteding (verkeerde vrienden). Deze jongeren hebben te weinig mogelijkheden zich aan de eisen van school en/of werk aan te passen. Hierdoor

¹ Zie Fact Sheet Gesloten Jeugdzorg van het voormalige programmaministerie Jeugd en Gezin. Bij plaatsgebrek wordt voorgang verleend wordt aan de jongeren vallend binnen de categorieën 1 t/m 4.

kunnen zij zich in deze omgeving niet of nauwelijks handhaven. Als gevolg daarvan ontstaat een gebrek aan toekomstperspectief, vervelen ze zich en komen zij in een neerwaartse spiraal terecht.

- *Psychiatrische problematiek*

Het gedrag komt mogelijk voort uit psychiatrische problematiek van de jongere.

- *Problemen op het relationele vlak*

De jongere gaat niet of nauwelijks relaties aan met anderen. Als er wel relaties worden aangegaan, heeft hij vaak moeite om deze voort te zetten. De relaties kenmerken zich veelal door instrumenteel gebruik van de ander en manipulerend gedrag.

De jongere kan ook verzeild raken in een loverboy-circuit omdat zij in eerste instantie niet goed inschat met welke intenties de loverboy contact legt.

Sommige jongeren zijn, vanwege hechtingsproblematiek, niet of nauwelijks in staat relaties aan te gaan. Hierdoor is het lastig een ingang te vinden voor een gesprek of behandeling.

- *Gebrekkige gewetensvorming*

Manipulatie door de jongere, het zich niet laten corrigeren, niet lijken te leren van ervaringen en niet snel uit zichzelf geneigd zijn zich prosociaal te gedragen worden in verband gebracht met een gebrekkige gewetensvorming.

- *Middelenmisbruik*

Bij de jongeren is veelvuldig sprake van middelenmisbruik.

En over het gezin / de gezinsproblematiek wordt gezegd:

- *Multi-problem gezin met beperkte opvoedingsvaardigheden*

De jongeren komen veelal uit gezinnen met meervoudige problematiek, zoals psychiatrische problematiek bij een of beide ouders/verzorgers, echtscheiding, opvoedingsproblemen en conflicten. De onderlinge relaties in het gezin zijn vaak ernstig verstoord. Door de gedragsproblemen van de jongeren, in combinatie met vaardigheidstekorten en handelingsverlegenheid bij de ouders, is er veelal sprake van gezagsproblemen. De ouders/verzorgers zijn doorgaans de greep op hun kind volledig kwijt en bieden hen onvoldoende veiligheid. Niet zelden zijn de jongeren slachtoffer van verwaarlozing, misbruik en/of mishandeling. De ouders zijn soms zelf ook slachtoffer van hun kind. In een deel van de gezinnen twijfelen de ouders er aan of zij nog wel verantwoordelijk voor hun kind kunnen of willen zijn.

- *Gebroken gezinnen en meerdere verblijfplaatsen*

De meeste jongeren komen uit gebroken gezinnen en leven of met één ouder of met een ouder en stiefouder. Ook wisselen de jongeren regelmatig van verblijfplaats (dan bij de vader, dan bij de moeder of juist bij andere familieleden). Een deel van de gezinnen heeft problemen die mede het gevolg zijn van migratie en ontworteling.

- *Veel risicofactoren en weinig beschermende factoren*

In het gezin zijn relatief veel risicofactoren aanwezig (hoge draaglast), die onvoldoende worden gecompenseerd door de beperkt aanwezige beschermende factoren bij de ouders/verzorgers en de omgeving (weinig draagkracht). Een belangrijke vorm van draaglast is psychiatrische problematiek bij een of beide ouders, maar ook verslaving, delinquent gedrag, en/of detentie van (een van de) ouders/verzorgers komen regelmatig voor.

- *Chroniciteit van de problematische situatie en verantwoordelijkheid*

De problematische omstandigheden vinden veelal gedurende lange tijd plaats en beperken zich niet tot het gezin: er is in de doelgroep meestal sprake van een chronische hulpverleningssituatie waarin het perspectief op verandering uit het zicht is verdwenen. Belangrijke beslissingen over de kinderen en de opvoeding worden niet zelden niet meer door het gezin zelf genomen, maar door een verzameling instanties rond het gezin.

- *Handelingsverlegenheid bij professionals, zowel in het onderwijs als in de hulpverlening*

Vaak is er sprake van een gestagneerde hulpverleningssituatie als gevolg van de (complexiteit van) bovenstaande factoren of uitstoting uit het hulpverleningscircuit. Hulpverleners, gedragswetenschappers en plaatsers/case-managers ervaren handelingsonmacht in de hulpverlening aan deze jongeren en hun gezinnen, hetgeen zichtbaar is in de opeenstapeling van hulpvormen en hulpverleners over de jaren heen, het voortijdig afbreken van hulpverlening door het gezin of door hulpverleners, en (een reeks van) uithuisplaatsingen.

1.2.2 Stoornissen

Stoornissen vormen beschrijvingen van bepaalde gedragspatronen. Zij zeggen niets over de *oorzaken* van deze gedragspatronen (Orobio de Castro, 2007). In termen van psychische stoornissen hebben jongeren in de JJI en GJ te kampen met de *oppositieel-opstandige gedragsstoornis* (ODD; DSM IV-TR, 313.81, F91.3), de *gedragsstoornis* (CD; DSM IV-TR, F91.8), de *antisociale persoonlijkheidsstoornis* (APD; DSM IV-TR, 301.7), de *autisme spectrum stoornis* (ASS; 299.00, F84.0), en de *attention-deficit / hyperactivity disorder* (ADHD; 314.01, F90.0).

De prevalentie van psychische stoornissen is onder criminele jongeren hoger dan onder jongeren in de algemene bevolking. Dit blijkt ondermeer uit twee inventarisaties van het voorkomen van psychische stoornissen onder jongeren in justitiële jeugdinrichtingen (JJI's). In een studie van Doreleijers werd een inventarisatie gedaan onder jongeren in preventieve hechtenis (Doreleijers (1995). Hieruit bleek dat 77% van de jongeren 1 of meer diagnoses had volgens de DSM-III-R:

- 67% van de jongeren had een gedragsstoornis (conduct disorder)
- 11% een stemmingstoornis
- 14% ADHD
- 16% middelenmisbruik

Vreugdenhil (2003) concludeert dat 90% van de jongeren, voornamelijk jongens, in een JJI een psychische stoornis heeft (waarbij overigens ook gedragsstoornissen onder de psychiatrische stoornissen werden gerekend). Het gaat hier zowel om internaliserende (angst, depressie) als externaliserende stoornissen (ADHD en andere gedragsstoornissen). Ook middelenmisbruik en verslaving aan psychoactieve middelen worden in dit onderzoek frequent vastgesteld. Veel jongens vertonen een combinatie van psychische stoornissen (*co-morbiditeit*), bijvoorbeeld psychotische stoornissen in combinatie met middelenmisbruik, gekoppeld aan een lage intelligentie.

1.2.3 Reactieve en proactieve agressie

Jongeren in de JJI en GJ hebben vaak gedragsproblemen en vertonen vaak agressief gedrag. In de literatuur over agressiviteit bij jongeren wordt veelvuldig onderscheid gemaakt in reactieve en proactieve agressie (Dodge & Coie, 1987).

Reactieve agressie wordt beschouwd als een emotionele, impulsieve en boze reactie op een (vermeende) bedreiging, aanval of frustratie. Er is sprake van een sterke lichamelijke arousal en impulsief handelen. Als oorzaak wordt gezien: bedreigende en vijandige sociale omstandigheden (bv. een hardvochtige opvoeding, afwijzing door leeftijdgenoten), wat leidt tot overgevoeligheid en een lage frustratietolerantie en hoge irritabiliteit. Frustratie leidt tot agressie.

Proactieve agressie daarentegen betreft koelbloedige, bewuste agressie om doelen als het verkrijgen van materiële zaken of status te bereiken (Scarpa & Raine, 1997). Proactieve agressie betreft doelgerichte en weloverwogen agressie. Verondersteld wordt dat deze ontstaat door zelfoverschatting en succeservaringen met agressief gedrag. Proactieve agressie zou veel meer het gevolg zijn van observerend leren en bekrachtiging van agressief gedrag (Orobio de Castro, 2007).

Een van de belangrijkste verschillen tussen reactieve en proactieve agressie is de intrinsieke motivatie voor de agressieve handeling (Raine et al., 2006). Vaak is deze alleen bekend bij de initiator. Voorbeelden hierbij zijn voor de proactieve initiator dat hij “had gevochten om te laten zien wie de baas was” en voor de reactieve initiator dat hij “dingen kapot maakte omdat hij door het lint ging”.

Onderzoek (Cornell et al, 1996; Dempster et al., 1996; Patrick, 2001) naar agressie en psychopathie laat zien dat psychopathie meer is gerelateerd aan proactieve agressie dan aan reactieve agressie. Deze bevinding werd voor kinderen bevestigd door onderzoek van Frick (2003), dat duidelijk maakt dat kinderen met psychopathiekenmerken met koude, niet emotionele (*callous-unemotional*) trekken hoger scoren op proactieve agressie.

Uit onderzoek blijkt verder dat de mechanismen die agressie veroorzaken verschillen al naar gelang er sprake is van reactieve of proactieve agressie (Orobio de Castro, 2007).

Reactief agressieve gedragsproblemen hangen samen met:

- selectieve aandacht voor bedreigende informatie en het missen van belangrijke andere sociale informatie;

- vaker (ten onrechte) intenties van andere kinderen en volwassenen als vijandig interpreteren en emoties van andere kinderen als boosheid of leedvermaak;
- sterkere zelfgerapporteerde emoties van woede bij sociale problemen;
- minder vaardigheid in emotieregulatie, d.w.z. in het omgaan met boosheid;
- een grotere behoefte aan en goedkeuring van wraak.

Proactief agressieve gedragsproblemen hangen samen met:

- meer op dominantie en minder op vriendschap en positieve uitkomsten gerichte doelen;
- een beperkt repertoire aan oplossingen in sociale situaties, waarvan een grotere proportie agressief is;
- een geringere voorkeur voor niet-agressieve oplossingen, waarbij van niet-agressieve oplossingen minder positieve uitkomsten worden verwacht;
- minder probleemoplossende vaardigheden;
- overschatting van de mate waarin anderen regelovertredend gedrag vertonen en goedkeuren;
- overschatting van de eigen sociale competentie.

Patronen in de sociale informatieverwerking komen tot stand door een wisselwerking tussen cognitieve vaardigheden van het kind en interacties met de omgeving.

Het onderscheid reactieve of proactieve agressie is van belang bij de keuze voor een bepaalde interventievorm (Dodge, 1991; Vitiello & Stoff, 1997; Hendrickx, Geert, Herbert, & Orobio de Castro, 2003). De Ruiters en Veen (2004) halen onderzoek van Hornsveld en collega's (2004) aan en beschrijven dat toepassing van agressieregulatie- of stress-inoculatietraining mogelijk dient te worden gecontraïndiceerd voor justitiabelen met psychopathische trekken. Dit type justitiabele zou tijdens de behandeling gedrag en vaardigheden aanleren waarmee hij anderen juist beter kan misleiden en manipuleren, waarmee het recidiverisico op toekomstig gewelddadig gedrag zelfs zou kunnen verhogen. Deze veronderstelling komt overeen met de algemene tendens waar het gaat om in- en exclusie van justitiabelen met psychopathische neigingen in groepsbehandeling. Tot voor kort ging men er vanuit dat traditionele behandelmethoden weinig succes hebben bij psychopathie. Hare, Clark, Grann en Thornton (2000) rapporteren dat een verscheidenheid aan kortdurende niet –specifieke behandelprogramma's zoals woedemanagement en de ontwikkeling van sociale en opleidingsvaardigheden, ongunstige uitkomsten hadden op de niveaus van recidive. Het zou psychopaten juist helpen om betere manieren te ontwikkelen voor manipulatie en het gebruik van andere mensen (Wong & Hare, 2005). Er zijn echter ook studies die aangeven dat psychopaten wel van behandeling kunnen profiteren. Skeem, Monahan en Mulvey (2002) concludeerden dat patiënten met psychopathische neigingen net zo veel van behandeling profiteerden als patiënten zonder psychopathische neigingen waar het gaat om afname van gewelddadig gedrag. Van groot belang hierbij is een goede afstemming tussen de frequentie en dosering van de behandeling voor patiënten met psychopathie. Mulloy (1998) voerde een follow-up studie onder psychopathische en niet-psychopathische justitiabelen uit. De justitiabelen werden behandeld met een cognitief-gedragstherapeutisch programma. Beide groepen justitiabelen maakten vrijwel even vaak het programma af. Na vijf jaar indiceren preliminaire onderzoeksresultaten dat er nauwelijks sprake is van

een verschil in recidiveniveau tussen beide groepen. Wong en Hare (2005) ontwikkelden richtlijnen voor effectieve behandeling van gewelddadige criminele psychopaten. Hoewel er weinig verschil is tussen de behandeling beschreven in de richtlijn en behandelvormen voor niet-psychopaten besteden zij veel aandacht aan wat behandelaars absoluut níet moeten doen, opdat rekening gehouden kan worden met de aard van de persoonlijkheidskenmerken van de psychopaten. Hoewel geconcludeerd wordt dat de oorsprong van psychopathie ligt in een samenspel tussen neurobiologische, psychologische, sociale en omgevingsfactoren (Hare, 2003), is er nog altijd weinig overeenstemming over het precieze ontwikkelingsmodel (Sloan, 1997).

Zolang dit het geval is, blijft er ook weinig consensus over geschikte behandelprogramma's (Vien & Beech, 2006) en is het vooralsnog belangrijk aan te sluiten bij de suggestie van De Ruiter en Veen (2004) en de onderzoeksresultaten van Hare, Clark, Grann en Thornton (2000), waaruit blijkt dat het mogelijk verstandig is om psychopaten en mogelijk ook personen met voornamelijk proactieve agressie uit groepsbehandelingen te excluderen.

1.3 De doelgroep van vaktherapie

De doelgroep voor de interventie vaktherapie in de gesloten setting bestaat uit jongeren in de Justitiële Jeugdinrichting of de Gesloten Jeugdzorg. De interventie richt zich op jongeren met reactief agressieve gedragsproblemen en reactief agressief gedrag. Uit onderzoek blijkt dat deze jongeren vaak met forse, meervoudige, problematiek en stoornissen te kampen hebben.

Een verdere aanscherping van de doelgroep vindt plaats aan de hand van de 'What Works'-beginselen (zie subparagraaf 1.4.2).

1.4 Voorkomen van recidive

Recidive bij jongeren in de JJI is een ernstig probleem, zo blijkt uit verschillende onderzoeken. subparagraaf 1.4.1 bespreekt een drietal onderzoeken in dit verband. Dit maakt de vraag nijpender wat voor soort programma's en interventies effectief zijn in het terugdringen van recidive. Wat er bekend is over de effectiviteit van programma's en interventies bij het terugdringen van recidive is het onderwerp van subparagraaf 1.4.2. Deze paragraaf gaat in op de algemene factoren: op welke beginselen programma's en interventies gestoeld moeten zijn om effectief te kunnen zijn. Subparagraaf 1.4.3 gaat in op de specifieke factoren: wat voor behandelprogramma's daadwerkelijk effectief zijn bij het behandelen van jongeren met antisociaal en delinquent gedrag.

1.4.1 Recidive van jongeren na de JJI/de Gesloten jeugdzorg

Onderzoek WODC

De Recidivemonitor is een langlopend onderzoeksproject van het WODC (Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum) waarin gestandaardiseerde recidivemetingen worden verricht onder

uiteenlopende dadergroepen van volwassenen en jongeren. Binnen de Recidivemonitor wordt onder andere gekeken welk deel van de (sub)groep recidiveert en na hoeveel tijd dat gebeurt (prevalentie en snelheid van recidive). Tevens wordt gekeken naar de omvang van de totale recidive in de (sub)groep. Daarnaast wordt voorspeld welke recidive op grond van de (statistische) achtergrondkenmerken van de daders in een groep mag worden verwacht. Jongere daders, althans degenen die met justitie in aanraking komen, laten in het algemeen een hogere recidive zien dan volwassenen. Van alle jongere daders uit 1997 is 56% na zes jaar opnieuw vervolgd. Bij de volwassen daders is dit 43%.

De beste voorspellers van latere recidive zijn:

- het aantal eerdere justitiecontacten
- sekse (mannen/jongens recidiveren vaker dan vrouwen/meisjes)
- geboorteland (daders geboren in de Nederlandse Antillen/Aruba, Suriname en Marokko hebben een hogere kans om te recidiveren dan daders geboren in andere landen)
- leeftijd (hoe jonger men is, des te groter de recidivekans)
- type delict (vermogensdelicten leveren de hoogste recidivepercentages op, zedenmisdrijven de laagste)

In 2004 rapporteerde het WODC recidivecijfers voor verschillende onderzoeksgroepen. De recidive onder jongeren die zijn uitgestroomd uit de justitiële jeugdinrichtingen (JJI) is het hoogst. Zes jaar na uitstroom heeft 78% van deze groep één of meer nieuwe justitiecontacten, iets meer dan in de groep volwassen ex-gedeteneerden². Daarbij gaat het in meerderheid (+ 60%) om middelzware delicten, en in mindere mate (+ 15%) om zeer ernstige delicten of lichtere delicten (+ 25%).

De recidivekans onder JJI-jongeren blijkt behalve met persoonskenmerken samen te hangen met verblijfsduur en verblijfstitel. Middellange verblijven van drie tot zes maanden laten, bij gelijke scores op alle andere gemeten kenmerken, lagere recidivewaarden zien dan korte en lange verblijven. De recidive na een PIJ-maatregel (strafrechtelijke maatregel) is lager dan na een preventieve hechtenis, een jeugddetentie of een JJI-plaatsing in het kader van een OTS (ondertoezichtstelling).

Onderzoek Van Dam: recidive na jeugddetentie

Van Dam (2004) volgde zestig minderjarige jongens, die gemiddeld twee jaar gedetineerd hadden gezeten in JJI De Hunnerberg in Nijmegen. Uit haar onderzoek komt naar voren dat meer dan de helft van de jongeren die in jeugddetentie hebben gezeten en daar behandeld zijn, binnen een jaar na invrijheidstelling recidiveert: tussen de 60 en 75 procent komt opnieuw in aanraking met justitie, en in 25 procent van de gevallen gaat het dan om ernstige misdrijven.

Van Dam stelde vast dat uit dossiers van justitie blijkt dat 61 procent recidiveert, terwijl de groep zelf rapporteerde dat driekwart alweer een misstap had begaan. Hulpverleners in de JJI nemen volgens Van Dam in het algemeen aan dat 'wonen, werk en een wijf' (de drie W'tjes) heel belangrijk zijn om na de

² Voor een deel is verklaarbaar door de korte verblijfsduur en behandeling binnen de instelling.

straf op het rechte pad te blijven. Van Dam bestrijdt dit: “Een vriendin die het niet zo nauw neemt, is juist een grote risicofactor. En ook als de W'tjes goed geregeld zijn, vormen verkeerde vrienden nog steeds het grootste gevaar, samen met uitgaansgedrag, alcohol- en drugsgebruik. In haar aanbevelingen benadrukt Van Dam dat het belangrijk is om de jongeren al tijdens de vrijheidsbeneming de weg te wijzen naar een andere omgeving, en dat zij, eenmaal weer op vrije voeten, het beste in contact kunnen staan met een eenvoudig te bereiken persoon die ze kan helpen als het moeilijk wordt maar ook ingrijpt als ze weer in het “verkeerde circuit” rondhangen.

Onderzoek NSCR: jongeren in de behandelinrichting.

Als jongeren die een ernstig misdrijf hebben gepleegd op basis van een PIJ-maatregel in een behandelinrichting worden geplaatst, is behandeling geïndiceerd om herhaling te voorkomen. Voor het NSCR-rapport *Delinquentie na behandeling* (Van der Geest, Bileveld & Wijkman, 2005) is bekeken of jongeren na behandeling in een jeugdinrichting opnieuw in contact kwamen met justitie. Bijna de helft van alle jongens die na behandeling (weer) de fout in gingen, deed dat al binnen één jaar na ontslag. Vervolgens kwamen er per jaar steeds minder nieuwe ‘recidivisten’ bij. Uiteindelijk pleegde 85% van alle jongens na ontslag een (of meer) delict(en). En het ging daarbij niet alleen om te hard rijden, een licht delict, maar ook om zware delicten zoals moord en doodslag. Sommige jongens gingen één keer de fout in, andere wel 50 keer. Het is niet zo dat alle jongens die crimineel waren altijd op het slechte pad bleven: ongeveer één op de zes jongens stopte met het plegen van delicten. Maar één op de drie werd een chronisch delinquent (veelpleger). Omdat de delicten zo sterk variëren is door het NSCR apart gekeken naar een ernstige groep, namelijk jongens die na uitstroom een geweldsdelict pleegden. Uiteindelijk maakte de helft van alle behandelde jongens zich wel een keer schuldig aan een geweldsdelict. Deze groep is extra zorgelijk, omdat ze behalve ‘zware’ delicten ook opvallend vaak andere delicten pleegden. Een meerderheid van deze groep ontwikkelde zich tot veelpleger. De behandelaars hielden in de behandel dossiers het verloop en het resultaat van de behandeling van de jongens bij. Veel van de jongens waarvoor het risico op terugval in het plegen van delicten hoog werd ingeschat door de behandelaars pleegden na ontslag een geweldsdelict. Jongens bij wie de behandeling negatief verliep, gingen na ontslag vaker de fout in. Of deze jongens beter worden van de behandeling blijft de vraag, omdat er geen onderzoek is gedaan bij een vergelijkbare controlegroep.

1.4.2 What Works-principes³

Rond 1980 verschijnen verschillende overzichtsstudies over de effectiviteit van programma's voor justitiabelen. Deze studies komen bijna allemaal tot de conclusie dat er eigenlijk niets echt helpt bij het tegengaan van recidive (zie o.a. Hazell, 1980; Brody, 1976). Tegen deze achtergrond en de voortdurend stijgende criminaliteit in de meeste westerse landen, raakten veel onderzoekers overtuigd van de ‘niets-helpt’-theorie.

³ Deze paragraaf is mede gebaseerd op het eerste hoofdstuk van de Theoretische handleiding van de CoVa (Ministerie van Justitie, 2005) en CoVa Plus (Valenkamp e.a., 2006). Waar nodig zijn aanpassingen en aanvullingen gemaakt.

Verskillende onderzoeken (Thornton, 1987; Gendreau & Ross, 1979; 1987) weerleggen deze theorie echter. Gendreau en Ross (1987) bestudeerden alle tussen 1980 en 1987 gepubliceerde rehabilitatiestudies en vonden bewijzen voor succesvolle interventies. In het bijzonder besteedden zij aandacht aan een reeks meta-analyses, waaruit bleek dat 60% van de bestudeerde studies over het algemeen een positief resultaat toonde, maar dat bepaalde factoren van invloed waren op de verschillen in onderzoeksresultaten. Aangetoond werd dat sommige rehabilitatieprogramma's effect sorteerden bij specifieke doelgroepen, en dat daarom de match tussen delict, criminogene factoren (delictbevorderende factoren) en type rehabilitatieprogramma centraal aandachtspunt moet zijn (Vogelvang, Van Burik, Van der Knaap, & Wartna, 2003). De afgelopen twintig jaar is veel onderzoek verricht naar deze match. Zowel kenmerken van het delict zelf, als kenmerken en omstandigheden van de dader zijn onderzocht op hun voorspellende waarde ten aanzien van recidive. Deze zoektocht is verre van eenvoudig: delinquent gedrag kan worden beschouwd als het resultaat van een combinatie van biologische, sociologische, psychologische en situationele invloeden (Eronen, Hakola, & Tiihonen, 1996; Moffitt, 1987; Spellacy & Brown, 1984). Het is - door deze complexiteit - een grote uitdaging om op basis van deze invloeden terugkerend delinquent gedrag - recidive - te voorspellen en te voorkomen. Gezocht is met name naar kenmerken en omstandigheden die een grote voorspellende waarde hebben en bovendien veranderbaar (dynamisch, niet statisch) blijken middels een rehabilitatieprogramma. Op deze wijze is een kennisbestand voor de genoemde match opgebouwd dat een belangrijk onderdeel vormt van de 'What Works' benadering.

In de afgelopen jaren is er een aanzienlijke mate van eensgezindheid bij onderzoekers ontstaan over welke aspecten in het werken met delinquenten in hoge mate kunnen bijdragen aan het succesvol terugdringen van criminaliteit. Het onderzoek door de What Works beweging heeft geleid tot zes basisbeginselen voor het effectief terugdringen van recidive (zie bijvoorbeeld Andrews, 1995; Gendreau, 1996; Lipton, Pearson, Cleland, & Yee, 1997; McGuire, 1995, 2000; Nuttal, Goldblatt & Lewis, 1998, Van den Hurk & Nelissen, 2004; Van der Laan, 2004):

- *Risicobeginsel*: een intensievere interventie naarmate de kans op herhaling groter is.
- *Behoeftebeginsel*: effectieve strafrechtelijke interventies richten zich op beïnvloedbare (dynamische) criminogene behoeften. Dit zijn de kenmerken, risicofactoren en problemen van de dader, die rechtstreeks samenhangen met het delinquent gedrag en die te veranderen zijn, bijvoorbeeld sociale vaardigheden of omgang met delinquent leeftijdgenoten.
- *Responsiviteitsbeginsel*: er moet een goede 'match' zijn tussen de intellectuele en sociale mogelijkheden van de dader, de uitvoerder van de interventie, het programma en de methodiek. De uitvoerders moeten inschatten wat haalbaar en aanvaardbaar is en wat niet.
- *Beginsel van behandelmodaliteit*: aangezien er meestal sprake is van diverse criminogene factoren bij een dader, moet een interventie zich richten op verschillende aspecten en moeten er ook verschillende methodieken gebruikt worden.
- *Beginsel van programma-integriteit*: effectieve programma's zijn ontwikkeld en ontworpen op basis van theoretische verklaringen van crimineel gedrag, die door middel van onderzoek zijn getoetst. Programma-integriteit houdt in dat alle onderdelen van een programma moeten worden uitgevoerd; achterwege laten van onderdelen doet de kans op

resultaat afnemen.

- *Professionaliteitsbeginsel*: een programma wordt goed uitgevoerd als de uitvoerders professioneel zijn, dat wil zeggen: goed opgeleid, goed getraind, in staat het programma aan te passen aan individuele behoeften en mogelijkheden (responsiviteitsbeginsel), gesteund met intervisie en supervisie door hun organisatie.
- *Eigen-contextbeginsel*: dit geeft aan waar programma's bij voorkeur plaatsvinden, met name in de natuurlijke omgeving van de jongere.

Deze beginselen vormen een sterke basis voor het werken met jongeren die delicten hebben gepleegd. Zij zijn onderling verbonden. Onderzoek van Andrews e.a. (1990) toont aan, dat de meest succesvolle methodieken op basis van *alle* beginselen opereren, en niet op een of enkele. Andrews toonde zelfs aan, dat methodieken die *niet op zijn minst* op de eerste drie beginselen (risico, behoeften en responsiviteit) zijn gestoeld, recidive niet terugdringen en eigenlijk een verspilling van arbeid en kapitaal zijn.

Op deze plaats volgt een nadere toelichting op deze beginselen.

Het *risicobeginsel* stelt aan de orde *wie* er behandeld moet worden. Bij iedereen die met justitie in aanraking is gekomen door het plegen van een strafbaar feit, is er een bepaald risico op het opnieuw plegen daarvan. Bij sommigen minimaal, bij anderen groot. De reactie van justitie op het plegen van delicten moet passen bij het risico van de jongere dat hij nog meer delicten pleegt. Hoe groter het risico, des te intensiever ook de aanpak moet zijn. Bij jongeren met een klein risico op herhaling, moet niet teveel worden geïnvesteerd. Dit is niet alleen kostbaar, het kan zelfs averechts werken: *If it ain't broke, don't fix it*. Voor een goede inschatting van dit risico is de klinische blik van een professional absoluut onvoldoende. Een *actuariële* aanpak voorspelt het risico beter: Er worden gegevens verzameld over de jongere (zogenoemde *criminogene factoren*). De jongere wordt daarna in de tijd gevolgd, om te observeren of hij recidiveert of niet. Vervolgens wordt met behulp van statistische technieken nagegaan welke vroeger verzamelde gegevens de recidive het beste voorspellen. Op basis daarvan kunnen *modellen* worden gemaakt die op nieuwe jongeren die met justitie in aanraking komen kunnen worden toegepast.

Uit dit risicobeginsel vloeit voort dat een intensieve interventie gericht moet zijn op deelnemers met een forse recidivekans: hoe groter de kans op herhaling is, des te intensiever moet de interventie zijn.

Dit is een extra element voor de doelgroep waar de vaktherapie zich op richt. Het moet gaan om jongeren

- in de JJI of de GJ
- met reactief agressief gedrag en delicten
- die een midden of hoog recidiverisico hebben

Het *behoeftebeginsel* stelt aan de orde wat het doel van de behandeling moet zijn om recidive te voorkomen. Criminogene factoren zijn factoren die kunnen bijdragen aan het plegen van delicten (Vogelvang, 2005), het zijn risicofactoren voor delinquent gedrag. Agressie is strikt genomen geen criminogene factor, maar gedrag dat voortkomt uit een aantal onderliggende criminogene factoren, die al dan niet beïnvloedbaar zijn. Stabiele of statische criminogene factoren, zoals geslacht en gepleegde delicten, veranderen niet of slechts in één richting (zoals leeftijd en ouder worden).

Deze factoren zijn over het algemeen wel sterkere voorspellers van recidive dan dynamische factoren.

Dynamisch criminogene factoren zijn wel veranderbaar. Daarom moeten vooral de *veranderbare* criminogene factoren worden aangepakt die rechtstreeks *samenhangen* met het plegen van delicten. Onderzoek van Andrews, Bonta e.a. (1990) toont aan, dat beïnvloeding van deze veranderbare factoren in programma's inderdaad tot vermindering van recidive kan leiden. Hoewel de delictgeschiedenis en de persoonlijkheid als *statische*, niet meer te wijzigen factoren dus tegen de jongere kunnen spreken (omdat zij recidive sterk voorspellen), zijn deze factoren niet allesbepalend. Er zijn, ook bij een ernstige delictgeschiedenis en ernstige persoonlijkheidsproblemen, aangrijpingspunten voor het voorkomen van recidive te vinden.

Er zijn *algemene* criminogene factoren, die voor alle jongeren gelden. Daarnaast zijn voor bepaalde typen delicten en jongeren ook *specifieke* criminogene factoren aanwijsbaar: bij plegers van zedendelicten bijvoorbeeld, voor verslaafde jongeren, en jongeren met een persoonlijkheidsstoornis. Bovendien zijn er naast *stabiele* criminogene factoren, die voor langere duur hun invloed doen gelden, ook *acute* criminogene factoren die recidive in de nabije toekomst voorspellen, maar niet op de langere termijn. Daarbij benadrukken Andrews en Bonta de "Big Four" criminogene factoren, die recidive sterk voorspellen:

- a. Antisociale cognities: (opvattingen, waarden, houdingen, rationalisaties, en cognitief-emotionele toestanden als wrok, verzet, wanhoop of haat)
- b. Antisociaal netwerk
- c. Antisociaal gedrag (nu en in het verleden). Ook verslavingsgedrag is een sterke risicofactor
- d. Antisociale persoonlijkheidscomplex, waaronder een agressief, egocentrisch, impulsief en/of ongevoelig temperament, psychopathie, een zwakke socialisatie en zwakke probleemoplossende vaardigheden.

Het *responsiviteitsbeginsel* gaat in op het *waarmee*, op de vorm van de vereiste behandeling. Voor de aanpak van die criminogene factoren moeten behandelingsprogramma's en behandelaars worden gezocht die passen bij de jongere. In algemene zin gaat het daarbij altijd om de keuze voor een methode/programma of elementen daaruit waarvan bekend is dat zij criminogene factoren effectief veranderen. Gedragsmatige en cognitief-gedragmatige programma's scoren daarbij goed, vooral als de jongere actief kan werken aan het leren van concrete vaardigheden, die direct relevant en toepasbaar zijn in de dagelijkse sociale context (bijvoorbeeld een werk- of stageomgeving, en in de vriendenkring). Met name voor jongere delinquenten is het van groot belang ook het familienetwerk hierbij te mobiliseren. Dit laatste is niet altijd mogelijk, maar moet wel altijd het uitgangspunt zijn bij het denken over een aanbod, refererend aan het eindrapport gedragsinterventies).

In meer *individuele* zin benadrukt dit beginsel drie zaken: de motivatie van de jongere, zijn stijl van leren, en de (on-)mogelijkheden van zowel de jongere als zijn directe omgeving. Voorbeelden van deze (on-)mogelijkheden zijn intelligentie, taal, en sociale steun. Belangrijk is, dat bij deze directe omgeving ook de *behandelingsomgeving* wordt verstaan. Ook een hulpvorm of een hulpverlener kan niet responsief

zijn! Een aanbod moet voor de jongere passend zijn, aantrekkelijk zijn, en er moet een goede samenwerkingsrelatie zijn tussen de jongere en de begeleiders / hulpverleners die worden ingeschakeld. De rol van de klinische blik van de werker mag dan bij het inschatten van het risico op recidive zijn beperkt, bij het vaststellen van de responsiviteit is deze blik van groot belang.

Het beginsel van **behandelmodaliteit** houdt in dat ingespeeld wordt op diverse criminogene factoren. Door het groot aantal factoren kan geen enkele specifieke interventie afzonderlijk delinquent gedrag beïnvloeden. Diverse methoden zijn nodig om het gedrag te beïnvloeden. Dit impliceert onder meer dat het totaalpakket moet voorzien in methoden gericht op het individu, op het systeem, op cognitie, emotie en gedrag.

Het *integriteitbeginsel* stelt het *hoe* van de uitvoering aan de orde. Het beginsel benadrukt dat de gekozen programma's moeten worden uitgevoerd volgens de oorspronkelijke opzet. Een ander woord hiervoor is modeltrouw. Dit beginsel is alleen van belang, als aan de eerste drie beginselen is voldaan. Immers, als een behandeling niet nodig is, zich op de verkeerde doelen richt, niet effectief is, of niet past bij de jongere, dan maakt het ook niet uit of er volgens het boekje wordt gewerkt.

Dit principe voorkomt dat er voor elke jongere een aparte aanpak ontworpen wordt op basis van uitsluitend ervaringskennis. Natuurlijk heeft de uitvoerder van een interventie de vrijheid om accenten aan te brengen. Werken op maat, een vraaggerichte houding, aansluiten bij de responsiviteit van de jongere, inspelen op onvoorziene situaties, zijn anders niet te realiseren. Waar het hier echter om gaat, is het belang om aan de doelen van het programma vast te houden en de onderdelen van een methode allemaal, en in de beoogde volgorde uit te voeren. Zó zijn effectieve programma's ontworpen en in dié opzet is ook hun effectiviteit gebleken.

Wie zich er niet aan houdt, voert een programma uit dat aan het afdrijven is: "programme drift".

Het integriteitbeginsel stelt ook de volgende factoren aan de orde, die voor het terugdringen van recidive belangrijk zijn:

- de uitvoerder van het programma moet ook rolmodel zijn voor de te behalen doelen
- het programma is theoretisch goed onderbouwd en tot in detail uitgeschreven
- er is voldoende draagvlak en er zijn goede randvoorwaarden voor de uitvoering van het programma binnen de instelling
- het vasthouden aan de beginselen van what works door uitvoerende werkers wordt aangemoedigd, beloond en bewaakt door de juiste stafleden
- implementatie en uitvoering van het programma worden voortdurend onderzocht

Het *professionaliteitsbeginsel* benadrukt *door wie* de methode wordt uitgevoerd. De begeleider of behandelaar moet voldoende professioneel zijn om in te kunnen schatten welke criminogene factoren van de jongere problematisch zijn en welke methoden wel of niet hierbij aansluiten. Ook voor de uitvoering van het programma moet voldoende professionaliteit aanwezig zijn. Hierbij spelen kennis, vaardigheden en houdingsaspecten een rol. Deze aspecten moeten zijn uitgewerkt in competenties, die zijn opgenomen in een functieprofiel van de hulpverlener/coach/trainer. Een programma kan alleen

effectief zijn bij een professionele uitvoering. De professional zal zich toetsbaar, navolgbaar, aanspreekbaar moeten opstellen. Zijn hierover twijfels, dan heeft het de voorkeur dit programma, of de professional niet in te schakelen, omdat deze mogelijk contraproductief werkt en recidive zelfs bevordert.

Tenslotte is er het *eigen-contextbeginsel*, dat aangeeft *waar* programma's bij voorkeur plaatsvinden. Dit gebeurt bij voorkeur in de natuurlijke omgeving van de jongere; de jongere woont thuis, zelfstandig, in een pleeggezin of een instelling in een buurt. Hij bezoekt een gewone school en is lid van een gewone sportclub. Het onderling verbinden van de programma's met contexten als thuis, school, werk, en vrijetijdsbesteding is hierdoor gemakkelijker.

Het risicobeginsel, behoeftebeginsel en responsiviteitsbeginsel vormen een basis voor de assessment: de diagnostiek, planvorming en evaluatie met betrekking tot individuele jongeren. Het professionaliteitsbeginsel, integriteitsbeginsel en eigen-context beginsel vormen een basis voor de uitvoering van methoden / programma's voor individuele jongeren en voor de evaluatie van deze methoden / programma's.

De What Works beginselen zijn ook terug te vinden in de literatuurstudies van Bol (2002) en Baas (2005). Bol (2002) stelt dat de meest effectieve interventies een aantal kenmerken gemeen hebben:

- zij richten zich op jongere populaties met een gemiddeld tot hoog criminaliteitsrisico;
- zij richten zich op criminogene risicofactoren die zich lenen voor interventie, zoals omgang met delinquente vrienden, spijbelgedrag en middelengebruik;
- zij worden toegepast op individuele basis, waarbij het gezin wordt betrokken, in een ambulante instelling;
- zij zijn gebaseerd op een behandelmodel dat wetenschappelijk verantwoord is getoetst en waarvan de effectiviteit is aangetoond;
- zij hebben een goed getrainde staf, en een projectleider die het vertrouwen geniet van rechtbanken, ouders en gemeentebesturen;
- zij stellen qua omvang wezenlijk iets voor, met een duur van minstens zes maanden;
- zij zijn opgezet volgens een nauwkeurig omschreven ontwerp en worden uitgevoerd door een goed getrainde staf, waarbij het programma ook bewaakt en geëvalueerd wordt;
- zij zijn zodanig ingericht dat de vorderingen van de jongere stelselmatig worden bijgehouden, waarbij zonodig het programma wordt bijgesteld;
- zij kennen een nauwe en permanente samenwerking tussen de reclasseringsbegeleider en de leveranciers van het programma;
- zij bieden nazorg ter preventie van recidive.

Wat betreft de inhoud van de interventies stelt Bol (2002) dat de volgende typen interventies de beste aanknopingspunten bevatten voor effectief ingrijpen.

- structuurbiedende vaardigheidstrainingen en gedragstherapeutische interventies: de doelen van deze interventies worden mede ingegeven door kennis van risicofactoren;

- gezins- en systeemgerichte interventies waarbij de behandelaars gedragsmatig werken en op een flexibele manier gebruik maken van verschillende strategieën en technieken;
- multimodale interventies, dat wil zeggen interventies die verschillende, elkaar aanvullende veranderingsstrategieën omvatten en gericht zijn op uiteenlopende contexten.

Baas (2005) geeft op basis van literatuurstudie een overzicht van voorwaarden die leiden tot een afname van recidive bij delinquente jongeren. Daarvoor moet de interventie:

- plaatsvinden in de directe leefomgeving van de jongere;
- voldoende gedoseerd zijn;
- duidelijk gestructureerd zijn;
- geformaliseerd zijn;
- multimodaal zijn;
- worden uitgevoerd door getrainde en ervaren therapeuten/begeleiders die regelmatig supervisie krijgen en zich houden aan de programmavoorschriften en –instructies;
- worden afgestemd op de leeftijd van de doelgroep (bij 12- tot 15-jarigen vooral aandacht voor het gezin, bij 15- tot 17-jarigen vooral aandacht voor hun vriendengroep en bij jongeren vanaf ongeveer 16 jaar vooral aandacht voor het verwerven van zelfstandigheid);
- worden afgestemd op het niveau van recidiverisico van de jongeren (bijvoorbeeld bij voorkeur geen intensief reclasseringstoezicht voor jongeren met een gering recidiverisico, geen bezoek aan een gevangenis ter afschrikking voor jongeren met een hoog recidiverisico).

1.4.3 Specifiek werkzame factoren: thema's en aangrijpingspunten

Naast algemene aanwijzingen voor effectieve programma's die voortkomen uit de What Works beginselen, zijn er ook specifiek aanwijzingen op basis van onderzoek over de specifieke inhoud van effectieve interventies bij jongeren met delinquent gedrag.

Andrews, Leshied en Hoge (1992) adviseren op basis van een meta-analyse de volgende algemene doelen (thema's) van trajecten voor jongeren die delicten hebben gepleegd:

- reduceren van antisociale cognities, vrienden, en afhankelijkheid van middelen
- vergroten van affectie voor en communicatie met familieleden, identificatie met prosociale rolmodellen, zelfcontrole, zelfmanagement en probleemoplossende vaardigheden
- vervangen van liegen, stelen en agressief gedrag door prosociale alternatieven
- zodanig wijzigen van de kosten en baten van crimineel en niet-crimineel gedrag dat de jongere aan niet-crimineel gedrag de voorkeur geeft

Baas (2005) komt op basis van onderzoek tot de volgende thema's en aangrijpingspunten van interventies bij delinquent gedrag die waarschijnlijk effectief zijn:

- 1 Gedragstrainingen:
 - *gedragstherapie in een residentiële omgeving*
 - *trainingen in woedebeheersing*

- *individuele trainingen en groepstrainingen in algemene vaardigheden*
- 2. Interventies in de gemeenschap gericht op educatie en/of arbeid:
 - *arbeidstoeleidingsprogramma's in de gemeenschap.*
- 3. Andere interventies:
 - *sociale vaardigheidstrainingen in de gemeenschap*
 - *sociale vaardigheidstrainingen in een residentiële omgeving*

Onderzoek van Bijl, Beenker, Vogelvang en Veltkamp (2003) bracht ook de volgende thema 's en aangrijpingspunten naar voren:

- 1 Vaardigheidstraining op gedragsmatige basis (actief betrekken van de jongere i.p.v. passieve informatieoverdracht).
Concreet:
 - *Interpersoonlijke vaardigheden (bv. communicatie)*
 - *Sociale vaardigheden*
 - *Cognitieve vaardigheden*
 - *Anti-agressietraining*
 - *Probleemoplossingvaardigheden*
- 2.. Interventies gericht op het veranderen van antisociale kernovertuigingen (houdingen en gevoelens): Motivational Interviewing, Cognitive Reflective Interviewing (National Institute of Corrections (2001), Cognitive reflective communication: dealing with risk roots. Washington DC:2001)
3. Verminderen van contact met antisociale leeftijdgenoten en bevorderen van pro sociaal contact
4. Verminderen van afhankelijkheden (bv. van drugs of alcohol)
5. Combinatie van sport en een individueel hulpaanbod

Boendermaker en Ince (2010) geven een overzicht van werkzame elementen bij jeugdigen met gedragsstoornissen, met name op basis van de cognitieve gedragstherapie en gedragstherapie en ontleend aan diverse onderzoekers. De beste uitkomsten hadden interventies gekenmerkt door:

- cognitieve herstructurering
- 'anger control'
- de combinatie van groepsbenadering en individuele behandeling
- een breed pakket van interventies
- een hoge intensiteit (meer sessies en een langere totale duur)
- voordoen, rollenspel, feedback en huiswerk
- de inzet van vaardigheidstraining en combinatieaanpak bij agressief gedrag
- het trainen van probleemoplossende vaardigheden bij boosheid

HOOFDSTUK 2

VAKTHERAPIE EN DYNAMISCH CRIMINOGENE FACTOREN BIJ DE DOELGROEP

**Henk Smeijsters, Joost van den Braak, Marjan Helmich, Heinz Reumers,
Josefien van der Wekken**

2.1 Inleiding

Uit het behoeftebeginsel – het tweede van de zes What Works beginselen - vloeit voort dat een interventie op veranderbare criminogene factoren gericht moet zijn om effectief recidive te (kunnen) bestrijden. Dit worden de dynamisch criminogene factoren genoemd.

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke (dynamisch) criminogene factoren bij de doelgroep ‘spelen’ (2.2) en op welke van die factoren de vaktherapie zich richt (2.3). Ook protectieve factoren komen ter sprake. Daarna (2.4) wordt aangegeven wat bij de vaktherapie de onderlinge samenhang van de dynamisch criminogene factoren is. Die samenhang wordt duidelijk door de clustering van deze factoren door de vaktherapie tot vier gebieden: zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie. Een schematisch overzicht vat een en ander samen (2.5). De laatste paragraaf (2.6) beschrijft de interventie vaktherapie in overkoepelende zin. Aan bod komen indicaties, doelen, werkwijzen, methoden, werkvormen en technieken. In latere hoofdstukken wordt dit uitgesplitst naar de diverse media.

2.2 Dynamisch criminogene factoren

Er zijn diverse indelingen van criminogene factoren gemaakt.

In de volwassenenreclassering wordt gebruik gemaakt van de RISc, de Recidive Inschattingsschalen. De RISc wordt zowel door de Jeugdreclassering als door de 3 Reclasseringsorganisaties voor volwassenen ingezet als belangrijk indicatie-instrument voor erkende gedragsinterventies voor volwassenen.

Specifiek voor jongeren tot 18 jaar is de SAVRY ontwikkeld (*Structured Assessment of Violence Risk in Youth*; Duits, Van Casteren, Van den Brink & Doreleijers, 2005), een actuaireel risicotaxatie-instrument. De SAVRY betreft factoren met betrekking tot geweldsrecidive bij jongeren en is verdeeld in statische/onveranderbare factoren en dynamische factoren. Tot de eerste behoren de historische factoren en het item achterstandsbuurt (uit de sociale contextuele factoren). De tweede groep factoren is verdeeld in sociale/contextuele factoren en individuele factoren. Onderzoek van Lodewijks (2008) wijst uit dat de

individuele dynamisch criminogene factoren goede voorspellers zijn van *desistance*, het stoppen met gewelddadige recidive.

De SAVRY wordt in het kader van de basismethodiek YOUTURN regelmatig afgenomen in de JJI's (eerste keer na 6 weken en vervolgens elke 4 maanden). Het instrument wordt bij een groot aantal erkende gedragsinterventies gebruikt als indicatie-instrument.

Criminogene factoren zijn omstandigheden en kenmerken van individuen die van invloed zijn op hun crimineel gedrag. Een dynamische factor is een kenmerk of omstandigheid van een individu die met een interventie veranderbaar is.

In een recent rapport over de afstemming van gedragsinterventies van jongere delinquenten geeft Plaisier (2007) aan dat de verschillende soorten criminogene factoren voor jongeren en volwassenen op hoofdlijnen sterk overeen lijken te komen. Er zijn echter verschillen in de mate en in de verschijningsvormen waarin de factoren voor verschillende leeftijden relevant zijn.

Belangrijke (dynamisch) criminogene factoren zijn:

Gezinssituatie

Bij jongeren gaat het vooral om de opvoedingsvaardigheden van de ouders, bij volwassenen is de invloed van de partner vooral relevant. Heiden-Attema en van der Bol (2000) hebben onderzoek gedaan naar risico- en protectieve factoren die een rol spelen bij de ontwikkeling van antisociaal en delinquent gedrag bij 224 risicjongeren van 10 tot 18 jaar. Zij komen onder meer tot de volgende bevindingen:

- in bijna drie van de vijf gevallen zijn de natuurlijke ouders van de jongere van elkaar gescheiden. Slechts een kwart van de jongeren is afkomstig uit een volledig gezin;
- het overgrote deel van de jongeren heeft (meermaals) te maken gehad met veranderingen in hun woonomstandigheden;
- ongeveer een derde van de jongeren in de onderzoeksgroep is ten minste eenmaal van huis weggelopen;
- ruzie en onenigheid tussen ouders komt bij bijna de helft van de jongeren regelmatig voor;
- bijna een derde van de ouders gebruikt regelmatig geweld tegen hun kinderen en meer dan een derde van de jongeren is verwaarloosd, waarvan de helft zowel emotioneel als pedagogisch;
- bijna de helft van de ouders houdt meestal weinig toezicht en straft erg mild of inconsequent.

Opleiding en werk

Weerman en Van der Laan (2006) geven in een overzichtstudie aan dat er een duidelijke relatie is tussen spijbelgedrag, voortijdig schoolverlaten en jeugdcriminaliteit. Spijbelers en voortijdig schoolverlaters begaan meer delicten dan andere jongeren.

De factor werk is in elke leeftijdsfase van belang. Sampson en Laub toonden aan dat een stabiele arbeidssituatie in elke leeftijdsfase gepaard gaat met afnemende criminaliteit. Het scholen en toeleiden naar werk van jongeren kan dus een belangrijke preventieve werking hebben ten aanzien van criminaliteit, ook in latere levensfasen.

Vrienden en vrijetijdsbesteding

Onderzoek van Van der Laan (2006) laat zien dat vrienden en vrijetijdsbesteding belangrijke risicofactoren zijn bij jongeren. Daarbij speelt de leeftijd van de jongere een belangrijke rol. Naarmate adolescenten ouder zijn, neemt de betrokkenheid bij middelengebruik toe, evenals het aantal jongeren dat ongestructureerde vrijetijdsactiviteiten heeft (cafébezoek, rondhangen op straat en dergelijke), dat veel tijd met vrienden buitenshuis doorbrengt en dat meer delinquente vrienden heeft.

Alcohol en drugs

Drugsgebruik en criminaliteit hangen sterk samen. Daarnaast speelt dagelijks drankgebruik een belangrijke rol, met name bij ernstig delinquente jongeren.

Denkpatronen, vaardigheden en gedrag

Deze criminogene factor gaat in op de manier waarop de jongere omgaat met zaken die hij in het dagelijks leven tegenkomt. Subschalen in de RISC hierbij zijn onder andere: sociale en interpersoonlijke vaardigheden, impulsiviteit, zelfbeheersing, probleembesef en probleemhantering, doelgerichtheid, denktrant en leerbaarheid.

Denken en emoties

Onderzoek toont aan dat een aanzienlijk aantal daders verschillende cognitieve tekorten heeft, die samenhangen met de kans op recidive (Ross & Fabiano, 1985). Hieronder vallen een tekort in de impulscontrole, een rigide denkpatroon / overtuigingen, een tekort in probleembesef en onvermogen om het perspectief van de ander in te nemen. Daarnaast zijn rationalisaties (emoties over het delictgedrag met logische argumenten onderdrukken) en cognitief-emotionele gemoedstoestanden, zoals woede, wanhoop, wrok en verzet sterke voorspellers van recidive bij jongeren. Tenslotte zien we op het gebied van gedrag, dat de aanwezigheid van de diagnose 'conduct disorder' (gedragsstoornis) een vrij sterke voorspeller is van recidive. Ook is er een sterke relatie tussen impulsief, boos en agressief gedrag en bepaalde zware delicten (Novaco, 1975 en 1994).

In onderstaande paragrafen geven we aan in hoeverre deze onderzoeksresultaten terug te vinden zijn in Nederlands onderzoek.

Veel gewelddadige handelingen worden begaan wanneer mensen in een staat van woede zijn (Zamble & Quinsey, 1997; Blackburn, 1993). Howells en collega's (1997) brengen hier tegenin dat niet zozeer de staat van woede is gerelateerd aan delinquent gedrag, maar de beperkte zelfcontrole over de woede. Dit gebrek aan woedebeheersing moet volgens Howells worden gezien als een belangrijke criminogene factor waarvoor veel gewelddadige delinquenten behandeling nodig hebben.

De theorie over woede van Novaco (1975, 1994) geldt momenteel als de meest gezaghebbende. Novaco's standpunt staat dicht bij de cognitieve gedragstheorie, in die zin dat woede wordt beschouwd als een subjectieve emotionele staat, die zowel psychologische als cognitieve activiteit behelst, maar duidelijk verband houdt met omgevingsomstandigheden. Volgens Novaco (1975) is iemand boos wanneer een bepaalde gebeurtenis uit de omgeving patronen van cognitieve en fysiologische opwindning veroorzaakt. Meer in het bijzonder ligt deze prikkel in de perceptie van het individu van de woorden of daden van de

ander. De activiteit van het autonome zenuwstelsel zou een belangrijke rol spelen bij de fysiologische processen die ten grondslag liggen aan gedragsproblemen. De activiteit van het autonome zenuwstelsel (Ortiz & Raine, 2004) wordt ook wel 'arousal' genoemd. De mate van arousal kan door het meten van hartslag en bloeddruk in beeld worden gebracht. In de meta-analyse van Ortiz en Raine (2004) wordt met name een verlaagde hartslag in verband gebracht met gedragsproblemen. Hoewel dit een omvangrijke, veel aangehaalde en gedegen studie is, zijn er ook enkele studies waarin het tegendeel wordt beweerd (o.a. Rappaport & Thomas, 2004).

Vaardigheden en gedrag

Onderzoekers signaleren bij jongeren die recidiveren significant vaker een gebrek aan sociale vaardigheden en probleemoplossende vaardigheden. Het oorspronkelijke sociale vaardigheidsmodel (Argyle & Kendon, 1967) stelt dat sociaal (interpersoonlijk) vaardig gedrag drie verwante componenten omvat: sociale perceptie, sociale cognitie en sociaal gedrag (Hollin & Trower, 1986c). Sociale perceptie verwijst naar de vaardigheid waarmee iemand sociale signalen oppikt en begrijpt (input); sociale cognitie is in deze betekenis analoog aan het verwerken van sociale informatie (throughput); en sociaal gedrag is waarneembaar sociaal handelen (output). Een sociaal competent persoon maakt gebruik van al deze drie aspecten om goed te functioneren in de omgang met anderen en zo zijn sociale doelstellingen te bereiken. Bij agressieve jongere delinquenten is sprake van verstoringen op de drie genoemde factoren. Volgend op perceptie en begrip (c.q. interpretatie) van het gedrag van anderen moet het individu een beslissing nemen over een passende reactie. Dit besluitvormingsproces vereist het vermogen uitvoerbare handelingswijzen te genereren, alternatieven tegen elkaar af te wegen en plannen te maken om het gewenste resultaat te behalen (Spivack, Platt, & Shure, 1976). Diverse onderzoeken hebben uitgewezen dat sommige justitiabelen, met name jongere justitiabelen, moeite hebben met het oplossen van problemen op het gebied van sociale interactie. Onderzoeken aan de hand van de *Adolescent Problem Inventory* bijvoorbeeld, hebben aangetoond dat jongere mannelijke justitiabelen beduidend minder sociaal competent reageren op een reeks sociale problemen dan niet-justitiabelen (Palmer & Hollin, 1996; 1999). Het is duidelijk dat sociale cognitie, waaronder het oplossen van sociale problemen, verband houdt met agressief gedrag. Diverse studies tonen aan dat problemen in het stellen van sociale doelstellingen, het oplossen van sociale problemen, het voornamelijk gebruik maken van agressieve oplossingen en het accuraat opvatten van sociale feedback op gedrag belangrijke factoren zijn bij het ontstaan van antisociaal gedrag, waaronder ook agressief gedrag (zie bijvoorbeeld Akhtar & Bradley, 1991; Crick & Dodge, 1994; Demorest, 1992; Hollin, 1990a, 1990b; Ross & Fabiano, 1985).

In een toonaangevend onderzoek vergeleek Spence (1981a) de sociale gedragsvaardigheden van jongere mannelijke justitiabelen met die van jongere mannen uit een niet-criminele controlegroep, die was gematched op leeftijd, academische en sociale achtergrond. De delinquenten maakten aanzienlijk minder oogcontact, spraken minder, maar vertoonden meer onrustig gedrag (niet stil kunnen zitten, friemelen) en maakten meer grove motorische bewegingen. Deze gedragingen blijken te kunnen worden gerelateerd aan een lager niveau van sociale waarnemingsvaardigheden (Spence, 1981b). In een globale kwalificatie van sociale vaardigheden, sociale angst en de kans op een baan scoorde de groep delinquenten lager dan de groep niet-delinquenten.

De aanwezigheid van de diagnose 'conduct disorder' (gedragsstoornis) is een vrij sterke voorspeller van recidive. Ook is er een sterke relatie tussen impulsief, boos en agressief gedrag en bepaalde zware delicten (Novaco, 1997).

Kernovertuigingen

Denken en emoties, vaardigheden en gedrag zijn begrippen die onderling veel overlap hebben. Het zijn aspecten van het handelen door de jongere die op elkaar ingrijpen. Wanneer het gaat om agressief en antisociaal gedrag, brengen verschillende onderzoekers bovenstaande problemen met elkaar in verband. De rode draad is hierbij de manier waarop de jongere informatie vanuit alledaagse situaties opneemt, verwerkt en omzet in een reactie (Bartels, 2001; Orobio de Castro, 2000; Crick & Dodge, 1994). Hierbij spelen drie zaken een rol: automatische gedachten en gevoelens, kernovertuigingen en beschikbare vaardigheden of steun.

Kernovertuigingen bestaan uit:

- de belangrijkste elementen van iemands *zelfbeeld*
- belangrijkste elementen van iemands *beeld van anderen*, de wereld en het leven
- *kernstrategieën* van de jongere (die de jongere als eerste vertaalt naar een mogelijke respons).

Automatische gedachten en gevoelens treden als eerste onmiddellijk op bij de jongere en kunnen zijn gedrag in hoge mate bepalen. Zij zijn niet reflexmatig (lichamelijk bepaald), maar kunnen wel het verdere gedrag sturen zonder dat de jongere zich dat realiseert. Een voorbeeld (ontleend aan Bartels, 2001): een leerling vraagt een klasgenoot waar zijn zus gisteravond was. De eerste gedachte van de klasgenoot is: 'ze willen mijn zus belachelijk maken', en hij reageert agressief. Van jongeren met agressieve gedragsproblemen is bekend, dat zij selectief waarnemen: vaker dan andere jongeren gaan zij er snel - en meestal ten onrechte - van uit dat de ander vijandige bedoelingen heeft en zij reageren hierop gemakkelijker agressief.

Automatische gedachten en gevoelens zijn verbijzonderingen van *kernovertuigingen* van de jongere. Voorbeelden hiervan zijn: "Niemand is te vertrouwen, je hebt geen vrienden", "Je moet er op slaan voor je zelf wordt gepakt", of "Je moet altijd doen wat de leider zegt", "Ik heb gekozen: ik pleeg delicten en als ik moet zitten heb ik pech gehad."

Een belangrijk kenmerk van de jongeren in de gesloten setting, zo bleek in het voorgaande, is dat zij zich slecht kunnen verplaatsen in de gedachten, gevoelens en intenties van anderen en de neiging hebben acties van anderen direct als vijandig te interpreteren⁴. Hun gedrag staat in het teken van directe behoeftebevrediging. Belangen van anderen worden niet gezien en het eigen aandeel in problemen wordt ontkend. Door een gebrek aan sociale en probleemoplossende vaardigheden kunnen zij vaak alleen maar op een agressieve en opstandige manier reageren op anderen. Bij ongeveer een derde van de groep gaan de, hierboven genoemde, ernstige gedragsproblemen samen met lichamelijke of psychische

⁴ De volgende tekst is grotendeels overgenomen uit: Kamminga, A., e.a. (2007).

(vooral depressieve, maar ook psychotische) klachten, teruggetrokkenheid en aandachtsproblemen (Boendemaker & Van Yperen, 2003).

Ook Vogelvang e.a. (2005) geven aan dat er in onderzoek is gebleken dat veel delinquente jongeren verschillende cognitieve tekorten en een gebrek aan sociale en/of probleemoplossende vaardigheden hebben. Cognitieve tekorten zijn belemmeringen om gebeurtenissen adequaat op te merken en te interpreteren. Evenals rationalisaties, de aanwezigheid van gedragstoornissen en een laag IQ, zijn dit sterke voorspellers van recidive. De kernovertuigingen zijn een belangrijke dynamische factor. Deze kernovertuigingen liggen vaak ten grondslag aan agressief gedrag. De jongeren nemen selectief waar en gaan er al snel vanuit dat iemand zich vijandig tegenover hen opstelt.

De houding die een jongere heeft ten opzichte van de maatschappij, criminaliteit en het delict hangt sterk samen met de kans op recidive. Een antisociale houding hangt positief samen met recidive. Volgens Andrews (1995) aangehaald in Vogelvang e.a. (2005) is dit één van de belangrijkste factoren die samenhangt met recidive.

2.3 Vaktherapie, dynamisch criminogene factoren en protectieve factoren

Vaktherapie in de gesloten setting richt zich op de dynamisch criminogene RISC-factor *Denkpatronen (denken en emoties), vaardigheden en gedrag* bij die jongeren in de JJI en de GJ met reactief agressief gedrag en delicten. Gerichte programma's om denkpatroon, gedrag en vaardigheden aan te pakken kunnen de recidivekans verkleinen (Bartels, Schuursma & Slot, 2001).

Vaktherapie heeft als doel om deze dynamisch criminogene factor te beïnvloeden, zodanig dat de (kans op) recidive afneemt. Daartoe richt de vaktherapie zich op de verschillende factoren die naar voren zijn gekomen uit de in het vorige hoofdstuk aangehaalde onderzoeken bij de bespreking van deze dynamisch criminogene factor.

Het betreft:

- niet goed om kunnen gaan met stress en depressie e.d.
- impulsiviteit (ook vanwege aandachtstekort-hyperactiviteitsprobleem) en riskant gedrag
- gebrekkige woedebeheersing
- gebrekkige probleemoplossende/sociale vaardigheden
- onvermogen om perspectief van de ander in te nemen
- gebrek aan berouw en empathie
- automatische gedachten en gevoelens
- negatieve kernovertuigingen

Deze factoren corresponderen met risicofactoren die in de SAVRY-indeling van criminogene factoren, staan opgenomen. Verschillende individuele risicofactoren en contextuele factoren van de SAVRY hebben betrekking op de factoren die bij *Denkpatronen, vaardigheden en gedrag* aan de orde zijn gekomen.

Het gaat om de volgende items van de SAVRY:

Ervaren stress en copingvaardigheden

SAVRY item 13 handelt over ervaren stress en geringe copingvaardigheden. Het gaat hierbij om een combinatie van enerzijds ervaren stress en (ernstig) verlies en anderzijds het niet goed weten om te gaan met stress en verlies.

Negatieve opvattingen en kernovertuigingen

SAVRY item 17 gaat over deze factor. Negatieve opvattingen over zichzelf kunnen de aanleiding zijn voor het opbouwen van een kunstmatig en opgeblazen gevoel van zelfwaarde. Negatieve beoordelingen en feedback worden dan geïnterpreteerd als een bedreiging van het zelfbeeld, hetgeen agressief gedrag tot gevolg kan hebben.

Hiertoe behoort ook dat een jongere duidelijk achter opvattingen en waarden staat die criminaliteit of geweld goedpraten, óf laat zien grote moeite te hebben niet-agressieve oplossingen voor problemen te ontwikkelen óf vaak geneigd is ten onrechte agressieve bedoelingen bij anderen waar te nemen (kernegebied cognitie). Negatieve opvattingen, de neiging om vaak vijandige of agressieve bedoelingen bij anderen waar te nemen kan tot gevolg hebben dat de jongeren inter-persoonlijke problemen vooral agressief oplossen.

Risikant gedrag en impulsiviteit

SAVRY item 18 betreft impulsiviteit en riskant gedrag.

De jongeren hebben last van schommelingen in de stemming, doen dingen zonder na te denken, reageren plotseling met intense emoties zonder rekening te houden met de gevolgen.

SAVRY item 22 verwijst naar het aandachtstekort en de hyperactiviteit, concreet: de ernstige problemen met rusteloosheid, hyperactiviteit en concentratie.

Impulscontrole/woedebeheersing

SAVRY item 20 heeft betrekking op het probleem dat jongeren kunnen hebben met het onder controle houden van boosheid. Het item verwijst in het bijzonder naar herhaaldelijke uitbarstingen waarbij anderen bedreigd of bang worden gemaakt of letsel ondervinden, of waarbij ernstige beschadiging van eigendom plaatsvindt.

Onvermogen om perspectief van de ander in te nemen

SAVRY item 21 verwijst naar het gebrek aan empathie en rouw. De jongere toont geen emotionele pijn als reactie op eigen schadelijk gedrag, erkent de onrechtmatigheid van de eigen acties niet en/of is onaangedaan door pijn of tegenslag van anderen, is onverschillig ten opzichte van de gevoelens van anderen en negeert gevoelloos de negatieve effecten van het eigen gedrag op anderen.

Leeftijdsgenoten

Vaktherapie richt zich hiernaast ook op twee andere SAVRY factoren. Deze hebben te maken met de invloed van leeftijdsgenoten⁵.

SAVRY item 11 handelt over het (regelmatig) omgaan met delinquente leeftijdsgenoten die (vaak) antisociaal gedrag vertonen en/of de betrokkenheid bij of lidmaatschap van een bende. Relevant in dit verband is de worsteling van jongeren met de eigen identiteitsontwikkeling die ertoe leidt dat aansluiting wordt gezocht bij delinquente leeftijdsgenoten.

SAVRY item 12 benoemt de ernstige afwijzing door leeftijdsgenoten op dit moment óf de matige afwijzing op dit moment gecombineerd met ernstige afwijzing gedurende een groot deel van zijn/haar kindertijd en adolescentie. Afwijzing door leeftijdsgenoten is verklaarbaar op basis van de geringe sociale vaardigheden en het onvermogen inter-persoonlijke problemen op te lossen

De afwijzing door leeftijdsgenoten kan oorzaak en gevolg kan zijn van het ten onrechte waarnemen van agressieve bedoelingen bij anderen. Oorzaak omdat afwijzing kan leiden tot het veronderstellen van agressieve bedoelingen bij anderen, gevolg omdat het veronderstellen van agressieve bedoelingen leidt tot gedrag dat afwijzing provoceert.

Protectieve factoren

Er wordt onderscheid gemaakt in risicofactoren die crimineel gedrag bevorderen en beschermende (of protectieve) factoren die crimineel gedrag matigen of voorkomen. Plaisier (2007) noemt in dit verband het voorbeeld van gezinssituatie en vrienden: opvoedingsvaardigheden van ouders en omgang met vrienden zijn protectieve factoren, maar als de opvoedingsvaardigheden van de ouders beperkt zijn en de vrienden delicten plegen, dan zijn dit risicofactoren. Protectieve factoren hebben op jonge leeftijd een grotere invloed op het voorkómen van delinquent gedrag dan bij adolescenten.

In de SAVRY staan ook verschillende protectieve factoren opgenomen die een tegenwicht bieden tegen de risicofactoren die de kans op recidive vergroten. Vaktherapie richt zich expliciet niet alleen op risicofactoren, maar tevens op een drietal protectieve factoren uit de SAVRY. Het betreft: expliciete sociale betrokkenheid, een duidelijke positieve houding t.o.v. interventie en autoriteit en een veerkrachtige persoonlijkheid.

2.4 Samenhang van de dynamisch criminogene factoren

Vaktherapie richt zich op de dynamisch criminogene factoren en protectieve factoren die in de vorige paragraaf aan de orde zijn gekomen. Dit zijn echter geen geïsoleerde factoren: de genoemde dynamisch criminogene factoren vertonen een onderlinge samenhang. Clustering van deze factoren maakt dat duidelijk. De clustering betreft vier kerngebieden: het zelfbeeld, de emoties, de interactie en de cognitie.

⁵ Voor deze factoren: zie pag. 23 (Bijl, Beenker, Vogelvang en Veldkamp, 2003) en pagina 22 (Andrews, Leshied en Hoge, 1992).

2.4.1 Kerngebied Zelfbeeld

Verscheidene factoren hebben te maken met het zelfbeeld van jongeren met agressieve delicten.

Voor jongeren met een zwakke identiteit geldt dat zij vaak niet goed weten wie ze zijn en dat zij vaak negatieve overtuigingen over zichzelf en/of weinig zelfvertrouwen hebben. Het zelfbeeld is onrealistisch. Zelfonderschatting en een gebrek aan zelfrespect kan leiden tot een gebrekkig inzicht in wat men zelf wel of niet kan beïnvloeden. Deze jongeren ontwikkelen vaak weinig gedragsalternatieven en doordachte oplossingen, vertonen weinig positieve responsiviteit naar anderen, kunnen zich moeilijk aan de omgeving aanpassen, niet goed met problemen omgaan en zichzelf tot rust brengen.

Onrealistische opvattingen over zichzelf kunnen daarentegen ook de aanleiding zijn voor het opbouwen van een kunstmatig en opgeblazen gevoel van zelfwaarde. Negatieve beoordelingen en feedback worden dan geïnterpreteerd als een bedreiging van het zelfbeeld, wat agressief gedrag tot gevolg kan hebben.

De worsteling met de eigen identiteitsontwikkeling kan ertoe leiden dat aansluiting wordt gezocht bij delinquente leeftijdsgenoten die antisociaal gedrag vertonen en/of betrokken zijn bij of lid zijn van een bende. De jongeren staan achter opvattingen en waarden die criminaliteit of geweld goedpraten, hebben moeite met het vinden van niet-agressieve oplossingen voor problemen of nemen (onterecht) agressieve bedoelingen bij anderen waar.

Zij hebben in het algemeen weinig inzicht in het eigen probleemgedrag en een gering probleembesef. Door het gebrek aan zelfinzicht en inzicht in risicovolle omstandigheden geloven de jongeren niet dat zij risico lopen en vinden de interventie vaak niet noodzakelijk. De motivatie om mee te werken aan de interventie is vaak laag en de houding tegenover de interventie kan negatief zijn.

Protectieve factor die bij dit kerngebied een rol speelt is de veerkrachtige persoonlijkheid (goed doordachte oplossingen, positieve responsiviteit naar anderen, zich aan de omgeving kunnen aanpassen, zichzelf tot rust brengen, gezond zelfrespect).

Ten aanzien het zelfbeeld bestaat er een verband met de oppositioneel opstandige gedragsstoornis (ODD, Oppositional Defiant Disorder)) de gedragsstoornis (CD, Conduct Disorder) en de antisociale persoonlijkheidsstoornis (APD, Antisocial Personality Disorder):

- Er bestaat een relatie met ODD en *reactieve agressie* als jongeren zich agressief gedragen omdat ze het gevoel hebben uitgedaagd te worden. Zij reageren emotioneel, boos of gefrustreerd op wat zij ervaren, omdat zij dit ervaren als een *bedreiging van het zelfbeeld*. Kenmerkend is ook dat zij anderen vaak de schuld geven van eigen fouten of wangedrag.
- Er bestaat een relatie met CD en *proactieve agressie* als jongeren zich agressief gedragen omdat ze hiermee iets hopen te bereiken. Zij proberen het *zelfbeeld op te blazen* door wat gezien wordt als statusverhogend gedrag. Deze jongeren zijn kil, berekenend, hebben een gebrek aan empathie en gebruiken koelbloedig agressie om hun doelen te bereiken.

- Er bestaat een relatie met APS als er sprake is van constant onverantwoordelijk gedrag, bijvoorbeeld blijkend uit het herhaaldelijk niet in staat zijn geregeld werk/regelmatige werkzaamheden te behouden of financiële verplichtingen na te komen.

2.4.2 Kerngebied Emotie

Andere dynamisch criminogene factoren zijn gerelateerd aan het kerngebied emotie. Jongeren met problemen op dit kerngebied hebben veelal moeite met het onderkennen, uiten en ontladen van eigen emoties en het herkennen en onderkennen van andermans emoties. Daarom is het moeilijk voor hen hun gedrag aan te passen. Zij zijn niet goed in staat de emotie van de ander te herkennen en hun gedrag af te stemmen op de emotie van 'de ander'. Zij ervaren vaak overmatige stress en raken snel gefrustreerd. Er is vaak sprake van een matig of ernstig verlies, terwijl ze over weinig copingvaardigheden beschikken om hiermee om te gaan.

Er kan sprake zijn van schommelingen in de stemming, impulsiviteit of riskant gedrag. De jongeren doen dingen zonder na te denken, reageren plotseling met intense emoties, zonder rekening te houden met de gevolgen. Zij hebben een groot probleem met het zelf reguleren van stemmingen, het onder controle houden van boosheid en (agressieve) impulsen, hebben vaak uitbarstingen waarbij ze anderen bedreigen, bang maken of ietsel toebrengen, waarbij ook ernstige beschadiging van eigendom kan plaats vinden.

Het gebrek aan copingvaardigheden kan ook leiden tot internaliserende problematiek. De jongere kan zich dan afsluiten voor emoties waardoor risicosituaties niet meer op waarde kunnen worden geschat en waardoor de 'ander' geen rekening kan houden met die emoties.

Ook hier is de veerkrachtige persoonlijkheid (goed doordachte oplossingen, positieve responsiviteit naar anderen, zich aan de omgeving kunnen aanpassen, zichzelf tot rust brengen, gezond zelfrespect) een protectieve factor.

Bij emotie bestaat er een relatie met de oppositioneel opstandige gedragsstoornis (ODD), de gedragsstoornis (CD) en de antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS) en de aandachtstekortstoornis met hyperactiviteit (ADHD).

- De jongere met ODD is vaak *prikkelbaar* en *ergert* zich gemakkelijk aan anderen.
- Sommige jongeren met CD gedragen zich *openlijk agressief*, maken veelvuldig ruzie met ouders, leerkrachten, vloeken, dreigen of slaan.
- Bij APS treedt *impulsiviteit* op en het onvermogen vooruit te plannen.
- De APS is gekenmerkt door *prikkelbaarheid* en *agressiviteit*, blijkend uit bij herhaling komen tot vechtpartijen of geweldpleging.
- *Impulsiviteit* treedt ook op bij ADHD.

2.4.3 Kerngebied Interactie

Een derde kerngebied is dat van de interactie. Bij jongeren met problemen op dit kerngebied bestaat vaak een tekort aan sociale vaardigheden en het onvermogen inter-persoonlijke problemen op te lossen. De grenzen van anderen worden veelal slecht erkend en niet bewaakt. Andere jongeren kunnen vaak ook moeilijk hun eigen grenzen aangeven en bewaken, terwijl ze de nabijheid van anderen niet goed verdragen.

Het tekort aan sociale vaardigheden, het onvermogen inter-persoonlijke problemen op te lossen en de verstoorde autonomie vergroten de kans op afwijzing door leeftijdsgenoten waardoor jongeren de omgang zoeken met delinquente leeftijdsgenoten die regelmatig antisociaal gedrag vertonen en/of betrokken raakt bij of lid is van een bende.

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

Protectieve factoren op dit kerngebied zijn een prosociale betrokkenheid (helpen, samenwerken, onderhandelen) en een positieve houding ten opzichte van interventie en autoriteit (actieve betrokkenheid bij het plannen en uitvoeren van de behandeling).

Bij interactie bestaat er een relatie met de oppositioneel opstandige gedragsstoornis (ODD), de gedragsstoornis (CD) en de antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS) en de autisme spectrumstoornis (ASS).

- De jongere met een ODD is vaak *opstandig* of weigert zich te voegen naar verzoeken of regels van volwassenen en maakt vaak ruzie met volwassenen. *Spijtgevoelens* ontbreken, zoals blijkt uit de ongevoeligheid voor of het rationaliseren van het feit anderen gekwetst, mishandeld of bestolen te hebben. Men geeft anderen vaak de schuld van eigen fouten of wangedrag.
- Kinderen met een CD verschillen in de mate waarin ze emoties kunnen voelen en *zich in anderen kunnen inleven*: sommigen scoren hoog op gevoelloosheid (een centraal kenmerk van psychopathie). Anderen scoren niet hoog op gevoelloosheid.
- Iemand met een APS is *niet in staat zich te conformeren* aan de maatschappelijke norm dat men zich aan de wet moet houden, blijkend uit het herhaaldelijk plegen van handelingen die een reden voor arrestatie kunnen zijn. Er bestaat een *roekeloze onverschilligheid ten aanzien van de eigen of andermans veiligheid*. Er is sprake van constante onverantwoordelijkheid blijkend uit het herhaaldelijk niet in staat zijn geregeld werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen.

- Jongeren met een ASS hebben ernstige en ingrijpende beperkingen in de ontwikkeling van de *sociale interactie*, samengaan met *tekortkomingen in de (non)verbale communicatieve vaardigheden* of de aanwezigheid van stereotiep gedrag, interesses en activiteiten.

2.4.4 Kerngebied Cognitie

Een laatste kerngebied is dat van de cognitie. Voor jongeren met problemen op het gebied van cognities geldt dat zij negatieve cognities met betrekking tot zichzelf, het eigen kunnen en de eigen vaardigheden kunnen hebben. Dat kan leiden tot internaliserende problematiek.

Daarnaast zijn er vaak negatieve cognities met betrekking tot anderen. Deze jongeren nemen het gedrag van anderen vaak verkeerd waar en interpreteren het niet correct. Daardoor koesteren zij veel negatieve opvattingen over anderen en de wereld om hen heen en zijn zij geneigd ten onrechte agressieve bedoelingen bij anderen waar te nemen. Er is sprake van onjuist generaliseren en niet toetsen van negatieve opvattingen (zie ook de cognitieve disfuncties uit de cognitieve therapie, Beck e.a., 1998). Een gering vermogen tot abstraheren en structureren werkt niet in hun voordeel. De jongeren staan regelmatig achter opvattingen en waarden die criminaliteit of geweld goedpraten, of laten zien grote moeite te hebben niet-agressieve oplossingen voor inter-persoonlijke problemen te ontwikkelen.

De afwijzing door leeftijdsgenoten kan zowel oorzaak als gevolg zijn van het ten onrechte waarnemen van agressieve bedoelingen bij anderen. Oorzaak, omdat afwijzing kan leiden tot het veronderstellen van agressieve bedoelingen bij anderen; gevolg, omdat het veronderstellen van agressieve bedoelingen leidt tot gedrag dat afwijzing provoceert.

Een protectieve factor die hier een rol speelt is een positieve houding ten opzichte van interventie en autoriteit (actieve betrokkenheid bij het plannen en uitvoeren van de behandeling).

Bij cognitie bestaat er een relatie met de oppositioneel opstandige gedragsstoornis (ODD) en de aandachttekort stoornis met hyperactiviteit (ADHD).

- Er bestaat een relatie met ODD als jongeren zich agressief gedragen omdat zij het gedrag van de ander *verkeerd interpreteren* en daardoor het *gevoel hebben uitgedaagd te worden*.
- Bij jongeren met kenmerken van ADHD is sprake van aandachtstekort, concentratieproblemen, hyperactiviteit en rusteloosheid die het uitvoeren van taken bemoeilijken en daarmee de kans op succes verminderen. Voor ADHD-jongeren is het *onvermogen vooruit te plannen* kenmerkend.

2.5 Schematisch overzicht

In onderstaand overzicht wordt het voorgaande schematisch weergegeven: de kerngebieden, de uitingsvorm daarvan, de dynamisch criminogene factoren uit RISC en SAVRY en de protectieve factoren. Uit dit overzicht blijkt dat sommige SAVRY-factoren een rol op meerdere kerngebieden spelen, net als sommige protectieve factoren.

Tabel 1. RiSc-factoren, SAVRY-risicofactoren en protectieve factoren, kerngebieden waar vaktherapie zich op richt

<i>Dynamisch criminogene factor uit RiSc</i>	<i>Dynamisch criminogene factor/ risicofactor uit SAVRY</i>	<i>Kerngebied van vaktherapie en kernprobleem</i>	<i>Uitingsvorm</i>	<i>SAVRY protectieve Factor</i>
<i>Denkpatronen, gedrag en vaardigheden: c</i> Criminele kernovertuigingen	11: Delinquent vrienden 17: Negatieve opvattingen	Zelfbeeld: onrealistisch zelfbeeld	Faalangstig Weinig zelfvertrouwen/ zelfoverschatting Gebrekkig zelfinzicht	P6: Veerkrachtige Persoonlijkheid
<i>Denkpatronen, gedrag en vaardigheden:</i> Gebrek aan woedebeheersing en impulscontrole	13: Stress 18: Impulsiviteit en riskant gedrag 20: hanteren boosheid	Emoties: emotionele problemen	Tekorten in woedebeheersing Depressiviteit Stress/weinig copingvaardigheden Geen impulscontrole	P6: Veerkrachtige persoonlijkheid
<i>Denkpatronen, gedrag en vaardigheden:</i> Gebrekkige sociale en probleem-oplossende vaardigheden	11: Delinquent vrienden 12: Afwijzing door leeftijdsgenot en 21: Gebrek aan berouw en empathie	Interactie: problemen met interactie	Gebrek aan sociale vaardigheden Gebrek aan empathisch vermogen Egocentrisme/gebrek aan sociale perspectiefname Geen grenzen kunnen aangeven	P1: Prosociale betrokkenheid P4: Positieve houding
<i>Denkpatronen, gedrag en vaardigheden:</i> Criminele kernovertuigingen	12: Afwijzing door leeftijdsgenot en 17: Negatieve opvattingen 22: ADHD-problematiek	Cognitie: problemen met cognitie	Disfunctionele denkgewoonten Onjuist generaliseren Aandachtstekort Concentratieproblemen	P4: Positieve houding

2.6 De interventie vaktherapie in de gesloten setting

2.6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komt de interventie vaktherapie in de gesloten setting aan de orde. Eerst wordt beschreven wat de doelgroep voor vaktherapie in de gesloten setting is en wat de selectiecriteria voor deelname aan de interventie zijn. Doel en programmadoelen van de vaktherapie komen ter sprake in de vierde paragraaf.

Vaktherapie richt zich zoals gezegd op de kerngebieden zelfbeeld, emotie, interactie en de cognitie. Deze vier kerngebieden komen in de vaktherapeutische sessies niet los en onafhankelijk van elkaar aan de

orde. De verbinding tussen de kerngebieden wordt verduidelijkt aan de hand van het model van Deklerck.

Vervolgens wordt beschreven wat de vaktherapie hierbij inzet. Daarbij komen per kerngebied kerndoelen en subdoelen, werkwijzen, methoden, werkvormen en technieken aan de orde die overkoepelend zijn voor alle vaktherapieën. In de verschillende programmahandleidingen wordt per medium dieper ingegaan op deze materie.

De vaktherapeutische interventies richten zich niet alleen op de risicofactoren op de vier kerngebieden, maar ook op protectieve factoren. In de laatste paragraaf van dit hoofdstuk komen de protectieve factoren ter sprake.

2.6.2 Doelgroep van de vaktherapie

De doelgroep voor de interventie vaktherapie is een verbijzondering van de populatie in de JJI en de Gesloten Jeugdzorg:

1 *'Soort' criminaliteit*

De vaktherapie richt zich op die jongeren in de JJI en de GJ die de neiging hebben tot gewelddadig gedrag.

2 *Behoeftebeginsel*

De jongeren hebben problemen met betrekking tot een irreëel zelfbeeld, niet goed kunnen omgaan met emoties, problemen in de interactie en disfunctionele cognities.

Het zijn jongeren

- die (sterk) zintuiglijk (visueel, auditief) en lichamelijk zijn ingesteld
- die een concrete zintuiglijke en lichamelijke ervaring nodig hebben om ervaringen te kunnen waarnemen en uiten
- die emoties sterk onderdrukken
- die moeite hebben contact te maken met de eigen belevingswereld
- met weinig interne structuur, die behoefte hebben aan externe kaders om te kunnen functioneren
- die moeite hebben emoties en gedrag te ordenen en te begrenzen
- voor wier problematiek of ervaringen geen woorden te vinden zijn of jongeren
- bij wie sprake is van een taboe op praten of het benoemen van bepaalde ervaringen

Dit uit zich door omgang met delinquente leeftijdsgenoten, negatieve opvattingen, stress en gebrekkige copingvaardigheden, riskant gedrag en impulsiviteit, boosheid, afwijzing door leeftijdsgenoten, gebrek aan berouw en empathie en aandachtstekort/hyperactiviteit.

3 *Risicobeginsel*

Vaktherapie richt zich op jongeren met een hoge score op de aanwezigheid van de betreffende RISC of SAVRY-factor (criminogene factor), bij wie sprake is van een midden of hoge recidivekans.

Kortom: de doelgroep van de interventie bestaat uit jongeren

- tussen 12 en 21 jaar
- die verblijven in een JJI of Jeugdzorg Plus instelling op basis van de titel jeugddetentie, PIJ-maatregel of Machtiging Gesloten Jeugdzorg
- met een gemiddeld of hoog risico op recidive (gemeten via de SAVRY of RISC)
- die problemen hebben met zelfbeeld, de emotie, de interactie en/of de cognitie (klinisch oordeel op basis van dossier)
- die reactieve- en/of proactieve agressie vertonen (te meten via *Reactive-Proactive Aggression Questionnaire*)

2.6.3 Selectie van de doelgroep

De selectie voor deelname aan vaktherapie betreft drie selectie-stappen:

- Inclusie/exclusie voor vaktherapie
- Selectie voor een bepaald medium
- Selectie voor een individuele interventie dan wel een groepsinterventie

In - en exclusie voor vaktherapie

De selectie van jongeren voor het inzetten van vaktherapieën vindt plaats op basis van het dossier, resultaten op de SAVRY (voor 12-18 jarigen) of de RISC (voor 19-21 jarigen) en resultaten op de Reactive-Proactive Aggression Questionnaire. Zij moeten voldoen aan de volgende kenmerken:

- Opgenomen in gesloten setting (JJI of GJ)
- Leeftijd 12 t/m 21 jaar
- Jongens en meisjes
- Geen ondergrens voor IQ
- De jongere van 12 t/m 18 jaar is middels de SAVRY getaxeerd op een gemiddeld of hoog recidiverisico
- De jongere van 19 t/m 21 jaar is middels de RISC getaxeerd op een gemiddeld of hoog recidiverisico
- Uit de voorgeschiedenis van en dossiervorming over de jongere blijkt dat sprake is van problemen met betrekking tot het zelfbeeld, de emotie, de interactie en/of de cognitie
- Op de SAVRY of RISC blijkt deze problematiek daarnaast uit het volgende:
 - Voor 12 t/m 18 jaar: een beoordeling hoog op tenminste drie van de volgende risicofactoren van de SAVRY: omgang met delinquente leeftijdgenoten; afwijzing

door leeftijdgenoten; ervaren stress en copingvaardigheden; negatieve opvattingen; riskant gedrag/impulsiviteit; problemen bij omgaan met boosheid; gebrek aan berouw, empathie; aandachtstekort-hyperactiviteitsprobleem

- Voor 19 t/m 21 jaar: minimaal de volgende scores op Schaal 2 van de RISC:
 - Op item 2.2 een 'ja' op vraag b of c (geweld of dreigingen met geweld), en
 - Op item 2.8 een 'ja' op vraag d (aanleiding tot delict is de emotionele toestand, w.o. boosheid), en
 - Op item 2.11 een score 2 (ja) op item a (delicten zijn onderdeel van een patroon).
- Een minimale score van 11.32 op de factor *reactieve agressie* van de *Reactive-Proactive Aggression Questionnaire* (RPQ; Raine e.a., 2006; Van Domburgh & Popma, 2003). Deze waarde is afgeleid van het gemiddelde ($M = 7.14$) plus de standaarddeviatie ($SD = 4.18$) zoals die gevonden zijn voor adolescente jongens in de Pittsburgh Youth Study (zie Raine e.a., 2006)
- Een maximale score van 6.26 op de factor *proactieve agressie* van de *Reactive-Proactive Aggression Questionnaire* (RPQ; Raine e.a., 2006; Van Domburgh & Popma, 2003). Deze waarde is afgeleid van het gemiddelde ($M = 2.79$) plus de standaarddeviatie ($SD = 3.47$) zoals die gevonden zijn voor adolescente jongens in de Pittsburgh Youth Study (zie Raine e.a., 2006)
- De jongere is voldoende gemotiveerd voor deelname aan vaktherapie. De motivatie blijkt uit het intakegesprek met de behandelend gedragswetenschapper. Blijkt de motivatie te gering voor deelname, dan kan ervoor worden gekozen om eerst een traject in te zetten in het kader van motivatieverhoging, waarna instroom alsnog kan worden gezien
- De jongere heeft voldoende strafresistant van minmaal een half jaar vanaf de start van de interventie.

Jongeren met de volgende kenmerken kunnen niet worden geïndiceerd voor de vaktherapie:

- Leeftijd buiten de range 12 t/m 21 jaar
- Er is geen sprake van problemen met betrekking tot het zelfbeeld, de emotie, de interactie en/of de cognitie
- Jongeren met een laag recidive risico zoals gemeten met de SAVRY of de RISC
- Jongeren (12-18 jaar) met een beoordeling hoog op minder dan drie van de volgende risicofactoren van de SAVRY: omgang met delinquente leeftijdgenoten; afwijzing door leeftijdgenoten; ervaren stress en copingvaardigheden; negatieve opvattingen; riskant gedrag/impulsiviteit; problemen bij omgaan met boosheid; gebrek aan berouw, empathie; aandachtstekort-hyperactiviteitsprobleem of een beoordeling hoog op andere dan de genoemde risicofactoren
- Jongeren (19-21 jaar) met de volgende scores op Schaal 2 van de RISC:
 - Op item 2.2 een 'nee' op vraag b of c (geweld of dreigingen met geweld), en/of
 - Op item 2.8 een 'nee' op vraag d (aanleiding tot delict is de emotionele toestand, w.o. boosheid), en/of

- Op item 2.11 een score 1 (nee) op item a (delicten zijn onderdeel van een patroon).
- Een lage mate van reactieve agressie zoals blijkt uit een score lager dan 11.32 op de factor reactieve agressie van de RPQ (Raine e.a., 2006)
- Een hoge mate van proactieve agressie zoals blijkt uit een score hoger dan 6.26 of hoger op de factor proactieve agressie van de RPQ (Raine e.a., 2006)⁶
- Sterke psychopathische trekken zoals blijkt op de *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 1991), specifiek de jeugdversie (De Ruiter, Kuin, De Vries, & Das, 2002)
- Jongeren die verslaafd zijn en onvoldoende grip hebben op hun verslaving, te beoordelen door de gedragswetenschapper in de inrichting

Selectie per medium

De vorige passage betreft de algemene indicaties die gelden voor de verschillende vaktherapieën. Datgene wat de disciplines verbindt – werken aan de kerngebieden vanuit een ervaringsgerichte/belevingsgerichte benadering – is sterker dan datgene wat hen onderscheidt. Ervaringsgericht/belevingsgericht werken houdt in dat sprake is van een bottom-up proces in plaats van een top-down proces. De cognitie komt na de ervaring (zie daarvoor het volgende hoofdstuk).

Alle vaktherapieën zijn in staat met de vier kerngebieden te werken. Veel praktijkinstellingen kunnen vooralsnog niet beschikken over alle vier de vaktherapieën en daarom wordt de jongere geïndiceerd voor de vaktherapie die ter plekke beschikbaar is. Dit maakt een verdere specifieke indicatiestelling veelal niet nodig.

Toch is het wel mogelijk per vaktherapeutische discipline iets specifieker aan te geven welke jongeren uit deze doelgroep in het bijzonder in aanmerking komen voor een bepaalde vorm van vaktherapie.

Indicaties Muziektherapie

Welke kerngebieden vooral:

In eerste instantie zelfbeeld, in tweede instantie emotie. Het zelfbeeld komt vanzelfsprekend aan de orde door de productgerichte benadering die aansluit bij de wens van de jongeren. Van daaruit komt emotie aan bod omdat muziek een vanzelfsprekend appel doet op de emotionele beleving. De andere twee kerngebieden worden in mindere mate als uitgangspunt genomen. Zij komen wel ook aan de orde.

Eigenschappen jongeren:

- Jongeren die een laag zelfbeeld hebben
- Jongeren die zich niet graag blootgeven
- Jongeren die moeite hebben met het delen van hun emoties en gevoelens

⁶ Wat betreft de exclusie van proactieve agressie en psychopathische trekken moet een voorbehoud gemaakt worden omdat er wel interventies van vaktherapeuten beschikbaar zijn die inzetbaar zijn bij pro-actieve agressie en psychopathische trekken. Binnen de onderhavige interventies wordt hier echter niet op gefocust.

- Jongeren die door middel van zingen, een instrument bespelen en/of muziek beluisteren toegang hebben tot hun ervaringen
- Jongeren voor wie muziek een expressie is van hun identiteit
- Jongeren die aan een muzikaal product gericht willen werken
- Jongeren waarbij de interactie met een ander belangrijk is

Indicaties Dramatherapie

Welke kerngebieden vooral:

Emoties, interactie en zelfbeeld.

Eigenschappen jongeren:

- Jongeren die baat hebben bij spelenderwijs loskomen om te kunnen en durven voelen
- Jongeren die baat hebben bij het kunnen werken met situaties die zowel net-echt als doen-alsof zijn
- Jongeren die baat hebben bij het ontwikkelen van de toeschouwerrol in zichzelf en zo meer zelfcontrole verwerven
- Jongeren die baat hebben bij het leren over zichzelf in directe confrontatie met het eigen gedrag, het gevoel en gedachten
- Jongeren die baat hebben bij het werken in een veilige oefensituatie waarin concreet gedrag wordt uitgetoetst en getraind
- Jongeren die onderscheid kunnen maken tussen spel en werkelijkheid of dit onderscheid kunnen leren
- Jongeren die baat hebben bij fysiek spel en lichaamsgericht werken
- Jongeren die affiniteit hebben met drama, toneel of spel
- Jongeren die baat hebben bij het in direct contact met een ander kunnen experimenteren

Indicaties Dans-bewegingstherapie

Welke kerngebieden vooral:

Zelfbeeld en emotie.

Eigenschappen jongeren:

- Jongeren die een relatief lage drempel hebben om iets met hun lichaam en beweging te doen
- Jongeren waarbij de interactie met een ander belangrijk is en er vaak weinig variatie in gedrag vertoond wordt (bv. altijd stoer doen)
- Jongeren die respectloos met fysieke grenzen van zichzelf en/of de ander omgaan
- Jongeren die problemen hebben met het uiten en/of reguleren van emotie, speciaal agressie
- Jongeren die een niet-realistisch zelfbeeld hebben of zichzelf slecht kunnen inschatten

Indicaties Beeldende therapie

Welke kerngebieden vooral:

Beeldende therapie wordt het meest ingezet bij zelfbeeld en emotie. Maar ook met betrekking tot interactie en cognitie heeft beeldende therapie een rol.

Eigenschappen jongeren:

- Jongeren die door middel van symboliek in beeldend werk ervaringen kunnen uiten
- Jongeren die behoefte hebben aan het ervaren van continuïteit (hetgeen mogelijk is omdat het beeldend werkstuk blijft bestaan)
- Jongeren die baat hebben bij visuele ondersteuning (picto's, en dergelijke)
- Jongeren waarbij de interactie met zichzelf via het beeld belangrijk is

Indicaties Psychomotorische Therapie

Welke kerngebieden vooral:

PMT wordt ingezet bij de kerngebieden zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie.

Eigenschappen jongeren:

- Jongeren die weinig zicht hebben op hun problematiek
- Jongeren die problemen ervaren in de lichaamsbeleving
- Jongeren die problemen hebben met het uiten en/of reguleren van emoties
- Jongeren die affiniteit hebben met bewegen en/of lichaamsgerichte activiteiten
- Jongeren die in de interactie met anderen weinig weerbaar zijn en moeite hebben in het aangeven van grenzen
- Jongeren die een niet realistisch zelfbeeld hebben of zichzelf slecht kunnen inschatten

Selectie voor groepsinterventie of individuele interventie

Of de behandeling individueel of groepsgewijs wordt aangeboden hangt af van de hulpvraag, de behandelstrategie en de behoefte van de jongere aan bijvoorbeeld structuur, veiligheid, sfeer en de mate waarin hij in een groep kan functioneren. In de individuele setting kan de vaktherapeut door de afstemming van de therapeutische alliantie, de doelen en werkvormen op het individu (denk aan aandacht en bekrachtiging) beter zorg dragen voor de individuele behoeften van de jongere.

2.6.4 Doel en programmadoelen

Vaktherapie heeft als doel om de onderscheiden dynamisch criminogene factoren zodanig te beïnvloeden, dat de (kans op) recidive afneemt. Vaktherapie heeft daarbij gekozen voor een onderscheid in vier kerngebieden zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie. Vaktherapie richt zich op jongeren in de gesloten setting die met problemen op deze kerngebieden hebben te kampen. Een irreëel zelfbeeld, starre en vooral inadequate emotiepatronen, starre interactiepatronen en cognitieve schema's zijn de risicofactoren die probleemgedrag en delinquent gedrag kunnen veroorzaken. Vaktherapie probeert zowel de tekorten en problemen op deze kerngebieden te verminderen als de protectieve factoren te versterken.

Door op deze kerngebieden werkzaam te zijn, beïnvloedt de vaktherapie de dynamisch criminogene factoren die tot de kerngebieden behoren.

De hieruit voortvloeiende *algemene programmadoelen* of *kerndoelen* van de vaktherapie zijn:

- versterken van een reëel zelfbeeld
- beter kunnen omgaan met emoties
- verbeteren van de interactie
- veranderen van disfunctionele cognities.

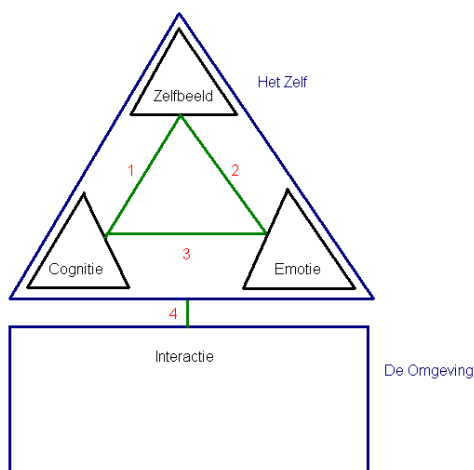
Specifieke doelen binnen de vaktherapie worden geformuleerd door een algemene probleemanalyse op te stellen van de problematiek (indien dit niet al gedaan is). Vervolgens wordt in overleg met het team en de jongere gekozen op welk (probleem)gebied men zich zal richten en hier vervolgens duidelijk omschreven doelen bij te formuleren. De accenten in doelstellingen kunnen hierbij verschillend zijn voor de verschillende media. Voorbeelden van specifieke doelen zoals die bijvoorbeeld bij agressieregulatieproblematiek geformuleerd zouden kunnen zijn:

- Het tijdig kunnen stoppen van steeds toenemende woede door het onderkennen en reguleren van emoties zoals woede bij sociale problemen (emotie). Dit blijkt uit een afname van agressieve incidenten en het vaker weglopen bij conflictsituaties.
- Het verbeteren van relaties met de omgeving door het innemen van niet dominante posities en positieve interactie (interactie). Dit blijkt in therapie uit het samenwerken en samenspelen binnen het medium met de therapeut en groepsgenoten waarbij gelijkwaardigheid wordt ervaren en uitgesproken en er wederzijdse aanpassing waar te nemen is. Buiten de therapie blijkt dit uit een vermindering van conflicten en het vaker ondernemen van activiteiten met groepsgenoten.
- Het uitbreiden van het repertoire aan niet-agressieve oplossingen in conflictsituaties en het toepassen daarvan (interactie). Dit blijkt uit een afname van agressieve incidenten.

2.6.5 Verbondenheid van kerngebieden

In de praktijk van de vaktherapie worden de kerngebieden niet uiteengerafeld en los van elkaar behandeld. Er wordt gebruik gemaakt van vaktherapeutische methoden, werkvormen en technieken die tegelijkertijd meerdere kerngebieden kunnen beïnvloeden. Zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie hangen nauw met elkaar samen. Dit wil zeggen dat bepaalde activiteiten het zelfbeeld activeren met bijbehorende emoties, interactiepatronen en cognities. Welk kerngebied het sterkst wordt aangeraakt en opgeroepen, bepaalt welke doelstellingen, werkvormen en technieken op dat moment voorrang krijgen. In de praktijk werkt de vaktherapeut dus met een combinatie van doelen uit verschillende kerngebieden, maar zal hij op bepaalde momenten aan bepaalde doelen meer aandacht besteden.

De kerngebieden hebben een samenhang, zijn interactief en kunnen tijdens het therapieverloop verschuiven in voor- of achtergrond. Dit kan schematisch worden verhelderd met het model van Deklerck (2004). Deklerck heeft een cyclisch-systemisch kader ontwikkeld voor de analyse van de sociale,



in het bijzonder de criminologische, werkelijkheid. De basisgedachte van de cyclische benadering is dat de sociale werkelijkheid zich ontplooit in cyclische processen. Deelelementen zijn systemisch verbonden als complementaire tegengestelden in een permanente spanning tussen 'integratie' en 'desintegratie', 'opbouw' en 'afbraak'. Cycliciteit is ook waar te nemen in sociale processen, waaronder het wordingsproces van delinquentie en het herstel van delinquentie. Delinquentie wordt in dit model gezien als onverbondenheid tussen het zelf (als geheel) en de omgeving. Het herstel betekent een proces van psychische integratie.

Jongeren die verbondenheid ervaren putten hieruit groeikracht, zelfvertrouwen en levenszin(geving). Deze jongeren voelen zich uitgedaagd door wat zich in en om hen afspeelt. Ervaringen van verbondenheid voeden hun inlevingsvermogen en laten hen van binnen-uit (!) groeien naar een respectvolle houding. Zowel de band met zichzelf (welbevinden), de band met anderen, de band met school en samenleving (betrokkenheid en participatie) wint aan inhoud en kwaliteit.

De groene lijnen in het model (bij de cijfers 1,2, 3 en 4) representeren de verbondenheid tussen de verschillende kerngebieden. Het ontbreken van één of meerdere lijnen heeft effect op het gehele model. Zo heeft ook de behandeling gericht op één van de kerngebieden effect op het hele 'Zelf'. Verbondenheid ontstaat alleen als tussen twee kerngebieden congruentie bestaat. Bijv. een bepaalde cognitieve opvatting ondersteunt de huidige emotie en andersom. Als diezelfde cognitieve opvatting en bijbehorende emotie echter niet congruent is aan de omgeving, ontbreekt de verbinding van het zelf naar de ander. Doel is dus verbondenheid te creëren tussen alle vier de kerngebieden

Subdoelen van de vaktherapie zijn:

1. *Verbondenheid ontwikkelen tussen de Cognities en het Zelfbeeld*

De cognities over het zelfbeeld zijn reëel en congruent. Opvattingen ondersteunen daarbij een positief en reëel zelfbeeld en zijn gericht op het oplossen van problemen die zowel op de korte als de lange termijn een positieve invloed hebben op het zelfbeeld (en daarmee indirect ook op de omgeving). Het zelfvertrouwen en zelfbeeld zijn andersom dusdanig dat sturing kan worden aangebracht in de eigen cognities.

2. *Verbondenheid ontwikkelen tussen het Zelfbeeld en Emoties*

Emoties dragen bij aan een positief zelfbeeld, andersom zorgt zelfvertrouwen en zelfkennis voor een prettige zelfbeleving. Emoties worden herkend als eigen en er bestaat voldoende zelfinzicht om verantwoording te nemen voor de eigen emoties en daaruit voortvloeiend gedrag (verbondenheid Zelf en Omgeving).

3. *Verbondenheid ontwikkelen tussen de Emoties en Cognities*

Binnen de twee kerngebieden bestaat voldoende zelfsturend vermogen zodat disfunctionele denkgewoonten (zoals emotioneel redeneren) weinig kans krijgen. De emoties en cognities sluiten op elkaar aan en kunnen elkaar in positieve zin sturen.

4. *Verbondenheid ontwikkelen tussen het Zelf en de Omgeving (Interactie)*

Op het moment dat er verbondenheid bestaat binnen het Zelf (emotie-cognitie-zelfbeeld) kan er verbondenheid ontstaan tussen het Zelf en de Omgeving (Interactie). Als deze verbondenheid problemen oplevert moet er binnen het Zelf iets veranderen aan een kerngebied.⁷

Verbondenheid ontstaat door verantwoording te nemen en zicht te krijgen op de gevolgen van het eigen gedrag voor zichzelf en anderen, hierop te reflecteren en het eigen gedrag bij te sturen. Het eigen handelen wordt daardoor afgestemd op de omgeving, is congruent en verbonden met de omgeving.

2.6.6 Doelen, werkwijzen, methoden, werkvormen en technieken per kerngebied

Hoe gaat de vaktherapie op de kerngebieden te werk? Wat zet de vaktherapie hierbij in?

Om hier inzicht in te geven, beschrijven wij in deze subparagraaf per kerngebied de voor alle vaktherapieën overkoepelende kerndoelen en subdoelen, werkwijzen, methoden, werkvormen en technieken⁸. Voor een goed begrip hiervan gaan we eerst in op de terminologie om te verduidelijken wat we verstaan onder werkwijze, methode, werkvorm en gehanteerde technieken binnen de vaktherapie. Hierbij sluiten wij aan bij het Handboek Creatieve Therapie⁹.

⁷Voorbeeld; Een jongere vindt dat hij het recht heeft (cognitie verbonden met zelfbeeld) om een cd te stelen uit een winkel, omdat hij zich rot voelt (emotioneel redeneren; cognitie verbonden met emotie) en hij zich beter voelt als hij zijn lievelingsmuziek luistert (zelfbeeld verbonden met emotie). De drie Kerngebieden binnen het Zelf zijn in de beleving van de jongere congruent en ondersteunen elkaar. Het probleem doet zich voor in de onverbondenheid tussen het Zelf en de Omgeving (Interactie). Hij houdt geen rekening met anderen en ook niet met de gevolgen voor zichzelf. Om tot totale verbondenheid te komen (en daarmee afname van delinquentie) moeten de drie Kerngebieden binnen het Zelf veranderen en daarmee ook de verbondenheid tussen die Kerngebieden opnieuw tot stand worden gebracht. Zo kan het voor komen dat problemen in het Kerngebied Interactie veroorzaakt worden door een onverbondenheid tussen het Zelfbeeld en Cognitie. Vaktherapie spreekt in het hier en nu alle vier de kerngebieden aan en maakt gebruik van vitality affects om tot verbondenheid en congruentie (flow) te komen tussen de kerngebieden, wat tot uiting komt in de handelingen in het medium (het Zelf en de Omgeving).

⁸ Deze dienen als overkoepelend kader en zijn ontleend aan de resultaten van het pilotonderzoek (Smeijsters, van den Braak, Helmich, Reumers & van der Wekken, 2009). In de afzonderlijke handleidingen per medium worden kerndoelen, subdoelen, werkwijzen, methoden, werkvormen en technieken specifiek voor elk medium uitgewerkt.

⁹ Bron: Smeijsters (2008).

Werkwijzen

Vaktherapeutische werkwijzen zijn categorieën van met elkaar samenhangende doelstellingen. Deze geven de algemene richting aan die de vaktherapeut opgaat.

Voorbeelden van werkwijzen zijn:

- Supportieve werkwijze

De vaktherapeut werkt aan doelstellingen als: verbeteren van de emotionele aanpassing, bereiken van een emotioneel evenwicht, verstevigen van de bestaande afweer en ontwikkelen van controlemechanismen, alsook zelf-actualisatie (ontdekken en ontwikkelen van de eigen mogelijkheden).

Binnen deze categorie is de volgende onderverdeling mogelijk:

- Steunend: creëren van ontspanning en veiligheid, handhaven van het evenwicht, afstand nemen van klachten (niet direct therapeutisch).
- Pragmatisch structurerend: herstel van het evenwicht en beperken van de invaliderende gevolgen van de stoornis (een veelheid van technieken, rekening houdend met de beperkte tijd en mogelijkheden van de cliënt).

- Palliatieve werkwijze

Doelstellingen die tot deze categorie behoren zijn bijvoorbeeld: het verminderen van psychosomatische klachten, het verzachten van lichamelijke pijn en verliesverwerking.

- Ortho(ped)agogische / ontwikkelende werkwijze

Deze categorie van doelstellingen richt zich op zaken als: verbeteren van de motoriek, verbeteren van de spraak, vergroten van de aandacht en concentratie, stimuleren van het geheugen, stimuleren van doelgericht werken, verbeteren van de sociale vaardigheden en leren omgaan met emotionaliteit.

- Re-educatieve werkwijze

Onder deze categorie vallen trainingsgerichte doelstellingen zoals het leren uiten en reguleren van emoties, het afremmen van impulsief gedrag, grenzen leren trekken, verstevigen van het zelfbeeld en doelstellingen afgestemd op het verkrijgen van een beter inzicht in (ten dele bewuste) intra- en interpsychische conflicten en de verwerking hiervan.

De categorie kent de volgende onderdelen:

- Directief klachtgericht: gericht op klachtenreductie (kortdurend, protocollair)
- Focaal inzichtgevend: inzicht krijgen in en verwerken van een specifiek probleem (rekening houdend met begrensde mogelijkheden in de tijd)

- Reconstructieve / Inzichtgevende-plus- werkwijze

Deze categorie bevat doelstellingen die afgestemd zijn op het bewust maken van onbewuste psychische inhoud, ervaringen en conflicten die vaak een oorsprong hebben in het verleden. De cliënt bepaalt zijn eigen tempo en thema's. Het centrale doel is inzicht te verwerven in de aard en oorzaak van de problematiek en het van daaruit toewerken naar een herstructurering van de persoonlijkheid.

Methode

Een vaktherapeutische methode heeft als kenmerken dat ze:

- afgestemd is op de problematiek van de cliënt,
- doelmatig is en toewerkt naar een duidelijk einddoel,
- regelmatig plaatsvindt (er zijn meerdere sessies),
- samenhang vertoont (de interventies staan niet los van elkaar),
- gefaseerd is: een begin, een behandelingsfase en een afbouw kent,
- een groter geheel van werkvormen omvat,
- gebaseerd is op bepaalde methodische uitgangspunten (wat je moet doen om mensen te veranderen),
- eenzelfde integrale aanpak van (verschillende) problemen impliceert.

Werkvormen

Onder een werkvorm wordt een concrete activiteit verstaan waarbij de cliënt samen met medecliënten en/of de vaktherapeut in een medium of naar aanleiding van een handeling in een medium aan het werk is. Door middel van een werkvorm wordt een therapeutische subdoelstelling nagestreefd.

Voorbeelden van dergelijke werkvormen in verschillende media zijn:

- de thematische improvisatie in de muziektherapie,
- het spelen van een mythe in de dramatherapie,
- aanschijderen in de beeldende therapie
- het werken met een bewegingsmetafoor in de dans- en bewegingstherapie.

Therapeutische technieken

Een therapeutische techniek is een enkele kortdurende handeling door de vaktherapeut in het medium of verbaal, voor, tijdens of na het werken in het medium, waarmee de vaktherapeut bij de cliënt een onmiddellijke reactie uitlokt of zijn onmiddellijke beleving probeert te beïnvloeden.

Binnen een werkvorm kan de vaktherapeut verschillende therapeutische technieken toepassen.

Voorbeelden van technieken¹⁰ zijn:

- synchroniseren
- confronteren
- reflecteren

¹⁰ Therapeutische technieken moeten niet verward worden met technieken met betrekking tot het medium zelf (zoals het maken van een monotype in de beeldende therapie of het spelen van een gebroken akkoord in de muziektherapie).

Kerngebied zelfbeeld

Kerdoel: Versterken van een reëel zelfbeeld

Subdoelen:

- Verstevenigen van het zelfrespect / eigenwaarde
- Vergroten van het zelfvertrouwen (bijvoorbeeld door het opdoen van positieve lichamelijke ervaringen)
- Realistischer naar jezelf en de eigen vaardigheden/ probleemgedrag leren kijken
- Vergroten van het inzicht in wat je zelf veroorzaakt/ kunt beïnvloeden
- Voor jezelf opkomen en tegelijk afgestemd op de ander handelen (assertief)
- Problemen leren oplossen, copingstrategieën mbt probleemsituaties uitbreiden

Werkwijzen

- *Supportief*: stabiliseren, steunen en activeren
- *Ortho(ped)agogisch*: ontwikkelen van zelfinzicht, zelfgevoel, zelfbeeld
- *Re-educatief*: veranderen van zelfinzicht, zelfgevoel, zelfbeeld en het daaruit voortvloeiende probleemgedrag
- *Palliatief*: het verminderen of terugdringen van psychosomatische klachten

Methoden

- *Psychotherapeutisch*
 - Rogeriaanse psychotherapie
 - Cognitieve gedragstherapie
 - Schematherapie
- *Specifieke modellen*
 - Competentiemodel
- *Vaktherapeutisch*
 - Analoge-procesmodel

Werkvormen¹¹

- Werkvormen gericht op eigenheid
 - Werkvormen die de autonomie vergroten
 - Jezelf met behulp van een onderwerpenlijst, als dier of een andere metafoor zoals een voorwerp, landschap, e.d. in het medium uitdrukken
 - Lieve-lingsrollen of statusrollen in het medium spelen (op basis van kenmerken en verlangens van de jongere)
 - Kwaliteitenspel

¹¹ De kopjes van de werkvormen komen niet overeen met de subdoelen. Hiervoor is gekozen omdat werkvormen bij meerdere doelen inzetbaar zijn.

- Jezelf een veilige/prettige plek (of rol/functie) en een vervelende/onprettige plek (of rol/functie) in het medium geven
- Spiegelen van jezelf door de ander
- Werkvormen afgestemd op de mogelijkheden en interesses van de jongere
- Werkvormen die leiden tot succeservaringen
- Realistische situaties uit verleden, heden of de toekomst uitwerken en daarna reflecteren (over het probleemgedrag)
- Werkvormen met betrekking tot ruimtegebruik in het medium: ruimte verkennen, ruimte innemen, vergroten, verkleinen
- Werkvormen waar binnen het medium gebruik wordt gemaakt van video- of fototechnieken om het zelfbeeld te ontwikkelen en hierover te reflecteren
- Improviseren en experimenteren
 - Werkvormen ter vergroting van de assertiviteit in het medium
 - Werkvormen die een jongere in eerste instantie niet zou (willen) uitvoeren, maar die (met de nodige structuur) toch haalbaar blijken
 - Werkvormen waarbij de jongere in het medium de gelegenheid krijgt zich te uiten conform zijn mentale leeftijd (zoals het klieren met verf, hutten bouwen, met knuffels spelen enz.)
 - Dezelfde activiteit in het medium herhaaldelijk uitvoeren, maar de rollen van de spelers veranderen en laten ervaren hoe het eigen gedrag verandert en hoe de tegenspeler hierop reageert en mee verandert

Technieken

- *Supportief*
 - Stabiliseren: de vaktherapeut intervineert verbaal en in het medium zodanig dat de jongere tot rust komt
 - Steunen: de vaktherapeut creëert ontspanning en veiligheid
 - Activeren: de vaktherapeut activeert de jongere tot deelname aan en het continueren van activiteiten
- *Ortho(ped)agogisch*
 - Afstemmen: de vaktherapeut stemt zijn verbale en mediumgedrag af op de mogelijkheden van de jongere
 - Reflecteren: de vaktherapeut ondersteunt de jongere na afloop van de mediumactiviteit bij het reflecteren
- *Re-educatief*
 - Ombuigen: de vaktherapeut buigt verbaal en in het medium het gedrag van de jongere om in de richting van nieuw positief gedrag
 - Ontlokken: de vaktherapeut ontlokt verbaal en in het medium ander gedrag bij de jongere
 - Bekrachten: de vaktherapeuten bekrachtigt verbaal en non-verbaal nieuw positief gedrag en de persoon van de jongere

- *Palliatief*
 - o De vaktherapeut stimuleert de jongere zich bewust te worden van fysiologische en emotionele reacties op traumatische (verdrongen) herinneringen
 - o De vaktherapeut biedt steun en troost zodat de emotionele pijn die de jongere ondergaat, verzacht wordt

Kerngebied Emotie

Kerdoel: Beter kunnen omgaan met emoties

Subdoelen:

- (H)erkennen van emoties
- Vergroten van het gedragsrepertoire met betrekking tot het uiten van emoties (emotionele copingvaardigheden)
- Bewustwording van / differentiëren van gradaties binnen één emotie
- Bewustwording van (lichamelijke) kenmerken bij het oplopen van een emotie / spanning
- Verbeteren van de zelfbeheersing (zelfcontrole en frustratietolerantie vergroten, impulsiviteit verminderen)
- Vergroten van de stemmingsregulatie
- (Rouw / trauma) verwerking

Werkwijzen

- *Supportief*: verbeteren emotionele aanpassing, emotioneel evenwicht bereiken en ontwikkelen van controlemechanismen voor emoties
- *Ortho(ped)agogisch*: ontwikkelen van emotionele vaardigheden
- *Re-educatief*: uiten en reguleren van emoties, vergroten frustratietolerantie
- *Palliatief*: emotionele pijn (rouw) verzachten

Methoden

Psychotherapeutisch

- Rogeriaanse psychotherapie
- Cognitieve gedragstherapie
- Mentaliserende therapie
- Schematherapie

Vaktherapeutisch

- Analoge-procesmodel
- Lichaamsgerichte & bewegingsgerichte methoden

Werkvormen

- Emotioneel speelse werkvormen
 - o Een spelgericht aanbod waarbij het gaat om raden, kopiëren, uitbeelden en plezier beleven (ontspannen zijn zonder dit expliciet als doel van de werkvorm te maken)
 - o Afwisselen tussen emotioneel afstandelijke en zeer intensieve mediumwerkvormen

- Werkvormen gericht op de waarneming zodat de jongere in het hier en nu blijft en niet emotioneel overspoeld raakt door herbeleving en niet extreem dissocieert
- Eenzelfde mediumactiviteit in verschillende emoties uitwerken
- Emotioneel verdiepende werkvormen
 - Een bepaalde emotie verder doorwerken door er verschillende werkvormen voor in te zetten (bijv. het maken van verhalen, raps/songteksten of gedichten)
 - De mediumactiviteit benaderen vanuit verschillende emotionele ingangen zoals:
 - de vier basisemoties (bang, boos, blij, bedroefd)
 - de vier elementen (aarde, water, lucht en vuur)
 - archetypen (de held, het kind, de moeder, de wijze)
 - werken met (structurerende) voorbeelden zoals afbeeldingen, gezichtsuitdrukkingen, collages, fotoreportages en/of muziekstukken om de verschillen tussen de emoties te verduidelijken
 - Traumatische ervaringen in het medium vormgeven (bijv. door het werken met tableaux vivant, geleide fantasie, verteltheater)
 - De koppeling leggen tussen lichaamssignalen en de emotie: zweten e.d. (tijdens werkvormen in het medium lichaamssignalen benoemen en koppelen aan emoties)
- Werkvormen specifiek gericht op ontladen en reguleren van boosheid en agressie
 - Binnen het medium spanning (woede) opwekken en gecontroleerd laten afvloeien:
 - door een te moeilijk/frustrerend mediaaanbod te doen
 - door te werken met realistische (probleem)situaties
 - door emoties inzichtelijk te maken met emotiethermometers, gradatietrappen (het koppelen van diverse situaties aan verschillende punten op een oplopende lijn) en dergelijke
 - de jongere leren zichzelf gerust te stellen en te kalmeren, door bijvoorbeeld ritmes, herhaling in beweging, mandela's e.d.
 - Psycho-educatie:
 - verschillen tussen agressie, boos zijn, kracht gebruiken toepassen
 - n.a.v. bovenstaande opdrachten uitleg geven over de emoties en het ontstaan en de functie van bijvoorbeeld boosheid en angst
- Lichaamsgerichte werkvormen
 - Werkvormen waarbij lichaamssignalen concreet benoemd of gespiegeld worden
 - (Ont)spanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen en dergelijke

Technieken

- *Supportief*
 - Afstemmen: de vaktherapeut stemt zijn verbale en mediumgedrag af op de emotie van de jongere
 - Stabiliseren: de vaktherapeut handelt verbaal en in het medium zodanig dat de jongere emotioneel tot rust komt

- Activeren: de vaktherapeut activeert de jongere tot deelname aan en het continueren van activiteiten
- *Ortho(ped)agogisch*
 - Afstemmen: de vaktherapeut stemt zijn verbale en mediumgedrag af op het emotionele ontwikkelingsniveau en de mogelijkheden van de jongere
 - Assimileren: de vaktherapeut neemt emotionele uitingen van de jongere in het medium over
- *Re-educatief*
 - Structureren: de vaktherapeut leidt en begeleidt in het medium zodanig dat de jongere kaders krijgt waardoor hij zich emotioneel veilig voelt
 - Stimuleren: de vaktherapeut stimuleert de jongere verbaal en in het medium eigen emoties te uiten
 - Ombuigen: de vaktherapeut buigt verbaal en in het medium de emoties van de jongere om
 - Ontlokken: de vaktherapeut daagt verbaal en in het medium de jongere uit andere emoties te exploreren
 - Bekrachtigen: de vaktherapeut bekrachtigt verbaal en in het medium de emotionele reacties van de jongere
 - Reflecteren: de vaktherapeut ondersteunt de jongere bij het reflecteren naar aanleiding van in het medium ervaren emoties
 - Actualiseren: de vaktherapeut benoemt emotionele ervaringen in het hier en nu en relateert deze ervaringen aan problematische emoties van de jongere
 - Generaliseren: de vaktherapeut relateert emotionele ervaringen in het medium aan problematische emoties buiten de therapie
 - Implementeren: de vaktherapeut geeft huiswerkopdrachten (gebaseerd op emotionele ervaringen in het medium) zodat de jongere de omgang met emoties op de afdeling kan oefenen
- *Palliatief*
 - De vaktherapeut stimuleert de jongere zich bewust te worden van fysiologische en emotionele reacties op traumatische (verdrongen) herinneringen
 - De vaktherapeut biedt steun en troost zodat de emotionele pijn die de jongere ondergaat, verzacht wordt

Kerngebied Interactie

Kerdoel: Verbeteren van de interactie

Subdoelen:

- Accepteren van de bijbehorende gezagsrelatie
- Leren omgaan met grenzen van zichzelf en die van de ander (ervaren, aangeven en respecteren)
- Vergroten van het vertrouwen in een ander
- (H)erkennen van non-verbaal gedrag

- Empathie vergroten
- Uitbreiden sociale vaardigheden
- Verbeteren van de (non-)verbale communicatie
- Het inzicht in eigen interactiepatronen vergroten
- Vergroten van het gedragsrepertoire en handelingsbekwaamheid m.b.t. verschillende interactieposities

Werkwijzen

- *Supportief*: reageren overeenkomstig de situatie, verstevigen van de bestaande afweer, ontwikkelen van controlemechanismen
- *Ortho(ped)agogisch*: verbeteren van sociale vaardigheden, veranderen van gedrag, vergroten van de gerichtheid op de ander, leren dragen van verantwoordelijkheden, leren samenwerken, zich in een ander kunnen inleven
- *Re-educatief*: verbeteren van de realiteitsoriëntatie, verbeteren van de sociale interactie en de inter-persoonlijke vaardigheden, grenzen leren trekken, veranderen van probleemgedrag in de interactie, uitbreiden van het gedragsrepertoire

Methoden

Psychotherapeutisch

- Cognitieve gedragstherapie
- Directieve therapie
- Systeemtherapie
- Rogeriaanse psychotherapie
- Schematherapie

Specifieke modellen

- Sociaal competentiemodel
- Interactiewijzer

Vaktherapeutisch

- Analoge-procesmodel

Werkvormen

- Werkvormen gericht op het jezelf positioneren in de interactie
 - o Tijdens de interactie in het medium een eigen ruimte creëren, op een positieve manier ruimte innemen
 - o In het medium oefenen met verschillende interactieposities
 - o In het medium afstand en nabijheid ervaren door opdrachten gericht op grenzen
- Werkvormen gericht op leiden en samenspelen
 - o Verschillende posities in het medium in uitersten uitvoeren en samenwerken aan hetzelfde doel (met tegenstrijdige posities)
 - o In competitievorm/spelvorm een opdracht uitvoeren
 - o De ander leiden, in het medium een opdracht geven

- Werkvormen in het medium die er op gericht zijn het vertrouwen in de ander te vergroten
- Werkvormen gericht op het nadoen en begrijpen van de ander
 - In het medium op een positieve manier contact maken en oefenen met verschillende manieren van contact maken (non-verbaal, verbaal, fysiek)
 - In het medium de rollen omdraaien en je verplaatsen in een ander
 - De ander spiegelen, volgen, nadoen in het medium
 - Realistische interactiesituaties uit verleden, heden of de toekomst uitwerken
- Werkvormen gericht op in het medium experimenteren met interactie
 - Dezelfde opdracht verschillende keren uitvoeren en komen tot andere uitkomsten
 - In het medium gedragsexperimenten uitvoeren: van te voren voorspellen hoe het gaat verlopen, of het ook anders kan, de opdracht uitvoeren en erop reflecteren
- Materialen uit het medium gebruiken en ervaren dat verschillend materiaal een verschillend beroep doet op de jongere (zwaar/licht materiaal, onbekend/gestructureerd, saai/grappig).
M.a.w.: dmv verschillend materiaal in het medium ervaren dat de buitenwereld invloed heeft op het eigen handelen/ervaren

Technieken

- *Supportief*
 - Activeren: de vaktherapeut activeert de jongere tot deelname aan en het continueren van groepsactiviteiten
- *Ortho(ped)agogisch*
 - Afstemmen: de vaktherapeut stemt zijn verbale en mediumgedrag af op de interactiemogelijkheden van de jongere
 - Assimileren: de vaktherapeut vraagt de jongere zich te houden aan de sociale regels en geeft hem een sociale rol die hij aankan
- *Re-educatief*
 - Ombuigen: de vaktherapeut buigt verbaal en in het medium het sociaal gedrag van de jongere om in de richting van meer gewenst gedrag
 - Ontlokken: de vaktherapeut ontlokt verbaal en in het medium ander sociaal gedrag
 - Reflecteren: de vaktherapeut ondersteunt de jongere na afloop van de mediumactiviteit bij het reflecteren over zijn sociaal gedrag
 - Bekrachtigen: de vaktherapeut bekrachtigt verbaal en in het medium constructief sociaal gedrag
 - Actualiseren: de vaktherapeut benoemt interacties in het hier en nu en relateert deze aan problematisch sociaal gedrag van de jongere
 - Generaliseren: de vaktherapeut relateert interacties in het medium aan problematische interacties buiten de therapie
 - Implementeren: de vaktherapeut geeft huiswerkopdrachten (gebaseerd op de interacties in het medium) zodat de jongere de omgang met interacties op de afdeling kan oefenen

Kerngebied Cognitie

Kerdoel: Veranderen van disfunctionele cognities

Subdoelen:

- Verbeteren van de waarneming
- Bevorderen van concentratievermogen
- Disfunctionele cognities (h)erkennen
- Disfunctionele cognities omzetten in functionele cognities
- Gedrag van anderen juist leren interpreteren (objectief versus subjectief)
- Eigen aandeel zien in ontstane conflicten (rolwaarneming), om verandering te realiseren
- Verantwoordelijkheid nemen voor eigen handelen
- Verbeteren van opvattingen, waarden en normen, die criminaliteit of geweld goedpraten
- Leren structureren

Werkwijzen

- *Supportief*: steunen, aanmoedigen, ontdekken, waarnemen wat onbekend is
- *Ortho(ped)agogisch*: ontwikkelen van cognitieve vaardigheden
- *Re-educatief*: verbeteren van de realiteitsoriëntatie, oplossen van bewuste innerlijke conflicten, veranderen van disfunctionele cognities, moreel besef bijstellen
- *Reconstructief*: onbewuste schema's expliciteren

Methoden

Psychotherapeutisch

- Cognitieve gedragstherapie
- Schemagerichte therapie
- Directieve therapie

Vaktherapeutisch

- Analoge-procesmodel

Werkvormen

- Werkvormen gericht op plannen vooraf
 - Voorafgaand aan een opdracht de jongere laten vertellen hoe hij denkt dat hij de opdracht gaat uitvoeren (dit naderhand evalueren)
 - Vooraf gedragsalternatieven in het medium plannen
 - Vooraf nadenken over de structuur van de mediumactiviteit
 - Wat stelt het voor, wat zijn de kenmerken
 - Met behulp van teksten, poëzie, beeldende kunst, visies, fantasie, metafoor, symbool etc.
 - Verschillende uitkomsten bedenken (aan hetzelfde verhaal/muziekstuk een eigen/ander einde maken)
 - Personen, zaken, emoties, situaties en gedachten vooraf grafisch weergeven

- Uit het voorhanden zijnde aanbod een voor zichzelf verantwoorde keuze maken en deze motiveren
- Werkvormen gericht op disfunctionele cognities
 - Binnen het medium scènes spelen/uitbeelden en uitwerken aan de hand van de vijf G's (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag, gevolg)
 - Door middel van scènes in het medium verschillende cognities op waarheid testen
 - Conflictsituaties (waarneming/opvatting) uitbeelden in het medium en mogelijkheden ontdekken t.a.v. eigen aandeel
 - Werkvormen gericht op het even “pauze/afstand” nemen van disfunctionele “last”gedachten. M.a.w. de jongere ervaart voor korte tijd geen nare/dwang/irrationele/disfunctionele gedachten door op te gaan in de ervaring tijdens de mediumactiviteit
- Werkvormen gericht op cognitief bewustzijn tijdens de mediumactiviteit
 - Werkvormen die tijdens de mediumactiviteit expliciet een beroep doen op concentratie tijdens de mediumactiviteit
 - Werkvormen die tijdens de mediumactiviteit expliciet een beroep doen op het geheugen
 - Werkvormen gericht op het tijdens de mediumactiviteit bewust leren structureren
 - Werkvormen waarbij tijdens de mediumactiviteit functionele cognities worden toegepast
- Werkvormen gericht op inzicht achteraf
 - Beoordelen of wat vooraf gepland werd ook daadwerkelijk werd uitgevoerd
 - Het eigen gedrag analyseren in relatie tot karakter en intentie van deelname aan het (groeps)proces
 - Laten ervaren dat verschillende mensen verschillend waarnemen
 - Onderscheid maken tussen objectief en subjectief waarnemen
 - Observatieoefeningen (beschrijven, niet oordelen)
 - Bespreken van de eigen mediumactiviteit aan de hand van objectieve observatielijsten (kenmerken van de vormgeving in het medium) en subjectieve observatielijsten (mooi, lelijk, chaotisch, saai, enz.)
 - Reflecteren naar aanleiding van de interactie in het medium
 - Tijdens de interactieopdrachten benoemen wat je doet en hoe het voelt
 - Na afloop de interactieopdracht bespreken, benoemen wat er gebeurd is en inzicht krijgen in zichzelf en de ander
 - Ervaringen onder woorden brengen
 - Terugkoppelen van de hoeveelheid positieve prikkels die tijdens de mediumactiviteit ervaren werd
 - Na de activiteit in het medium bekijken wat er goed ging (bijvoorbeeld m.b.v. videobeelden)
 - Na de activiteit in het medium reflecteren over wie wat veroorzaakt en beïnvloed heeft en de bedoeling van anderen

- Werkvormen gericht op het eerlijk of oneerlijk zijn, waarbij oneerlijk gespeeld mag worden, maar waarbij de jongere zich bewust wordt van wat de voor- en nadelen zijn van eerlijk/oneerlijk zijn
- Huiswerkopdrachten die laten zien of de jongere in staat is het geleerde zelf toe te passen, te oefenen en te generaliseren. D.m.v. huiswerk de motivatie te verhogen het eigen veranderingsproces te bevorderen en te ontwikkelen

Technieken

- *Supportief*
 - Stabiliseren: de vaktherapeut helpt de jongere bij het objectiever waarnemen, interpreteren en evalueren van situaties die acute dreiging oproepen
- *Ortho(ped)agogisch*
 - Afstemmen: de vaktherapeut reikt bij een zwakke verbale ontwikkeling non-verbale middelen aan en stemt zijn taalgebruik en begrippen af op de cognitieve mogelijkheden van de jongere
 - Activeren: de vaktherapeut activeert de jongere tot het nadenken en praten over situaties
 - Structureren: de vaktherapeut leidt en begeleidt in het medium zodanig dat de jongere kaders krijgt waarbinnen hij cognitieve vaardigheden kan ontwikkelen
 - Aanmoedigen: de vaktherapeut moedigt de jongere aan om cognitieve aspecten van zijn problemen te uiten
 - Ontlokken: de vaktherapeut lokt verbaal en in het medium leersituaties uit, gerelateerd aan het ontwikkelen van cognitieve vaardigheden
- *Re-educatief*
 - Reflecteren: de vaktherapeut zet de jongere aan tot reflecteren over wat er in het medium gebeurd is
 - Ombuigen: de vaktherapeut gebruikt de ervaring in het medium om cognitieve disfuncties te beïnvloeden
 - Alternatieven bieden: de vaktherapeut gaat met de jongere een gestructureerde dialoog aan om alternatieve interpretaties te verwoorden
 - Bekrachtigen: de vaktherapeut bekrachtigt verbaal correcte interpretaties
 - Actualiseren: de vaktherapeut benoemt disfunctionele cognities in het hier en nu en relateert deze aan problematisch sociaal gedrag van de jongere
 - Generaliseren: de vaktherapeut relateert disfunctionele cognities aan problematische interacties buiten de therapie
 - Implementeren: de vaktherapeut geeft cognitieve huiswerkopdrachten zodat de jongere hiermee op de afdeling kan oefenen

2.6.7 Protectieve factoren

De vaktherapeutische interventies richten zich niet alleen op de risicofactoren op de vier kerngebieden, maar, zoals gezegd, ook op protectieve factoren.

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

Protectieve factoren vormen ook een buffereffect, waarmee bedoeld wordt dat in subgroepen met een hoog recidiverisico weinig en in subgroepen met een laag recidiverisico veel protectieve factoren aanwezig zijn.

De conclusie van Lodewijks (2008) is dat aandacht voor protectieve factoren een prominentere plaats in de behandeling gericht op de reductie van recidive zou moeten innemen. Bezien vanuit het idee van *probleemeigenaarschap* (Hutschemaekers e.a., 2006) stimuleren de vaktherapieën de sterke kanten van de cliënt, empoweren de cliënt door hem situaties te laten regisseren en vergroten het vertrouwen in eigen actorschap en het probleemoplossend vermogen.

Bij de vaktherapieën is sprake van een combinatie van individuele en sociale dynamisch criminogene factoren en protectieve factoren. Binnen de vaktherapieën wordt gewerkt met primaire, secundaire en tertiaire doelen (Smeijsters, 2005a). Secundaire en tertiaire doelen leveren een indirecte bijdrage aan de uitkomst en zijn vergelijkbaar met de protectieve factoren.

Zoals uit het navolgende blijkt kan vaktherapie leiden tot een positieve attitude, verminderde impulsiviteit, woederegulatie, vergroting van de empathie en volgzzaamheid. Door het ontspannen, speelse, veilige karakter van vaktherapie is sprake van een protectieve situatie met sterke sociale ondersteuning, sterke hechting waarin een positieve houding tegenover de interventie kan ontstaan.

Vaktherapieën werken in het bijzonder met *protectieve factoren* zoals:

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

HOOFDSTUK 3

VAKTHERAPIE: EEN NIET-COGNITIEVE INTERVENTIE

Henk Smeijsters

3.1 Inleiding

Vaktherapie is een overkoepelend begrip voor vijf interventies: beeldende therapie, dans-bewegingstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie (PMT).¹²

Vaktherapie richt zich op de vier kerngebieden die in Hoofdstuk 2 zijn genoemd¹³: zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie. Een irreëel zelfbeeld, starre emotiepatronen, starre interactiepatronen en disfunctionele cognitieve schema's zijn risicofactoren die probleemgedrag en delinquent gedrag kunnen veroorzaken. Vaktherapie probeert zowel de tekorten/ problemen op deze kerngebieden te verminderen als de protectieve factoren te versterken. Door op deze kerngebieden werkzaam te zijn beïnvloedt vaktherapie de dynamisch criminogene factoren die aan de kerngebieden gerelateerd zijn.

Vaktherapie is een niet-cognitieve interventie. In dit hoofdstuk komt aan de orde langs welke weg de vaktherapie veranderingen bewerkstelligt, met andere woorden: wat het veranderingsmodel van de vaktherapie. Tevens wordt ingegaan op therapieën waar vaktherapie verwantschap mee heeft en waarop zij een belangrijke aanvulling vormt. Zie ook Smeijsters, Kurstjens, Welten & Willemars (2011).

3.2 Een niet-cognitieve interventie

Bij cognitieve therapieën staan praten, denken en reflecteren centraal. Neuropsychologen hebben aangetoond dat de cognitieve benadering over het hoofd heeft gezien dat emoties en gevoelens ook los van cognities bestaan, niet alleen door cognities worden aangestuurd en op hun beurt cognities beïnvloeden (LeDoux, 1998; Damasio, 2003). Uit psychologisch onderzoek blijkt dat het 'onbewuste weten' bij het oplossen van problemen een belangrijke rol speelt (Dijksterhuis, 2007). Gedrag ontstaat zonder veel tussenkomst van gedachten en beslissingen. We hebben, aldus Lamme (2010), een verkeerd beeld van de invloed van het denken op ons gedrag. Mensen handelen zonder er bij na te denken. Door

¹² Voorheen – toen er alleen sprake was van de eerste vier media (beeldende therapie, dans-bewegingstherapie, dramatherapie en muziektherapie) – werd gesproken over creatieve therapie. Nu ook psychomotorische therapie (PMT) tot de vaktherapeutische interventies behoort, gebruikt men als overkoepelende term vaktherapie.

¹³ De kerngebieden in deze paragraaf zijn ontleend aan de resultaten van het pilotonderzoek (Smeijsters, van den Braak, Helmich, Reumers & van der Wekken, 2009).

een niet-cognitieve corticale reflex gaat het brein gewoon zijn gang. Of er ontstaat een niet-cognitieve gevoelstoestand die een situatie op een bepaalde manier inkleurt en een bijbehorend reactiepatroon activeert. In dit geval activeert het arousal systeem zichzelf, zonder dat daar een cognitief oordeel aan voorafgaat (Stern, 2010).

Deze onderzoeksresultaten uit de ontwikkelingspsychologie, neuropsychologie en psychologie leveren het bewijs dat er zich onder de oppervlakte van het bewuste denken veel afspeelt dat ons denken, voelen en handelen bepaalt. Daar waar het niet-cognitieve en non-verbale patronen betreft is verandering mogelijk en noodzakelijk door verschuivingen in het zogeheten 'impliciete weten' op te roepen. Deze verschuivingen leiden, zonder dat verbale en cognitieve doorwerking nodig is, tot nieuwe impliciete patronen (interne werkmodellen) die door het verschijnsel neuroplasticiteit nieuwe neurale verbindingen tot gevolg hebben (Vandermeulen e.a., 2008). We kunnen ook spreken van een 'bottom up' aanpak, in tegenstelling tot een 'top down' aanpak vanuit de cognities (Stern, 2010).

Recent hersenonderzoek (Crone, 2009) toont aan dat bij adolescenten de amygdala erg actief is met als gevolg dat emoties nog onvoldoende in bedwang worden gehouden door de cognities van de frontale cortex. Omdat tevens sprake is van een nog niet volledig ontwikkelde orbitofrontale cortex, die ligt op het grensvlak van emotie en cognitie, is onvoldoende sprake van 'somatische bestempeling' (Damasio, 2003). Dit wil zeggen dat adolescenten nog onvoldoende aanvoelen wat de juiste keuze is. Omdat de volwassene in veel complexe situaties niet genoeg tijd heeft om na te denken, vertrouwt hij op zijn 'gut feelings', die gestuurd worden door somatische stempels. Zoals eerder werd opgemerkt blijkt dat dit 'onbewuste weten' bij het oplossen van problemen een belangrijke rol speelt (Dijksterhuis, 2007). Adolescenten zijn daar nog niet zo goed in, ze kunnen gedrag niet cognitief reguleren, maar missen ook de 'gut feelings'. Waar volwassenen hun intuïtie gebruiken, zoeken adolescenten hun toevlucht tot langer nadenken. Maar het helpt niet echt. Ze krijgen geen 'gut feeling' door erover na te denken.

Kenmerkend voor de vaktherapie is dat zij langs niet-cognitieve en niet-verbale weg gedragsverandering nastreeft. Vaktherapieën doen veel minder een beroep op verbale en cognitieve vermogens en spreken in een spelmatige en ontspannen ambiance het doorvoeld handelen aan. De ontspannen sfeer leidt tot ontspanning bij cliënten, laat cliënten zichzelf zijn, nodigt hen uit tot handelen en geeft hen de mogelijkheid iets te kunnen. Vaktherapie is geschikt om een ingang te krijgen, weerstand te doorbreken en gebrek aan motivatie weg te nemen. Het gevolg is dat de aandacht voor het gebeuren en de motivatie om van de gebeurtenis gebruik te maken toeneemt.

Als verbale en cognitieve benaderingen aanvulling behoeven kunnen de vaktherapieën in deze gewenste aanvulling voorzien (Bernstein, Arntz & De Vos, 2007). Vaktherapieën werken door te handelen in het medium in op de interne werkmodellen die samenhangen met affectregulatie. Vaktherapieën roepen in spelsituaties, affectgeladen handelingen op en bieden de cliënt de gelegenheid tijdens de handeling in het medium het gevoel van actorschap te verwerven waardoor interne werkmodellen kunnen veranderen. Zelf actor worden leidt bij de cliënt tot het zelf kunnen oplossen van problemen en ervaren hoe dit voelt (empowerment).

3.3 De werking van vaktherapie

Bij de verklaring hoe vaktherapie verandering teweeg kan brengen spelen de volgende begrippen een rol:

- Interne werkmodellen en impliciet weten
- Kernzelfervaringen en vitality affects
- Werken in het medium
- Positieve ervaringen in het medium
- Empowerment
- Analogie

Interne werkmodellen en impliciet weten

Vanaf de eerste levensjaren worden als gevolg van interactiepatronen tussen ouders en kind ervaringen in de vorm van non-verbale patronen in het geheugen opgeslagen. Deze patronen bevatten zintuiglijke waarnemingen, ervaren emoties en handelingen en hun doorleefde betekenis (Van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008). Zo worden bijvoorbeeld angstige herinneringen in de hersenen op een bepaalde non-verbale manier gecodeerd (Greenwald, 2002; Cohen, Mannarino, Deblinger, 2008). Het is een impliciete, non-verbale, niet-cognitieve mentale activiteit, die zich automatisch voltrekt en die in de gehechtheidstheorie *intern werkmodel* wordt genoemd. Er bestaat een nauwe samenhang tussen deze werkmodellen en de affectregulatie. Stern spreekt bij vroegkinderlijke ervaringen tijdens interacties met de omgeving over *RIGs* (Representations of Interactions that have been Generalized). Hij noemt het de temporele 'sound bites' van het mentale leven en geeft daarmee aan hoe belangrijk non-verbale aspecten zijn. Visuele, auditieve en tactiele non-verbale informatie speelt een doorslaggevende rol bij het ontstaan van impliciete patronen. Het in de cognitieve gedragsliteratuur benoemde *schema*, is meer cognitief van aard (Zevalkink & Van Dam, 2007). Belangrijk is dat dergelijke vroegkinderlijke patronen non-verbaal van aard zijn en dat zij blijven bestaan (Stern, 2010). Daardoor zijn zij verbaal en cognitief moeilijk toegankelijk. Disfuncties zijn verankerd op een onbewust niveau waaraan geen cognities te pas komen (Den Boer, 2007).

De conclusie die we hieruit kunnen trekken is dat er experiëntiële therapieën nodig zijn die van invloed zijn op non-verbale en niet-cognitieve impliciete vormen van weten (Arntz & Bögels, 2000). Impliciete, niet-cognitieve, non-verbale uitwisseling, het impliciete relationele weten, de 'resonantie' met de ander – gebaseerd op visuele, auditieve, tactiele en lichamelijke processen – blijkt in de therapie van doorslaggevend belang. 'Szenisches Verstehen' ontstaat niet door het 'zeggen', maar door het 'doen', niet door het 'vragen en antwoorden', niet door 'wat' de cliënt vertelt, maar 'hoe' hij het vertelt (Zevalkink & Van Dam, 2007).

Kernzelfervaringen en vitality affects

Vaktherapieën doen door middel van de activiteiten in het medium (beeldend, dans-beweging, drama, muziek, psychomotorisch) een appel op het niet-cognitieve, gevoelsmatige, intuïtieve weten dat in de neuropsychologie aangeduid wordt als *kernzelf* (Damasio, 2003). Binnen het kernzelf bepalen de *vitality*

affects (Stern, 2000, 2010) de vorm die de kernzelfervaring aanneemt. Vitality affects zijn gekenmerkt door een patroon in de tijd dat tot stand komt door de combinatie van parameters zoals tempo, ritme, intensiteit, groeperingsvorm, beweging en aantal. Deze patronen van de vitality affects in het kernzelf vertonen grote overeenkomst met de vormgevende processen in de media die in de vaktherapieën gebruikt worden. Vitality affects van het kernzelf komen in het kunstzinnig medium op *analoge* wijze tot expressie (Smeijsters, 2008a/2010; 2008b/c). Analooq wil hier zeggen dat er overeenstemming bestaat tussen de vormen waarin gevoelens in het kernzelf optreden (de vitality affects) en kunstzinnige vormen. Bij analogie is er sprake van een fictieve situatie (de gebeurtenis in het medium), die echter in staat is reële kernzelfervaringen op te roepen. Er is sprake van een middengebied tussen ‘in vivo’ en ‘in vitro’ (zie ook Johnson, 2009). Juist deze combinatie is veilig en daardoor drempelverlagend.

De cliënt kan in vormgevende activiteiten in het medium dezelfde vitality affects ervaren die optraden bij gebeurtenissen in het verleden en die zich nadien als patronen (interne werkmodellen, impliciet weten) in hem verankerd hebben. Uiten, herkennen, doorvoelen en beïnvloeden van de vitality affects die aan de patronen ten grondslag liggen tijdens de vormgeving in het medium is essentieel voor de vaktherapieën. In het medium worden de patronen non-verbaal, niet-cognitief en gevoelsmatig ervaren, en zichtbaar en hoorbaar geuit. Er wordt in concreet gedrag mee gespeeld en geëxperimenteerd. Door in het medium bezig te zijn ontstaan ervaringen in het kernzelf.

Als in veel gevallen het bewuste denken niet overeenkomt met wat ons daadwerkelijk bepaalt, is het van belang het kernzelf de ruimte te geven. Daarvoor is een situatie nodig die het onbewuste denken de tijd geeft (Dijksterhuis), die door awareness in het present moment tegengaat dat we de ervaring gaan bedenken en uitleggen (Stern), die mogelijk maakt dat we voelend en intuïtief kunnen weten en handelen (Damasio).

Werken in het medium

Beeldende therapie, dans-bewegingstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie werken met werkvormen die de cliënt uitnodigen zichzelf in de werkvorm te uiten en – door hun vormgeving te veranderen – zichzelf te veranderen. De vaktherapie werkt dus met middelen die anders zijn dan waar de klinisch psycholoog gebruik van maakt. De klinisch psycholoog plaatst de cliënten niet in een mediumactiviteit om verandering te bewerkstelligen. De vaktherapeut ontmoet de cliënt in het medium. Daardoor is het mogelijk cliënten actief bezig te zien, hun gedrag, gevoel en denken op een speelse manier ter plekke te beïnvloeden. Kenmerkend voor vaktherapeuten is dat zij werken ‘in’ het medium (beeldend, dans-beweging, drama, muziek, psychomotorisch) en daarbij de cliënt aanzetten tot handelen en ervaren. Vaktherapeuten stimuleren mensen tot verandering door in het nu van het medium te zoeken naar andere mogelijkheden.

Vaktherapeuten laten de cliënt niet-bedacht, intuïtief, ervarend, improviserend, experimenterend, spelend, handelend en ontdekkend bezig zijn. Werken in het medium betekent dus ‘niet-denkend’ bezig zijn, je handelend overgeven aan het *present moment* (Stern, 2004) op basis van intuïtie, zonder ‘vooroverleg’.

Bezig zijn in het medium voert de cliënt gevoelsmatig mee. Zonder gedachten, uitleg en interpretaties voelt de cliënt in zijn kernzelf wat er gebeurt. Er ontstaat een gevoelsmatig bewustzijn van gebeurtenissen. Kernzelfervaringen worden weerspiegeld in de mediumprocessen en mediumprocessen zijn in staat oude en nieuwe kernzelfervaringen op te roepen.

Vaktherapie betekent vormen op je laten inwerken, spelen met vormen en intuïtief in de vormen ontdekken hoe je anders kunt handelen en voelen. Door het ondergaan van nieuwe, positieve ervaringen verandert het emotionele welzijn.

De niet-verbale en niet-cognitieve ervaringen in het present moment kunnen het beste in een ander medium dan de taal uitgedrukt worden. Vaktherapie werkt door in het medium in het present moment kernzelfervaringen te activeren. Vaktherapie biedt de mogelijkheid in te spelen op het kernbewustzijn omdat de niet-cognitieve patronen van het kernbewustzijn in mediumpatronen vorm krijgen en woordloze communicatie mogelijk maken. Vaktherapeuten werken in het present moment waarbij de cliënt zich handelend overgeeft aan het medium. De vormen die daarbij ontstaan roepen zonder vooroverleg, niet-bedacht, niet-talig, gevoelsmatig, intuïtief vitality affects in het kernzelf op. De vitality affects van het kernzelf vinden een analoge uitdrukking in het medium. De vaktherapie laat de cliënt improviserend en experimenterend handelen en nieuwe ervaringen opdoen. Na de activiteit in het medium kan de cliënt door te reflecteren met gedachten, begrippen en woorden proberen te vatten wat er in het kernzelf gebeurde.

Positieve ervaringen in het medium

Therapeutische verandering in de vaktherapie treedt op doordat cliënten in het medium nieuwe gedragsalternatieven ontdekken die de ervaringen van het kernbewustzijn beïnvloeden. De gedragsalternatieven worden verinnerlijkt. De ervaringen kunnen vervolgens input zijn voor cognitieve reflectie. Hoe belangrijk deze cognitieve reflectie ook is, op de eerste plaats staat de niet-cognitieve verankering in het kernbewustzijn en het ontstaan van nieuwe, positieve emotionele schema's. Met name dit laatste is zeer belangrijk: van binnen ervaren dat je positief kunt voelen. Het onderzoek van Lyubomirsky (2007) maakt duidelijk dat teveel nadenken (tobben) schadelijk is en dat het consequent en aanhoudend oproepen en ondergaan van positieve ervaringen leidt tot psychische gezondheid. In therapie en ook daarbuiten moet dus niet de uitleg en het inzicht vooropstaan, maar het opgaan in positieve ervaringen. Zij kunnen op het niveau van het kernzelf de negatieve ervaringen vervangen.

In de vaktherapie ontdekt de cliënt in het medium nieuwe mogelijkheden voor zichzelf. Door in het medium anders vorm te geven gaat hij anders handelen en voelen. Dat lukt niet zomaar, want veel cliënten zitten vast in cognitieve en emotionele schema's. De vaktherapeut probeert de cliënt te verleiden zich over te geven aan het medium en daarin te experimenteren met anders handelen. Lukt dit, dan verandert de ervaring, het voelen en in het kielzog hiervan het denken over zichzelf en de wereld. In de vaktherapie vormt het echt kunnen voelen hoe het anders kan de centrale schakel naar psychische gezondheid.

Bij vaktherapie gaat het niet zozeer om het vervangen van het verkeerd denken door het anders denken, maar om het stoppen met denken. Vaktherapie komt tegemoet aan de uitgangspunten van de positieve

psychologie en positieve psychiatrie (Lyubomirsky, 2008; Delleman, 2009). Deze psychologie en psychiatrie legt, toegespitst op de vaktherapie, sterk de nadruk op de volgende zaken:

- Stop met denken
- Ga iets doen dat je helemaal in beslag neemt
- Neem aandachtig waar wat er in het medium gebeurt (awareness)
- Dompel jezelf onder in het medium (flow)
- Ontmoet de ander in het medium op het niveau van het kernzelf (niet cognitief, niet verbaal)
- Doe in het medium hier-en-nu (met elkaar) positieve ervaringen op

Empowerment

‘Negatieve psychiatrie’ heeft als kenmerken dat zij focust op oorzaken en de cliënt door een interventie van stoornissen probeert af te helpen op basis van gestandaardiseerde evidence based behandelproducten en richtlijnen (Delleman, 2009). Onderzoek uit de positieve psychologie en positieve psychiatrie toont aan dat zelf doelen stellen, zelf de regie nemen, zelf problemen oplossen, voortbouwen op sterke punten en bij jezelf optimisme kweken een sterke therapeutische werking heeft (Lyubomirsky, 2008; Delleman, 2009). Het gaat om *mentale veerkracht* en het versterken van competenties. We kunnen ook spreken van *probleemeigenaar* worden (Hutschemaekers e.a., 2008). Van probleemeigenaarschap is sprake als de cliënt de situatie herinterpreteert, het probleem verkleint, zijn sterke kanten versterkt, *empowerment* voelt door vertrouwen in eigen actorschap, het eigen probleemoplossend vermogen activeert en situaties regisseert.

Probleemeigenaarschap is ook een belangrijk element in het *wraparound-model* waarbij professionals en personen uit het netwerk samen met de cliënt interventies ontwerpen (Hermanns, 2009; Hermanns & Menger, 2009). Deze visie sluit aan bij *protectieve factoren* zoals de veerkrachtige persoonlijkheid.

De conclusie die hieruit volgt is dat het denken in stoornissen met daarbij passende standaardinterventies aangevuld kan worden met een therapievorm waarbij therapeut en cliënt samen op zoek gaan naar de kracht van de cliënt om problemen te beschrijven, te accepteren en aan te pakken. De regie en verantwoordelijkheid komt sterker bij de cliënt te liggen die niet langer in afhankelijkheid de interventie door de therapeut ondergaat, maar zichzelf verantwoordelijk gaat voelen voor de probleemformulering en probleemoplossing.

Vaktherapieën kunnen, naast het feit dat zij een directe invloed hebben op psychische stoornissen (emotioneel en cognitief) die een rol spelen bij crimineel gedrag, door de spelmatige en creatieve benadering de empowerment, mentale veerkracht en het probleemeigenaarschap van jongeren versterken.

Analogie

In de vaktherapie zijn de ervaringsgerichte situaties de spil van de behandeling en bovendien zijn de ‘enactments’ binnen de vaktherapie geen letterlijke herhalingen van het gebeuren buiten de therapie. Het zijn spelsituaties die als een analogie van het dagelijks leven gehanteerd worden (Smeijsters, 2008a/2010; 2008b/c). Kenmerkend voor deze spelsituaties is dat de context verschilt, maar dat het kernzelf op

dezelfde manier wordt aangesproken. Juist deze combinatie van 'anders en toch hetzelfde' maakt het mogelijk dat cliënten zich openen voor ervaringen. Door dit verschil kunnen cognitief georiënteerde therapieën en vaktherapie elkaar goed aanvullen.

Van buiten naar binnen

Werken aan de kerngebieden in het medium roept hetzelfde gedrag, hetzelfde voelen en denken op dat buiten de instelling tot het delict heeft geleid. De vaktherapeut biedt werkvormen in het medium aan die tot gevolg hebben dat de jongere geconfronteerd wordt met problematische gedragingen, gevoelens en gedachten. Als de jongere geconfronteerd wordt met zichzelf in het medium ondersteunt de vaktherapeut hem bij het onderkennen van de overeenkomst tussen het gedrag, voelen en denken in het medium met hoe hij daarbuiten ageert.

Van binnen naar buiten

De jongere leert in het medium hoe hij zich anders kan gedragen, anders kan voelen en denken. Het geleerde in het medium wordt gegeneraliseerd als de jongere wat hij in het medium leert ook daarbuiten gaat toepassen. Omdat het in het medium over hetzelfde gedrag gaat, dezelfde gevoelens en gedachten is de relatie met wat buiten de therapie gebeurt goed te leggen. De vaktherapeut stimuleert de jongere de gedragsalternatieven die hij in de therapie geleerd heeft, buiten toe te passen. Daardoor is de afname van crimineel gedrag waarschijnlijk.

Van buiten naar binnen en van binnen naar buiten, aan de hand van een voorbeeld

Neem als voorbeeld een situatie waarbij een jongere in een conflict met een ander zijn kwaadheid niet in toom kan houden en de ander slaat. De muziektherapeut kan in een muzikale werkvorm waarbij hijzelf en de jongere op twee verschillende drumstellen spelen een muzikale improvisatie starten waarbij hij begint met muzikaal volgen, maar geleidelijk overgaat tot het muzikaal dwarsbomen van de jongere. Door op andere momenten te versnellen en te verlangzamen, een ander ritme te kiezen, sterker of zachter te spelen een andere indeling (frasering) te hanteren, kan hij de jongere uit zijn muzikale evenwicht brengen. De muzikale parameters (tempo, ritme, dynamiek, vorm) van de muziektherapeut provoceren de jongere en maken hem kwaad, zeker als dit vooraf niet de afspraak was. Tijdens het muziek maken komt de jongere tot muzikaal verzet dat hij bijvoorbeeld uit door met twee stokken tegelijk keihard en strak op trommels en bekkens te gaan slaan en met zijn voet forse meppen op de base drum te geven. Hij mobiliseert zijn lichamelijke kracht en probeert zo de muziek van de muziektherapeut er onder te krijgen. Gelijk op met zijn 'muzikale geweld' voelt de jongere hoe kwaadheid zich van hem meester maakt, vooral als de muziektherapeut zich niet snel gewonnen geeft. Deze muzikale situatie is vergelijkbaar met situaties buiten de muziektherapie waar de jongere geconfronteerd wordt met een ander die niet doet wat hij wil. Door met de muzikale situatie te experimenteren wordt de jongere zich bewust van wat er in de muziek, zijn lichaam en zijn gevoel gaande is en ontdekt hij spelenderwijs mogelijkheden om zo te reageren dat zijn kwaadheid hem niet overrompelt en het spel volledig uit de hand loopt. Zich in de muziek staande leren houden, het lichaam en het gevoel beteugelen wordt het doel van de muziektherapie. De muziektherapeut legt vervolgens de verbinding tussen het muzikale spel in de therapie en de escalatie buiten de therapie en spreekt met de jongere af dat deze het gedrag en gevoel dat hij in de muziektherapie ervaren heeft om zijn innerlijke kwaadheid te beteugelen buiten de muziektherapie gaat toepassen.

Samengevat

Vaktherapie:

- Doet een appel op het *kernzelf*
- Brengt *vitality affects* van het kernzelf op analoge wijze in het medium tot expressie
- Brengt *vitality affects* in het *present moment* tot expressie
- Leidt bij de cliënt tot gevoelsmatige *awareness* van wat er in hem zelf in het present moment gebeurt
- Laat de cliënt ervaren hoe de *vitality affects* in zijn kernzelf daardoor kunnen *veranderen*

Overkoepelende vaktherapeutische doelen die hieruit afgeleid worden zijn:

- In contact komen met dat wat zich in de cliënt zelf en tussen de cliënt en anderen niet-cognitief en niet-verbaal afspeelt
- Kernzelfervaringen in het present moment in het medium vormgeven en creëren
- Problemen in het medium vormgevend oplossen

3.4 Vaktherapie en andere psychotherapieën

Deze paragraaf gaat in op therapieën waar vaktherapieën verwantschap mee tonen en waarop zij een belangrijke aanvulling vormen¹⁴. Vaktherapieën sluiten aan bij experiëntiële technieken die in de schemagerichte therapie en dialectische gedragstherapie worden ingezet. Dergelijke experiëntiële technieken zijn gericht op het ervaren en uiten van emoties die samenhangen met (vroegere) situaties (Van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008). Bij vaktherapieën is het accent op de non-verbale en niet-cognitieve aspecten, de gerichtheid op voelen en handelen zeer sterk.

Onderzoek wijst uit dat bij cliënten met beperkte verbale en cognitieve vaardigheden vaktherapieën een nuttige aanvulling zijn op of zelfs een alternatief zijn voor *schemagerichte therapie* (Bernstein, Arntz & De Vos, 2007). Ook de *dialectische gedragstherapie* (Linehan, 1996) blijkt voor sommige cliënten nogal abstract. Er is dan een aanpak nodig die op een minder abstract niveau denken en voelen bij elkaar brengt (Smeijsters, 2007).

3.4.1 Schemagerichte therapie

In de *cognitieve gedragstherapie* gaat het om het leren herkennen van emoties en reguleren van gedrag door het leren van nieuwe – niet agressieve – oplossingsgerichte vaardigheden. Binnen de cognitieve gedragstherapie gaat de aandacht vooral uit naar disfunctionele cognities.

¹⁴ Deze paragraaf gaat met name in op therapieën die gerelateerd zijn aan de derde generatie cognitieve gedragstherapie en relevant zijn voor vaktherapie. Deze therapieën werden ook genoemd in Hoofdstuk 2 onder de kerngebieden. Voor andere daar genoemde therapieën zoals de systeemtherapie en de rogeriaanse therapie wordt hier verwezen naar het Handboek Creatieve Therapie (Smeijsters, 2008) en andere handboeken.

Schemagerichte therapie vormt een aanvulling op de cognitieve therapie (Young, Klosko & Weishaar, 2005; Bernstein, Arntz en De Vos, 2007; Van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008). Het is een interactieve vorm van psychotherapie waarbij cognitieve gedragstherapie (cognitieve schema's), hechtingstheorie (niet-cognitieve interne werkmodellen), objectrelatietheorie en experiëntiële therapievormen met elkaar geïntegreerd zijn.

Het theoretisch model achter schemagerichte therapie is dat vanaf de eerste levensjaren ervaringen in de vorm van *schema's* in ons autobiografische geheugen worden opgeslagen. Schema's zijn hardnekkige, stabiele overtuigingen of verwachtingen die mensen op basis van vroegere ervaringen gevormd hebben. Zij fungeren als absolute waarheden die de waarneming en interpretatie in het heden sturen. Voorbeelden van schema's zijn: Emotionele verwaarlozing – Verlating – Wantrouwen/misbruik – Sociaal isolement/vervreemding – Minderwaardigheid – Mislukking – Afhankelijkheid/onbekwaamheid – Onderwerping – Zelfopoffering – Goedkeuring/erkenning zoeken – Meedogenloze normen/overmatig kritisch – Negativiteit/pessimisme. Dergelijke schema's gaan gepaard met non-verbale, zintuiglijke waarnemingen, emoties en handelingen en hun doorleefde betekenis.

Schema's ontstaan vanuit de wisselwerking tussen temperament, opvoedingsstijl en (soms) *traumatische ervaringen*. Vooral bij persoonlijkheidsstoornissen is sprake van traumatische gebeurtenissen zoals geweld of misbruik. Hoe ernstiger de traumatische gebeurtenissen, hoe rigider de schema's en hoe meer last iemand hiervan heeft.

Schema's zijn cognitief van aard. Zij resulteren in een *schemamodus*. Een schemamodus is een steeds wisselende, kortdurende, alles overheersende gemoedstoestand waar meerdere schema's aan ten grondslag liggen. Het is een manier van reageren als een schema wordt opgeroepen. Bernstein, Arntz en De Vos (2007) en Bernstein, De Vos en Arntz (2008) noemen de *beschermersmodi* (onthechte beschermers, boze beschermers, onthechte zelfsusser), het *kwetsbare kind* (vaak geblokkeerd door de beschermersmodus), het *impulsieve kind*, het *woedende kind* (vaak indirect geuit) en de *overcompensatiemodi* (pest- en aanvalmodus, bedrog en manipulatiemodus, roofdiermodus, overcontrolerende modus) als typisch voor forensische cliënten.

Als sprake is van geringere, maar niet te lage intelligentie (IQ > 80) richt de behandeling zich op schemamodi en niet op schema's omdat het heen en weer gaan tussen schema's en schemamodi verwarrend kan zijn (Van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008). In de schemagerichte therapie gaat het erom de *gezonde volwassene* te versterken. Men probeert disfunctionele gedachten te veranderen, emoties te laten verwerken en onaangepast gedrag om te zetten in aangepast gedrag. De therapeut compenseert met empathie, veiligheid, acceptatie van gevoelens en behoeften de traumatische voorgeschiedenis van de cliënt (*limited parenting*). Door middel van *imaginatie* (visualisatie, geleide verbeelding, geleide fantasie) worden beelden opgeroepen, in beeldend materiaal uitgedrukt en handelend, voelend en denkend herzien (*empathische confrontatie, rolomkering, gedragsexperimenten, rescripting, herinterpretatie*). Arntz en Bögels (2000) geven de volgende voorbeelden van imaginatie:

- situaties uit de kindertijd voor de geest halen, het bijbehorende gevoel vasthouden en in de fantasie het gedrag veranderen of iemand te hulp roepen

- psychodrama: ervaringen uit het verleden naspelen en anders interpreteren
- de ‘meerdere stoelen techniek’: op lege stoelen de belangrijkste personen of schemamodi van jezelf plaatsen en je daar tegen uitspreken

Bij de *imaginatietechniek* gaat het er om dat een gebeurtenis ervaren wordt alsof ze nu op dit moment plaatsvindt. Technieken als *rolomkering*, *gedragsexperimenten* en *rescripting* maken het mogelijk in de als reëel ervaren gebeurtenis anders te handelen en reageren (door de cliënt of therapeut).

Bij adolescenten zijn de schemamodi wel aanwezig, maar nog niet zo uitgekristalliseerd (Van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008). Van belang is goed in de gaten te houden wat bij deze levensfase past. Bij adolescenten is *limited parenting* extra belangrijk. Als de adolescent afspraken niet nakomt mag de therapeut niet vervallen in de rol van *straffende ouder* (Van Vreeswijk, Broersen & Nadort, 2008).

Schemagerichte therapie is overigens nog niet erkend binnen het justitieel werkveld.

Vaktherapie en schemagerichte therapie

Bepaalde interventies die in de schemagerichte therapie worden gebruikt, zijn vergelijkbaar met interventies die ingezet worden in de vaktherapieën. Toepassen van vaktherapie betekent een uitvergroting van deze interventies omdat de vaktherapieën deze interventies veel intensiever inzetten waardoor het gewenste effect op de schemamodi groter kan zijn. Het zijn vooral de *experientiële interventies* zoals *limited parenting*, *imaginatie*, *rolomkering*, de *meerstoelentechniek*, *gedragsexperimenten* en *rescripting* die de vaktherapie toepast.

Dit gebeurt binnen de kerngebieden van de vaktherapie. Deze liggen ten grondslag aan de schemamodi.

3.4.2 Dialectische gedragstherapie

De dialectische gedragstherapie (DGT) van Linehan (Linehan, 1996; Van den Bosch, 2007) verklaart psychische problematiek (vooral de borderline persoonlijkheidsstoornis) vanuit het onvermogen emotionele stimuli te reguleren. Doordat de omgeving van de cliënt emotionele reacties als ongepast beschouwde heeft de cliënt niet geleerd emoties te onderkennen, benoemen en verdragen. De therapie is erop gericht emoties wel te onderkennen, benoemen en accepteren. DGT kent net als de schemagerichte therapie veel cognitief gedragstherapeutische elementen, maar werkt toe naar een integratie van de *redelijke* geest (rationeel en logisch) en de *emotionele* geest. Typisch is dat er gewerkt wordt met *mindfulness*, het oproepen van een bewustzijns- of ervaringstoestand die de cliënt in staat stelt zijn emoties waar te nemen. Deze mindfulness heeft als doel:

- de aandacht vergroten
- emoties en gedachten integreren door ze te accepteren
- een gevoel van eenwording bereiken met zichzelf, de anderen en de omgeving

De dialectische gedragstherapie bestaat uit vier modules:

- *Kernoplettendheidsvaardigheden* met als doel baas leren worden over de eigen geest

- *Intermenselijke vaardigheden* met als doel leren vragen wat je nodig hebt, nee kunnen zeggen en leren omgaan met conflicten
- *Emotieregulatievaardigheden* met als doel emoties leren kennen, begrijpen en er mee om kunnen gaan
- *Crisisvaardigheden* met als doel een crisis te leren verdragen en het leven te accepteren zoals het is

Dialectische gedragstherapie is erkend binnen het justitieel werkveld.

Vaktherapie en dialectische gedragstherapie

Vaktherapie biedt door te werken in het medium de mogelijkheid emoties in het 'hier-en-nu' op te roepen, te ervaren, te accepteren en naderhand te benoemen. Door in het medium te handelen en ervaren leidt vaktherapie tot *mindfulness* en leert zij *kernoplettenheidsvaardigheden* aan. De doelstellingen van de vaktherapeutische kerngebieden emoties en interactie laten duidelijk zien dat de vaktherapieën de cliënt in het medium emoties laat ervaren en intermenselijke vaardigheden laat ontdekken en ontwikkelen.

3.4.3 Mentalisering bevorderende therapie

De mentalisering bevorderende therapie van Bateman en Fonagy (2004) vindt zijn oorsprong in de *gehechtheidstheorie*. Mentalisering is het kunnen nadenken over de eigen intenties en de intenties van anderen, het kunnen interpreteren van emoties en gedrag van anderen. Men gaat ervan uit dat van jongs af aan *innerlijke werkmodellen* ontstaan die de interactie met de hechtingspersoon representeren. De hechtingspersoon helpt het kind door een goede affectieve spiegeling (het affect uitbeelden) bij het mentaal representeren en daardoor reguleren van de emoties. Door zijn reactie laat de hechtingspersoon zien hoe hij de emotie van het kind opvat en helpt daarmee dat het kind zijn emotie als in een spiegel ziet. Door de ander beseft het kind dat de ander over het affect van het kind denkt en dat het kind over de ander kan denken.

Ontbreekt een goede affectieve spiegeling dan blijven primitieve vormen van 'niet-representeren' bestaan. In het ene geval identificeert het kind zijn innerlijke wereld volledig met de buitenwereld (de *equivalentiemodus*), beschikt het niet over ik-grenzen en voelt het zich zeer bedreigd. Alles wat zich buiten afspeelt staat gelijk aan jezelf, het is alsof een eigen identiteit ontbreekt. In het andere geval is er teveel alsof (de *doen alsof-modus*). Dan voelen innerlijke toestanden niet als echt en voelt de persoon zich leeg. Er is geen innerlijk en je speelt altijd een rol.

Bij mentalisering is de behandeling gericht op het realiseren van de integratie van equivalentie en alsof-modus. Dit gebeurt door het verbeteren van de representatie (reflectieve modus). De therapeut doet dit niet door onbewuste inhouden te interpreteren, noch door een louter cognitieve benadering. Affecten en mentale representaties worden tegelijk geactiveerd. De therapeut richt de aandacht continu op de mentale inhouden van de cliënt, dat wat deze denkt over de eigen intenties en de intenties van de therapeut.

Vaktherapie en mentalisering bevorderende therapie

In de vaktherapieën ontstaan tussen vaktherapeut en cliënt en tussen cliënten onderling in het medium nieuwe affectgeladen relaties. Werken in het medium betekent een voortdurend uiten van emoties in het 'hier-en-nu' waarop anderen reageren. Door een nieuwe affectieve spiegeling door de vaktherapeut en de medecliënten worden vastgeroeste affectieve werkmodellen losgeweekt en kunnen geleidelijk nieuwe werkmodellen in de cliënt verankeren. Al spelend in het medium leert de jongere enerzijds grenzen ontdekken en de equivalentiemodus los te laten en anderzijds zichzelf te laten zien en horen waardoor de alsof-modus doorbroken wordt. De cliënt wordt in het medium op een veilige manier uitgedaagd al spelend zichzelf te zijn en zich niet in een buitenkant, noch in een ander te verliezen.

3.4.4 Cognitieve gedragstherapie¹⁵

Cognitieve gedragstherapie (CGT) is gebaseerd op de leertheorie en cognitieve theorie en wordt zoveel mogelijk volgens evidence based principes uitgevoerd. De cognitieve theorie en leertheorie hebben een verschillende geschiedenis maar zijn in de loop van de jaren zo sterk naar elkaar toegegroeid dat deze onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn geraakt. Parallel hieraan zijn ook de beroepen van gedragstherapeut en cognitief therapeut steeds meer met elkaar vergroeid. (Korrelboom en Ten Broeke, 2004). Het samengaan van de vereniging van cognitieve therapie en gedragstherapie is hier een voorbeeld van.

Centraal binnen CGT staat de relatie tussen het (probleem) gedrag en de (problematische) cognitie. Het theoretisch uitgangspunt van CGT is dat een mens door operante en klassieke conditionering leert en dat deze grotendeels onbewuste kennis het gedrag continu aanstuurt. Gedrag wordt hierbij gezien als een zinvolle reactie op een betekenisvolle situatie. Dit houdt in dat een situatie onbewust betekenis wordt verleend¹⁶, dat deze betekenisverlening leidt tot een (re)actie en dat die (re)actie door de betekenisgeving van de persoon per definitie zinvol is, ook al kan dat op het eerste gezicht niet zo lijken. De betekenis die een mens aan een situatie verleent hangt samen met de leergeschiedenis van die persoon. (Bögel & Van Oppen, 1999; Korrelboom & Ten Broeke, 2004; Hermans e.a., 2007).

¹⁵ In deze paragraaf is de visie verwoord van Pijke Dijkema. Deze berust op de wijze waarop met name binnen de psychomotorische therapie aangesloten wordt bij cognitieve-gedragstherapie. Er bestaan overeenkomsten maar ook verschillen met de wijze waarop dit binnen beeldende therapie, dans-bewegingstherapie, dramatherapie en muziektherapie gebeurt.

¹⁶ 'Kennis' en 'betekenisverlening' worden hier gezien als 'onbewust', zoals beschreven binnen het bio-informatie-model, een belangrijk model binnen de huidige CGT. 'Betekenisverlening' wordt opgevat als de geconditioneerde respons (CR) die voortvloeit uit de relatie tussen ongeconditioneerde stimulus (UCS) en ongeconditioneerde respons (UCR). Het verlenen van 'betekenis' heeft dus te maken met de relatie die tussen de CS en UCS/UCR representatie wordt gelegd. De CR is de "logische" reactie die voortkomt uit de UCS/UCR representatie. Bijvoorbeeld: je wordt angstig als je een kale man hard hoort praten, omdat hij in jouw hersens automatisch wordt gekoppeld aan de man die destijds jouw moeder mishandelde, waardoor jij bang was dat je moeder zou sterven en jij het liefst heel ver weg zou vluchten. De betekenisgeving van de kale man die nu hard praat, vindt plaats doordat de CS wordt gekoppeld aan de stimulusrepresentatie, betekenisrepresentatie en responsrepresentatie. Op basis van die betekenis van de kale man die hard praat, vindt een automatische reactie plaats (angst, de behoefte tot vluchten). Dit zijn automatische processen die grotendeels onbewust plaatsvinden.

CGT richt zich op het beïnvloeden van de cognities en het gedrag waarbij uiteindelijk klachtreductie centraal staat. Doordat cognities en gedrag onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn, wordt er zowel op cognitief niveau als op gedragsniveau geïntervenieerd. Afhankelijk van de problematiek kan het accent binnen de therapie verschuiven tussen meer gedragsmatige en cognitieve interventies.

Het cognitief gedragtherapeutisch proces is onder te verdelen in drie fases: diagnostiek, interventie en afsluiting (Korrelboom & Ten Broeke, 2004). Tijdens de diagnostiekfase wordt de werkrelatie opgebouwd, informatie verzameld en een voorlopige probleemsamenhang en probleemanalyse gemaakt. (Hermans e.a., 2007). Naar aanleiding van de probleemanalyse wordt een hypothese over de problematiek en de bijpassende behandeling geformuleerd. Gedurende de behandeling zal deze hypothese worden getoetst d.m.v. registratieopdrachten, vragenlijsten en evaluatiegesprekken.

De interventiefase kenmerkt zich door een klachtgerichte benadering. Afhankelijk van de problematiek kunnen de interventies verschillen. De interventies kunnen grofweg onderverdeeld worden in:

- interventies die tot doel hebben disfunctionele verwachtingspatronen te doorbreken,
- interventies die tot doel hebben disfunctionele associaties te doorbreken,
- interventies die tot doel hebben vaardigheden te vergroten,
- interventies die tot doel hebben cognities direct te beïnvloeden (Korrelboom & Ten Broeke, 2004).

De afsluitfase van de CGT is over het algemeen relatief kort. Dit komt doordat CGT een klachtgerichte benadering heeft, de gemiddeld duur van CGT relatief kort is en vooral doordat de therapeutische relatie eerder een coachend contact is dan een overdrachtelijke werkrelatie (Korrelboom & Ten Broeke, 2004).

Vaktherapie en cognitieve gedragstherapie

Vaktherapie kenmerkt zich door het aanbod van experiëntiële werkvormen in een therapeutisch kader. Binnen vaktherapie worden de experiëntiële interventies onder andere vanuit een CGT kader aangeboden. Als voorbeeld kan de publicatie van Johnson (2009) dienen, die wijst op de volgende overeenkomsten tussen CGT en dramatherapie in de traumabehandeling:

- *Imaginaire exposure*, halverwege 'in vivo' en 'in vitro' exposure
- *Cognitieve herstructurering* door het spelen van rollen, het wisselen van rollen, modeling, restorying enzovoort.
- *Stress/angst management vaardigheden* door relaxatie
- *Versterken van de veerkracht (resilience enhancement)*, technieken zoals creativiteit, humor, spontaniteit, flexibiliteit en activiteit.
- *Psycho-educatie* die versterkt kan worden door creatieve vormen.

Dit voorbeeld is weliswaar beperkt is tot dramatherapie en traumabehandeling, maar laat in elk geval zien dat de overeenkomsten met CGT aanwezig zijn. Het rijtje kan, afhankelijk van de problematiek zowel uitgebreid als toegespitst worden. Vanuit de PMT zouden we kunnen toevoegen:

- *Relaxatie*

- *Modeling*
- *Skill streaming*
- *Taak Concentratie Training*

Deze overeenkomsten tussen vaktherapie en CGT uitwerken tot een volledig overzicht is een taak voor de toekomst.

Vaktherapie kan dus bogen op en verwijzen naar bewezen effectieve factoren uit de CGT. Wanneer vaktherapie *in enge zin* vanuit een CGT kader vormgegeven wordt, onderscheidt zij zich in theoretisch opzicht niet van CGT. Vaktherapie onderscheidt zich op praktische wijze doordat bij een vaktherapeutische vormgeving van CGT de experiëntiële werkvormen tijdens de therapie centraal staan en de gesprekken vaak naar aanleiding van of als voorbereiding op de werkvorm plaatsvinden, terwijl bij CGT de gesprekken naar aanleiding van ervaringen uit het dagelijks leven centraal staan en in veel mindere mate oefeningen tijdens de therapie sessie worden gedaan. Veelgebruikte CGT interventies (als vaardigheidstraining, exposure en gedragsexperimenten) kunnen een plek krijgen binnen vaktherapie. Deze worden in het medium waarbinnen gewerkt wordt aangeboden.

Experiëntiële werkvormen (zoals die binnen vaktherapie vormgegeven worden) ondersteunen het CGT proces omdat zij helpen gedachten te traceren en zowel positief als negatief gedrag in de oefeningen uitgelokt wordt (Stallard, 2006). Cognitieve schema's kunnen vaak alleen indirect, via de output van acties en handelingen van de patiënt gereconstrueerd worden (Timmer, 2004) Vaktherapie biedt door middel van het aanbod van concrete situaties in de therapie gelegenheid cognities te onderzoeken en bij te stellen, gedrag te oefenen en gedrag naar aanleiding van alternatieve cognities uit te proberen. Het werken vanuit concrete ervaringen past bij de doelgroep van de JJI's en GJ die vaak moeite blijkt te hebben met abstract denken, weerstand ervaart tegen gesprekken en waarbij praten over situaties uit het verleden meer moeite kost dan praten over net meegemaakte ervaringen (Sadock & Sadock, 2004). Hierdoor biedt de vaktherapeutische benadering van CGT een meerwaarde wanneer gewerkt wordt met patiënten die moeite hebben met het zich bewust worden van cognitieve schema's (Timmer, 2004), specifieke gedachten (Roemen - Van Haren, 2010) en deze moeilijk kunnen verwoorden (Weertman, 2008), die motivatieproblemen hebben (Nijland, 2009) en die moeilijk de koppeling maken tussen hun gedachten, gevoelens en gedrag (Gunther e.a., 2009).

3.4.5 Discussie: wederzijdse beïnvloeding

Binnen beeldende therapie, dans-bewegingstherapie, dramatherapie en muziektherapie werd in dit RAAK project anders dan binnen de psychomotorische therapie gedacht over hoe de verhouding is tussen vaktherapie en cognitieve gedragstherapie, dialectische gedragstherapie en schemagerichte therapie en hoe zij elkaar aanvullen.

Binnen de psychomotorische therapie wordt op een integratieve wijze gebruik gemaakt van verschillende theoretische referentiekaders. Vanuit het middel bewegen en lichamelijkheid wordt onder andere gebruik gemaakt van methoden, technieken, interventies en attitudes uit de cognitieve gedragstherapie (zie paragraaf 3.4.4, geschreven door Pijke Dijkema).

Beeldend therapeuten, dans-bewegingstherapeuten, dramatherapeuten en muziektherapeuten gaan veel meer uit van het ervaren en handelen 'in' de kunstmedia beeldend, dans-beweging, drama en muziek waarbij gebruik wordt gemaakt van de eigenschappen van het kunstmedium en van daaruit wordt gewerkt aan de probleemgebieden. Daarbij staan de probleemgebieden zelfbeeld, emotie en interactie centraal en is cognitie secundair.

In het onderstaande worden de verschillende invalshoeken nog iets nader uitgewerkt.

Vaktherapie positioneren binnen de CGT en aanverwante therapieën¹⁷

Bekende therapievormen die gestoeld zijn op de *leertheorie* en *cognitieve theorie* zijn de cognitieve gedragstherapie (Korrelboom e.a., 2004; Hermans e.a., 2007), de schemagerichte therapie (Young e.a., 2005; Van Vreeswijk e.a., 2008) en de 'derde generatie gedragstherapieën', zoals Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) (Williams e.a., 2007) en de Acceptance and Commitment Therapy (ACT) (Hayes e.a., 2006).

Vaktherapie kan binnen en/of vanuit deze (specifieke) psychotherapeutische kaders vormgegeven worden (Van der Pas & Klopper, 2008; Starniske, 2008; Blokland-Vos e.a., 2008; Van den Hout, 2006; De Groot e.a., 2009; en ook Smeijsters, 2009). Leertheorie en cognitieve therapievormen zijn relevante inspiratiebronnen voor het vaktherapeutisch werk in de JJI en GJ omdat deze instellingen werken met leertheoretische en cognitief theoretische principes (getuige het *Youturn* programma en *Equip*¹⁸). In de praktijk blijkt dat deze theoretische principes het werk van de vaktherapeuten beïnvloeden:

- Bij het programma 'Agressie op Maat' wordt gebruik gemaakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak door middel van dramatherapeutische technieken en mindfulness oefeningen.
- Bij het maken van een delictscenario wordt een topografische analyse gemaakt (Hermans e.a., 2007). Een delictscenario kan gemaakt worden met de methode 'Joe Blagg', waarbij dramatherapeutische en mogelijk ook beeldende therapeutische werkvormen ingezet worden.
- De delictanalyse zoals toegepast door Spanjaard en Van Es (1999) is een analysemethode waarbij onder andere functieanalyses en betekenisanalyses die het delict mogelijk hebben gemaakt worden samengevat in een overzichtelijke keten. Deze methode wordt binnen dans-bewegingstherapie en PMT toegepast.
- Thompson (1999) beschrijft het verband tussen het theaterproces en cognitieve gedragstherapie in een dramatherapeutisch programma voor agressiehantering en grensoverschrijdend gedrag.

¹⁷ Ontleend aan het door Pijke Dijkema naar voren gebrachte standpunt (Dijkema, 2010).

¹⁸ Het *Youturn* programma is samengesteld vanuit het sociaal competentiemodel en het cognitief-gedragstherapeutische *Equip* programma van Gibbs, Potter & Goldstein (1995). Zie bijvoorbeeld www.equipnederland.com

Oefeningen waarbij typische cognitief-gedragstherapeutische interventies worden toegepast zoals exposure, het uitdagen van cognities, relaxatie, gedragsexperimenten, vaardigheden trainen, e.d. (Korrelboom e.a., 2004), zijn voor veel vaktherapeuten vanzelfsprekend. Op basis van de cognitief gedragstherapeutische methodiek zijn de (deels vaktherapeutische programma's) 'Agressie op Maat' en 'In Control!' door het Ministerie van Justitie erkend als effectieve jeugdinterventies.

Door in de onderbouwing van vaktherapie de leertheorie en cognitieve theorie te noemen kan gerefereerd worden aan effectstudies naar interventies vanuit leertheoretische en cognitief theoretische principes. Bovendien kan dan verwezen worden naar literatuur waarin het voordeel van een vaktherapeutische vormgeving van cognitief gedragstherapeutische interventies onderbouwd wordt (Stallard, 2006).

De invalshoek van de beeldende therapie, dans-bewegingstherapie, dramatherapie en muziektherapie

Het voorafgaande liet zien dat vaktherapie vorm kan krijgen binnen of vanuit (specifieke) psychotherapeutische kaders zoals de cognitieve gedragstherapie, schemagerichte therapie, dialectische gedragstherapie, mindfulness based cognitive therapy, mentaliseren, acceptance and commitment therapy enz. Aansluiten bij andere therapieën kan op twee manieren: top down en bottom up. In het eerste geval passen vaktherapeuten technieken uit bijvoorbeeld de cognitieve gedragstherapie toe. In het tweede geval gebeurt dit omgekeerd.

Beeldende therapie, dans-bewegingstherapie, dramatherapie en muziektherapie kunnen aantonen dat de media drama, muziek, beeldend, dans-beweging een bijzondere toegevoegde waarde hebben. Eerder is verwezen naar het onderzoek van onder andere LeDoux, Stern, Damasio, Siegel, Schore, Dijksterhuis, e.a. (zie ook Smeijsters, 2008a) dat aantoont dat het niet-cognitieve, non-verbale, patroonmatige gebeuren in het limbische systeem met amygdala en hippocampus, kernbewustzijn en vitality affects voor nogal wat gevoel en gedrag verantwoordelijk is. Psychologische, ontwikkelingspsychologische en neuropsychologische op onderzoek gebaseerde theorieën verklaren gevoel en gedrag op basis van innerlijke processen die overeenkomen met (analoog zijn aan) vormgevende processen in de kunsten. Deze theorieën leggen een *mediumeigen* fundament onder de beeldende therapie, dans-bewegingstherapie, dramatherapie en muziektherapie. De visie is bottom up: het psychotherapeutische proces wordt beschreven vanuit het medium en niet andersom.

Onderzoek wijst uit dat cognitief-gedragstherapeutische interventies een reductie van recidive tot gevolg hebben (Aos, Miller & Drake, 2006). Cognitieve gedragstherapie blijkt echter niet altijd en overall succesvol (zie bv. Elliott & Greenberg, 2001; Weisz, McCarthy & Valeri, 2006; Chu & Harrison, 2007; Institute of Medicine, 2007; Ross & Hilborn, 2008). Dit heeft onder meer tot gevolg gehad dat therapieën ontwikkeld werden die zich baseren op schemamodi, de emotionele geest, embodied cognition enz. Er zijn experiëntiële technieken nodig die zich richten op diep verankerde emotionele en deels onbewuste patronen die tijdens de ontwikkeling in de persoon zijn ontstaan (Arntz & Bögels, 2000; Den Boer, 2004; Bernstein, Arntz & De Vos, 2007; Smeijsters, 2007). Daarom zien we tegenwoordig een toenadering van de cognitieve gedragstherapie c.s. en beeldende therapie, dans-bewegingstherapie, dramatherapie en muziektherapie. Het feit dat de schemagerichte therapie gebruik maakt van werkvormen die ook in

dramatherapie worden toegepast illustreert dit. In feite naderen deze therapieën en beeldende therapie, dans-bewegingstherapie, dramatherapie en muziektherapie elkaar vanuit tegenovergestelde richtingen, enerzijds vanuit de cognitie, anderzijds vanuit het medium.

Het *analoge-procesmodel* probeert een brug te bouwen tussen mediumspecifieke methoden en schemamodi, kernoplettenheidsvaardigheden, mindfulness, mentaliseren enz. De op het analoge-procesmodel gestoelde interventietheorie impliceert niet dat er geen ruimte zou zijn voor andere therapeutische modellen. Gebruik maken van oefeningen en gesprekstechnieken uit de cognitieve gedragstherapie en sociale leertheorie is mogelijk en noodzakelijk. Bij de op kunst gebaseerde vaktherapie gaat het echter om het verschil dat het medium uitmaakt bij hetzelfde doel.

Met analogie wordt beoogd een theoretisch model te ontwikkelen dat de specifieke kracht van het medium verklaart, het ervaringsgerichte en expressieve, dat wat moeilijk in woorden uit te drukken is maar in het medium zichtbaar, hoorbaar, tastbaar wordt. Het gaat om de fundamentele vraag of werken in het medium een instrument is ten dienste van de cognitieve gedragstherapie of een instrument met een zelfstandige meerwaarde.

HOOFDSTUK 4

VAKTHERAPEUTISCHE INTERVENTIES

**Jaap Welten, Josefien van der Wekken, Sanne van der Kolm,
Jorg de Man, Marjolein Scholten & Tessa Bruggeman**

4.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft de onderzoeksmethode en resultaten van de onderzoeksfase waarin de consensus-based interventies zijn ontwikkeld. De onderzoeksmethode is gebaseerd op de uitgangspunten van practice-based evidence en de onderzoeksmethoden grounded theory en naturalistic/constructivistic inquiry.

4.2 Onderzoeksmethode

Practice-based evidence

PBE legt in het onderzoek vooral de nadruk op de klinische ervaringskennis van de hulpverlener en de cliënt (Smeijsters, 2005, 2006, 2007, 2008c; Smeijsters e.a., 2009; Van Yperen & Veerman, 2008). Cliënten en hulpverleners worden als experts op hun eigen terrein gezien. PBE is ervaringskennis opgebouwd vanuit reflectie op casuïstiek. Doel is het beschrijven en ontwikkelen van succesvolle praktijken.

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

Professionals als co-onderzoekers

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

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

4.2.1 Dataverzamelingstechnieken

Bij het ontwikkelen van de interventies werd gebruik gemaakt van de volgende dataverzamelingstechnieken:

- (open) interviews: de KenVaK-onderzoekers interviewen individuele vaktherapeuten;
- groepstechnieken bij focusgroepen: vaktherapeuten in de projectgroep onder leiding van de KenVaK-onderzoekers;
- Delphi-technieken: conceptdocumenten individueel laten becommentariëren door vaktherapeuten;
- (participerende) observatie: de vaktherapeuten observeren elkaars handelen en werkwijze.

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

4.2.2 Data-analyse technieken

- *coderen*: verschillende vormen van tekstcoderingen die uitmonden in de topicstructuur;
- *categoriseren*: soortgelijke codes uit meerdere interviews bij elkaar zetten in een categorie (bijvoorbeeld in de categorie 'werkvormen' bij 'zelfbeeld'). Binnen de categorie onderscheid maken tussen subcategorieën (bijvoorbeeld verschillende typen werkvormen zoals 'werkvormen gericht op eigenheid');

- *thematiseren*: binnen de afzonderlijke (sub)categorieën fragmenten met vergelijkbare codes integreren tot een thema dat de kern weergeeft (bijvoorbeeld in de subcategorie 'werkvormen gericht op eigenheid' het thema 'werkvormen om te ontdekken wie je bent'). Daarbij wordt gebruikt gemaakt van de analysetechnieken zoals schrappen, selecteren, parafraseren, integreren;
- *zoeken naar relaties*: thema's uit meerdere (sub)categorieën aan elkaar relateren (bijvoorbeeld 'een werkvorm die ruimte geeft voor eigen inbreng leidt tot opgewektheid'). Hier zijn twee thema's aan elkaar gerelateerd ('ruimte voor eigen inbreng' en het resultaat hiervan 'opgewektheid').

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

4.2.3 Kwaliteitscriteria

Binnen kwalitatief onderzoek, in de traditie van Lincoln en Guba, spreekt men van trustworthiness in plaats van betrouwbaarheid en validiteit. Trustworthiness valt uiteen in de volgende criteria:

- *credibility*: worden de analyses door de respondenten herkend?
- *dependability*: ontbreekt geen belangrijke informatie?
- *confirmability*: bevestigen externe beoordelaars (de belangstellende meelezende vaktherapeuten en andere behandelaars die in de instellingen geraadpleegd zijn) de gevolgtrekkingen?
- *transferability*: kunnen personen uit een andere context afleiden wat daar bruikbaar is? (vaktherapeuten uit instellingen die niet deelnemen)
- *authenticity*: hebben de respondenten een eerlijke kans gehad hun mening te berde te brengen?

4.2.4 Kwaliteitstechnieken

Om te kunnen voldoen aan bovenstaande kwaliteitscriteria is het noodzakelijk dat bepaalde technieken worden toegepast. In dit onderzoek zijn de volgende technieken toegepast:

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

4.2.5 Respondenten

De vaktherapeuten van de betrokken instellingen die lid waren de mediumprojectgroepen waren de 'respondenten'. Maar zoals gezegd hadden zij een zeer actieve en co-creatieve rol. Zij fungeerden als co-onderzoeker en niet als passief respondent. Daarenboven waren er meelezers van andere instellingen die commentaar gaven op wat binnen de mediumprojectgroep ontwikkeld werd.

De mediumprojectgroepen werden geleid door de KenVaK onderzoekers Julie Kil (danstherapie en psychomotorische therapie), Han Kurstjens (muziektherapie), Jaap Welten (dramatherapie) en Gemmy Willemars (beeldende therapie). De volgende vaktherapeuten hebben aan de ontwikkelfase als lid van de mediumprojectgroep of als meelezer meegewerkt:

DRAMA: de projectleden/auteurs Jaap Welten, Hilde Augusteijn, Sanne van der Kolm, Jorg de Man, Josefen van der Wekken en de meelezers Elsa van den Broek, Tessa Bruggeman, Annemieke Hahné, Judith Hollands.

MUZIEK: de projectleden/auteurs Han Kurstjens, Frederik Esbach, Victor Macaré, Heinz Reumers en de meelezers Rob van Alphen en Nan van Leeuwen.

BEELDEND: de projectleden/auteurs Gemmy Willemars, Marjan Helmich, Eline Godts en de meelezers Marie-Joze van Drie, Charlotte Evers, Ingrid Hendriksen, Digna van Roemburg-Tack, Hans Hoog Stoevenbelt.

DANS: projectleden/auteurs Julie Kil, Eefje Prins en de meelezers Eva van den Boom, Mady de Jongh, Silke Loenen, Robbert Otte, Monique Peters.

PSYCHOMOTORISCH: projectleden/auteurs Pijke Dijkema, Sander Fauth, Thea Braun-de Bijl en de meelezers André de Heus, Pim Hoek, Jeroen Kats, Robbert Otte, Jaap-Harmen Smit, Patrick Spee, Evelien Wolters.

4.2.6 Discussie

Dat in dit onderzoek vaktherapeuten van verschillende praktijkinstellingen en opleidingen met elkaar de interventies ontwikkelden is een sterk punt. Er is veel kennis uit de praktijk, theorie en het onderzoek door de professionals zelf verzameld, geëvalueerd en met elkaar geïntegreerd tot een best practice.

Het verschil in opleiding en professionele achtergrond van de deelnemende vaktherapeuten vergde veel tijd om aan elkaar uit te leggen hoe en waarom men handelt. Maar juist deze verschillende perspectieven met elkaar uitwisselen werkte zeer bevruchtend. Daarbij komt dat de deelnemende vaktherapeuten op deze wijze onderzoekscompetenties ontwikkeld hebben zodat zij wat zij tijdens het onderzoek geleerd hebben, ook nadat het project afgelopen is, blijvend kunnen doen.

Een sterk punt is verder dat het project is ontstaan en ontworpen op basis van een verzoek uit het werkveld richting KenVaK. Voorafgaand aan het verzoek aan KenVaK werd de netwerkvorming door de praktijkinstellingen zelf gerealiseerd. Vaktherapeuten uit de zes RAAK-instellingen en vaktherapeuten

van andere instellingen die fungeerden als meelezers waren betrokken bij de kennisuitwisseling en kenniscreatie.

De interventies worden door middel van dit boek beschikbaar gesteld aan alle vaktherapeuten die deze binnen het betreffende of daaraan gerelateerde werkvelden willen toepassen.

4.3 Interventie dramatherapie overkoepelend voor alle kerngebieden

In de praktijk van de vaktherapie worden de kerngebieden niet uiteengerafeld en los van elkaar behandeld. Er wordt gebruik gemaakt van vaktherapeutische methoden, werkvormen en technieken die tegelijkertijd meerdere kerngebieden kunnen activeren. In deze paragraaf worden de kerngebieden geïntegreerd besproken. Omdat sommige zaken toch specifiek zijn voor een bepaald kerngebied worden in de volgende paragraaf behandelaspecten beschreven die kenmerkend zijn voor een bepaald kerngebied en een bepaald medium. Zie ook Welten, De Man, Van der Wekken & Scholten (2010).

4.3.1 Rationale

Binnen drama ben je zelf het instrument dat je inzet. Dat geldt zowel voor de therapeut als voor de cliënt. Problemen en oplossingen worden binnen spel aan den lijve ervaren, getoond en beproefd. Het lichamenlijk ervaren van nieuwe patronen en gewenst gedrag beklijft meer.

Binnen spel sta je zelf letterlijk centraal. De spelwerkelijkheid geeft de cliënt de ruimte om de eigen binnenwereld te verbeelden, te betreden en te exploreren. Eigen behoeftes, blokkades, conflicten en tegenstellingen worden verbeeld en uitgespeeld in meer symbolisch of juist realistisch spel.

De therapeut speelt mee als dat adequaat is. Het repertoire van zowel de non-verbale als de verbale interactie van de cliënt kan binnen het spel tegen het licht worden gehouden en waar nodig uitgebreid en effectiever gemaakt. .

Dramatherapie gaat met name over de directe communicatie met jezelf en de ander. Binnen drama wordt meestal met fictie gewerkt. Er wordt een doen-alsof situatie gecreëerd waarin met verschillende intenties, situaties en rollen kan worden geëxperimenteerd.

Dankzij het feit dat het drama “net-echt” is, ontstaat een veilige situatie die de mogelijkheid biedt lastige situaties uit het dagelijks leven na te spelen, te analyseren en opnieuw in spel uit te proberen. Binnen fictief spel doe je alsof, maar de ervaringen zijn wel levensecht en worden ook als zodanig in ons brein opgeslagen.

Jongeren zijn vaak geremd of eenzijdig in hun verbale communicatie. Verbale therapie kan dan soms tekortschieten of afketsen op een dichtgetimmerde afweer bij de jonge cliënt. Het medium drama kan net als andere creatieve media een nieuwe ingang bieden voor de jongere en nieuwe perspectieven openen.

Iets spelend verwerken, iets voorstellen, spelplezier, uitbreiden van je handelingsrepertoire, uitproberen van nieuw sociaal gedrag, het zijn aspecten die direct aansluiten bij de ontwikkelingsbehoefte van de jongere.

4.3.2 Werkwijzen

Er is geen eenduidige werkwijze te formuleren wanneer er gekeken wordt naar de wijze waarop de dramatherapeut binnen de JJI en Gesloten Jeugdzorg werkt.

Werkwijze, houding, interventies hangen van verschillende factoren af, zoals;

- de individuele jongere met zijn / haar (on)mogelijkheden
- de gestelde doelen van aanmelding en de hierbij best aansluitende werkwijze
- externe factoren die mogelijk van invloed zijn op de wijze waarop de therapie verloopt, hoe de jongere meewerkt enz.

Werkwijzen kunnen elkaar zowel afwisselen als naast elkaar plaatsvinden.

Ondanks het feit dat er niet gesproken kan worden over een eenduidige werkwijze kan er wel gesproken worden over veelgebruikte werkwijzen.

Naar de mogelijkheden van de doelgroep kijkend binnen de JJI en GJ, en de meest voorkomende indicaties voor dramatherapie, blijkt in de praktijk dat de dramatherapeut voornamelijk gebruik maakt van een drietal werkwijzen (ontleend aan Smeijsters, 2008c).

De dramatherapeut gebruikt binnen therapieën waarbij de jongeren moet leren omgaan met zijn/haar problematiek vaak een *supportieve werkwijze*. Zowel binnen spel als tijdens de contacten daarbuiten kan de dramatherapeut zijn houding en aanbod aanpassen en richten op het ondersteunen en stabiliseren. Werkvormen kunnen directief zijn – waarbij de focus vooral ligt op het vormgeven, de vorm en de inhoud – als ook non-directief waarbij het accent ligt op de zelfactualisatie.

Wanneer binnen de dramatherapie het accent komt te liggen op het aanleren van/ontwikkelen dan zal de therapeut meer werken vanuit een *ortho(ped)agogische werkwijze*. De therapeut zal een meer actieve en directieve houding aannemen dan bij de hierboven beschreven werkwijze. Door middel van werkvormen kunnen er momenten gecreëerd worden dat de jongere kan oefenen met nieuw gedrag, gedachten en gevoel. Ook buiten de werkvormen om kan de dramatherapeut door middel van nabespreking en reflectie actief met de jongere werken aan het ontwikkelen en integreren van nieuwe vaardigheden.

Waar bij de vorige werkwijze het accent wordt gelegd op het ‘aanleren van’ en de focus dus meer bij het hier en nu blijft, wordt er binnen de *re-educatieve werkwijze* aandacht besteed aan het onderliggende probleem en/of conflict. Deze werkwijze zal niet binnen elke therapie aan bod kunnen komen. De mogelijkheden tot zelfreflectie en inzicht van de jongere spelen hierin mee, als ook de wil van de jongeren om zich hier voor open op te stellen. Binnen spel kan er onderzocht worden wat het ‘waarom’ of de bron is van bepaald probleemgedrag en welke processen het probleemgedrag in stand houden. Wanneer dit

inzichtelijk is gemaakt kan er binnen spel gewerkt worden aan het behandelen van deze processen en probleemgedrag.

De volgende twee werkwijzen komen binnen de dramatherapie binnen de JJI en GJ minder voor. We hebben het dan over de palliatieve werkwijze en de reconstructieve werkwijze.

De reden hiervoor is zowel de geringe mate van indicaties die bij deze werkwijzen aansluiten (palliatieve werkwijze), als ook de beperkte mogelijkheden van de doelgroep om aan bepaalde doelstellingen te werken volgens deze werkwijze (reconstructieve werkwijze). Voor een beschrijving van de werkwijzen zie Bijlage 1.

4.3.3 Doelen

De kerngebieden hebben vanzelfsprekend een onderlinge overlap. Het komt voor dat doelen meerdere kerngebieden dienen. Overkoepelende doelen waar bij verschillende kerngebieden aan wordt gewerkt worden hieronder genoemd.

- De jongere krijgt inzicht in eigen gedrag en stelt zo mogelijk eigen disfunctionele gedrag bij
- De jongere doet binnen drama succeservaringen op en bouwt aan een realistisch niveau van zelfvertrouwen, zelfwaarde, zelfstandigheid, assertiviteit en probleemoplossend vermogen
- De jongere leert omgaan met eigen en andermans emoties
- De jongere breidt zijn emotionele copingvaardigheden uit
- De jongere wordt handelingsbekwaam in het omgaan met sociale situaties en complicerende interacties die voorkomen in het dagelijks leven van de jongere
- De jongere wordt zich bewust van eigen opvattingen en denkwijzen over zichzelf en de ander, toetst deze denkbeelden en stelt ze zo nodig bij, hetgeen resulteert in een ander zelfbeeld en zelfbewustzijn

4.3.4 Methoden

Voor een definitie van methode, werkvorm en techniek zie Bijlage 2.

Bij alle kerngebieden komen onderstaande methoden vaak terug.

- Open en gesloten improvisaties
- Interactiedrama
- Psychodrama / Videodrama is met name inzetbaar bij zelfbeeld en interactie
- Storytelling / storymaking is met name inzetbaar bij zelfbeeld en emotie.
- De actermethode is met name inzetbaar bij zelfbeeld en voor een deel ook bij interactie (leren incasseren, reageren)
- Het theater van Boal bij zelfbeeld en interactie
- Developmental Transformations met name bij zelfbeeld, interactie en emotie

4.3.5 Werkvormen en technieken

Bij alle kerngebieden komen onderstaande werkvormen en technieken vaak terug:

- Werkvormen die gebruik maken van het model van de Interactiewijzer of Axenroos (Role Play Emunah)
- Werkvormen gericht op het maken van een presentatie of een product (Therapeutisch Theater) bijvoorbeeld een voorstelling of film (in groepsverband)
- Het werken met vaste toneeltekst of geschreven verhalen
- Werkvormen rondom het begrip hoge/ lage status (Statusspel)
- Werken met fictieve/ non-fictieve realistische spelsituaties, verwijzend naar het dagelijks leven van de jongere.
- Belichaming en ervaren van non-verbaal/ fysiek spel

Als technieken worden door de therapeut het inzetten van een dubbel, toepassen van rolwissel en de spiegeltechniek vaak toegepast. Afhankelijk van het kerngebied worden ook andere technieken ingezet.

4.3.6 Fasering, intensiteit, duur van de therapie en motivatie

Indicatie

De dramatherapie wordt opgestart naar aanleiding van de doelstellingen zoals die in het behandelplan geformuleerd zijn. Deze behandelplannen zijn geschreven door de behandelcoördinatoren/ gedragswetenschappers die aan de behandelgroepen verbonden zijn. Zij zijn eindverantwoordelijk voor de behandeling voor de jongeren op de betreffende groep en bepalen in het behandelplan ook de uitvoerende discipline voor het betreffende doel (groep, school, vaktherapie, gezinsmaatschappelijk werk.)

De dramatherapeut is verantwoordelijk voor de opzet, uitvoering, evaluatie en terugkoppeling van de dramatherapie.

Fasering

Kennismakings-, observatiefase

Deze beslaat een periode van 4 tot 6 bijeenkomsten, waar aan de hand van een aantal (semi)gestandaardiseerde oefeningen wordt gekeken naar de vier kerngebieden, maar ook naar mediums specifieke aspecten zoals: fantasie, expressie, inlevingsvermogen, spelstructuur, ruimtegebruik e.d. De jongere krijgt hierdoor een beter beeld van het medium drama en het werken in dramatherapie. Daarnaast krijgen zowel therapeut als jongere zicht op het probleembesef en de motivatie om te werken aan de behandeldoelen. De therapeut krijgt de kans om verschillende aspecten van het handelen van de jongere binnen het medium te onderzoeken en observeren. Tevens wordt er een werkrelatie opgebouwd. Aan het eind van deze fase wordt door de dramatherapeut een verslag geschreven waarin de doelen, het geobserveerde gedrag, de ingezette werkvormen en de prognose beschreven staan. Dit verslag wordt

besproken met de jongere en eventuele opmerkingen van de jongere worden meegenomen in de rapportage. Dit verslag geldt als richtlijn voor de therapiefase.

Therapiefase

Er wordt stapsgewijs, door middel van verschillende werkvormen, aan het gestelde doel (de gestelde doelen) gewerkt. Het kan zijn dat een bepaalde werkvorm gedurende de gehele therapie (bijvoorbeeld in combinatie met een verschillende mate van structuur/ steun) gebruikt wordt. Het kan echter ook zijn dat er veel verschillende werkvormen gebruikt worden om één doel te bereiken. De vooraf gestelde doelen kunnen gedurende deze periode wisselen in belangrijkheid, maar zullen allemaal aan de orde komen. Elke drie maanden wordt de therapie en de gestelde doelen geëvalueerd tijdens een multidisciplinair overleg. De therapeut rapporteert na elke bijeenkomst voor zichzelf, heeft naar eigen inzicht contact met de mentor/ behandelverantwoordelijke om de transfer te bevorderen en schrijft een verslag voor het (3 maandelijks) multidisciplinaire overleg.

Afrondingsfase

In deze fase ligt de nadruk op het verankeren van de behaalde resultaten, maar ook op het 'leren' afscheid nemen. Het gaat dan om het meegeven van een herinnering, het doen van een 'ritueel', het toeleven naar de afronding etc. Er wordt door de therapeut een eindverslag geschreven.

Intensiteit

De sessies zijn één keer per week op een vast tijdstip. Hier wordt zo min mogelijk van afgeweken omdat dit een negatieve invloed kan hebben op de aanwezigheid en motivatie van de jongere (wat het resultaat negatief beïnvloedt).

Duur

Zoals eerder al genoemd, wordt de voortgang van de therapie iedere 3 maanden geëvalueerd. Op ieder moment dat de gestelde doelen behaald zijn, kan de therapie afgerond worden.

De behandelduur bestaat in de regel bij individuele dramatherapie uit 4-6 sessies observatie, gevolgd door 18 sessies behandeling inclusief afrondingsfase. Na deze 24 bijeenkomsten kan de therapie op verzoek van de behandelcoördinator/ gedragswetenschapper en in overleg met de dramatherapeut, met nog maximaal 12 bijeenkomsten verlengd worden.

Bij dramatherapie in groepen wordt er kortdurend gewerkt aan bijvoorbeeld trainingsdoelen met een frequentie van 8-10 bijeenkomsten.

Motivatie

De motivatie van de jongere is van groot belang voor het slagen van de therapie. Hieronder volgen enkele punten om deze motivatie te versterken.

- De *eigen mening* van jongeren wordt gehoord, en waar mogelijk verwerkt binnen de therapie. Dat wil zeggen dat de jongere (mits er voldoende draagkracht aanwezig is) mede verantwoordelijk wordt voor het formuleren van doelen etc. Daarnaast wordt de eigen mening van de jongere verwerkt in de

diverse verslagen, en worden deze verslagen met de jongere doorgenomen voordat ze in het multidisciplinaire overleg worden ingebracht.

- De therapeut *sluit zo veel mogelijk aan* bij de interesses, leerstijl en eigen wensen (doelen) van de jongere.

4.4 Zelfbeeld

In deze en de volgende paragrafen staan behandelaspecten die specifiek aan een bepaald kerngebied gekoppeld zijn. Dit betekent evenwel niet dat de kerngebieden los van elkaar behandeld worden. Zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie hangen nauw met elkaar samen. Dit wil zeggen dat bepaalde activiteiten het zelfbeeld activeren met bijbehorende emoties, interactiepatronen en cognities. Welk kerngebied het sterkst wordt aangeraakt en opgeroepen bepaalt welke doelstellingen, werkvormen en technieken op dat moment voorrang krijgen.

In de praktijk werkt de vaktherapeut dus met een combinatie van doelen uit verschillende kerngebieden, maar zal hij op bepaalde momenten aan bepaalde doelen meer aandacht besteden.

4.4.1 Werkwijze

Binnen het kerngebied zelfbeeld kan er gesproken worden over verschillende werkwijzen, namelijk supportief, orthopedagogisch en re-educatief.

De *supportieve* werkwijze wordt ingezet op momenten dat de jongere gesteund wordt in het leren omgaan met problemen, gestabiliseerd wordt en geactiveerd wordt tot nieuwe stappen en inzichten. De *orthopedagogische* werkwijze is geïndiceerd vanwege het ontwikkelen van zelfinzicht, zelfgevoel en zelfbeeld. De *re-educatieve* werkwijze richt zich op het veranderen van het zelfinzicht, het zelfgevoel, het zelfbeeld en het daaruit voortvloeiende probleemgedrag van de jongere.

4.4.2 Doelen

De jongere is tijdens het spel (fictief en non-fictief) bereid tot het uitvoeren en ervaren van een rolwissel zodat eigen gedrag, houding en reactie zichtbaar en inzichtelijk wordt.

De jongere krijgt op deze manier, door het eigen gedrag dat gespiegeld wordt en de beleving vanuit de rol van de ander, de mogelijkheid om inzicht te verkrijgen in oorzaak en gevolg van het eigen gedrag binnen bepaalde sociale situaties. Na reflectie kan er binnen spel geoefend worden met gedragsalternatieven met als doel jongere zelf deze situaties positief / anders te laten beïnvloeden.

Het zelfbeeld van de jongere wordt getoetst en mogelijk aangepast.

Wanneer de jongere, doordat het spel anders verloopt dan verwacht, ervaart dat het zelfbeeld disfunctioneel/ niet adequaat is wordt op zoek gegaan naar spelervaringen die aansluiten bij een meer realistisch zelfbeeld.

De jongere verstevigt het eigen zelfrespect en vergroot het eigen zelfvertrouwen.

Dit gebeurt door werkvormen aan te bieden die aansluiten bij zijn/ haar mogelijkheden, interessegebied en beleving.

De jongere krijgt een grotere variatie om voor zichzelf op te komen.

Binnen verschillende verbale en non-verbale spelvormen komen zowel de eigen assertiviteitsvaardigheden als het afstemmen op de medespeler centraal te staan.

De jongere heeft geleerd hoe lastige situaties aangepakt kunnen worden.

Er wordt aandacht geschonken aan zowel adequate copingstrategieën als wel aan de beleving van het zelf leren oplossen en aangaan van lastige situaties.

4.4.3 Methoden

In het werken met het kerngebied zelfbeeld worden binnen dramatherapie in de JJI en GJ verschillende methoden genoemd. Soms hangt een methode nog sterk samen met de grondlegger en is als zodanig bekend. Er wordt geprobeerd methoden die op elkaar lijken onder één noemer samen te brengen.

Storytelling/ storymaking methode.

Deze methode gebruikt bestaande en/of zelfgemaakte verhalen als kader voor de dramatisering binnen de dramatherapeutische sessie. Ook het maken van een solo of filmscript kan onder deze methode gerangschikt worden. Bij de vormgeving van het persoonlijke verhaal wordt ook video-drama ingezet (Gersie, 1992).

Open/ gesloten improvisatie.

Kenmerkend is dat de jongeren met elkaar of met de therapeut getransformeerd een fictieve situatie spelen die zich duidelijk onderscheidt van hun dagelijkse situatie. De benaming dat de improvisatie meer open of gesloten is heeft te maken met de vooraf afgesproken spelgegevens. (Wie, wat, waar, etc). Bij dit kerngebied wordt onder andere Improvisatietheater en statusspel (Johnstone, 1990) als toegepaste methode genoemd.

Psychodrama

Bij de methode psychodrama (Moreno, 1964) wordt de beleefde werkelijkheid van de jongere bespeeld. Het uitspelen van situaties uit het leven van de jongere kan verlichting brengen, vastgezette emoties tot expressie brengen, een ander licht werpen op situaties en het handelingsrepertoire met nieuwe gedragsmogelijkheden uitbreiden. Zowel interpersoonlijke als intrapersonlijke thema's kunnen aan bod komen.

Bij het kerngebied zelfbeeld ligt het accent meer op interpersoonlijke thema's. Naast psychodrama wordt ook het werken met Lieve-lingsrollen (Tuender, 2008), Interactiedrama en Axenroos (Cuvelier, 1983) en het spelmatig gebruik van het model van Kernkwaliteiten (Ofman, 2007), genoemd. Bij het inzicht in en uitbreiden van het persoonlijke handelingsrepertoire wordt ook de Rolmethode en de Role Profile Test van Landy gebruikt. (Landy, 1993, 2001, 2008)

4.4.4 Werkvormen

Maken van een film	De jongere krijgt door het maken van een film de mogelijkheid om persoonlijke keuzes/ de eigen mening vorm te geven. De jongere kan hierbij zowel de rol van acteur, regisseur als toeschouwer innemen. Er ontstaat een eindproduct waar de jongere trots op kan zijn. Daarnaast kan de jongere zichzelf terugzien middels de filmbeelden.
Maken van een script.	De jongere kan individueel, of (om beurten) met de therapeut, een script schrijven. Hierin kunnen persoonlijke ideeën/ meningen worden vormgegeven. De personages uit het script kunnen thema's van de jongere vormgeven, uitzoeken, beleven enz. Het schrijven zorgt mogelijk voor een grotere afstand (meer veiligheid) dan het daadwerkelijk uitspelen van het verhaal. Er ontstaat een tastbaar eindproduct voor de jongere.
Rol interview	De jongere neemt de rol aan van iemand uit zijn persoonlijke omgeving. De therapeut interviewt vervolgens de jongere. Op deze wijze kan de jongere de visie/beleving van anderen onderzoeken. Hoe ziet de ander mij?
Spelen van ideaal-zelf of jezelf over x jaar	De jongere krijgt binnen spel de mogelijkheid om zichzelf te spelen binnen situaties uit de toekomst, of om zichzelf neer te zetten zoals hij/zij het liefst zou willen zijn, gezien zou willen worden. Het spel geeft inzicht in wensen en verwachtingen waarbij ook gekeken kan worden naar de haalbaarheid enz. Mogelijk moeten het zelfbeeld of de wensen aangepast worden.
Lievelingsrollen	De jongere krijgt de ruimte om zelf keuzes te maken in de rollen die worden gespeeld. Er kan goed aangesloten worden bij het interessegebied van de jongere. Het spel creëert de veiligheid en mogelijkheid om te werken aan vertrouwen en inzicht, maar ook aan het oefenen van nieuw gedrag en nieuwe inzichten.
Verhalen maken	Aan de hand van verschillende ingangen (foto's, voorwerpen, ed) kunnen er verhalen gemaakt worden. Vaak blijven de jongeren dicht bij hun persoonlijke thematiek, beleving, gevoel en gedachten.
Fotografie	Door middel van foto's kunnen persoonlijke elementen worden vastgelegd. Jongeren denken mee over de wijze waarop de foto moet worden vormgegeven. De foto kan worden gebruikt om aandacht te besteden aan zelfbeeld en zelfinzicht
Tableaus	De jongere beeldt bepaalde persoonlijke situaties, ideeën, wensen uit door een stilstaand beeld te creëren in de ruimte. Dit beeld kan gefilmd of gefotografeerd worden wanneer het terugbekeken moet worden.

Statusspelen	Door middel van (geïmproviseerde) scènes kan de jongere oefenen met verschillende verhoudingen binnen sociale situaties. Er kan aandacht worden geschonken aan de positie die de jongere inneemt in spel, de wijze waarop de ander reageert, de wijze waarop persoonlijke grenzen en wensen worden aangegeven enz.
Lichaamsgerichte inlevingsoefeningen	In de ruimte kunnen oefeningen worden uitgevoerd waarbij het accent wordt gelegd op je eigen lichaam en het vertrouwen in je lichaam. Bijvoorbeeld opdrachten rondom sturen /volgen. Stevig staan/ licht staan. Er kan gedacht worden aan het lopen van een parcours, het oefenen met verschillende non-verbale houdingen, het variëren binnen spel in non-verbale impulsen.
Zelfshow	De jongere maakt een show die volledig gericht is op zijn/ haar positieve elementen en die bijdraagt aan een positiever zelfbeeld en zelfvertrouwen. Bijvoorbeeld een modeshow, een rapvoorstelling, een cabaretstuk enz.
Roltaxonomie, archetypes, axenroos, interactiewijzer	Er zijn verschillende werkvormen/ methodes in te zetten waarbij gewerkt wordt met algemene rolkaders en waarbij er gewerkt wordt aan het zelfinzicht in eigen patronen en gedachten. Centraal staan de vragen: Welke voorkeursrollen heeft een jongere? Welke copingsstrategieën zijn er? en Waar zit de blinde vlek?

4.4.5 Technieken

Er kunnen binnen dit kerngebied verschillende technieken worden ingezet door de therapeut die het zelfvertrouwen, zelfbeeld en zelfinzicht versterken:

Rolwisseling: de jongere de rol van de ander laten ervaren. Als therapeut de rol van de jongere spelen.

Spiegelen: het spel van de jongere naspelen waardoor de jongere eigen gedrag en houding terugziet en ervaart wat dit met een ander kan doen. Met meer afstand kunnen reflecteren over het eigen aandeel.

Regie geven en ontvangen: zowel in scènes als in producten (film, verhaal, script) kan de jongere oefenen met het vormgeven van zijn/haar ideeën en deze ook doorvoeren. Daarnaast kan er ook geoefend worden met het ontvangen van regie.

4.5 Emotie

4.5.1 Werkwijze

De *supportieve* werkwijze is passend bij doelen gericht op het verbeteren van de emotionele aanpassing, het bereiken van emotioneel evenwicht en het ontwikkelen van controlemechanismen voor emoties.

De *ortho(ped)agogische* en *re-educatieve* werkwijze passen bij het aanleren en ontwikkelen van emotionele vaardigheden zoals het uiten en reguleren van emoties en het vergroten van frustratietolerantie. De *palliatieve* werkwijze komt in beeld bij het verzachten van emotionele pijn (rouw).

4.5.2 Doelen

(H)erkennen van emoties.

De (door de ander) gespeelde emotie kunnen herkennen en in een passend sociaal kader kunnen plaatsen.

Vergroten van het gedragsrepertoire met betrekking tot het uiten van emoties (emotionele copingvaardigheden).

Adequaat en spontaan binnen spel een emotie kunnen herkennen, vormgeven, interpreteren en/of daarop reageren. Vanuit een verschillend perspectief (een verschillende rol) op een situatie kunnen reageren.

Bewustwording van / differentiëren van gradaties binnen één emotie.

De verschillende fases (opbouw) van spanning / emotie binnen het eigen lijf kunnen herkennen. Emotioneel bewustzijn creëren.

Bewustwording van (lichamelijke) kenmerken bij het oplopen van een emotie / spanning.

Emoties (non-verbaal) kunnen transformeren in spelgedrag (houding/ gezichtsexpressie).

Verbeteren van de zelfbeheersing (zelfcontrole en frustratietolerantie vergroten, impulsiviteit verminderen).

Binnen spel, ingehouden/ moeilijk toegankelijke emoties uiten. De afloop van een emotionele probleemsituatie (in spel) positief kunnen beïnvloeden.

Vergroten van het vermogen tot stemmingsregulatie.

Leren (her)kennen van eigen reactiepatronen/ valkuilen m.b.t. emotionele situaties.

Verwerking (rouw / trauma).

Binnen spel, ritueel of verbeelding, kwetsbare emoties kunnen toelaten en beleven (met voldoende distantie).

4.5.3 Methoden

Net zoals bij zelfbeeld geldt in het werken met het kerngebied emotie dat verschillende methoden worden genoemd. Er wordt ook hier geprobeerd methoden die op elkaar lijken onder één noemer samen te brengen.

Storytelling/ storymaking methode

Deze methode gebruikt bestaande en/of zelfgemaakte verhalen als kader voor de dramatisering binnen de dramatherapeutische sessie (Gersie, 1992). Verwante verhaalmethoden die ook in de JJI en GJ toegepast worden zijn Narradrama (Dunne & Rand, 2003) en de Mutual Storytelling Technique waarbij door de therapeut naast het dominante levensverhaal van de cliënt een alternatief verhaal wordt bedacht

en uitgewerkt. Ook de Vertelpantomime, eventueel met tableau, waarbij de speler uitbeeldt wat door de verteller verteld wordt, valt hieronder.

Open/ gesloten improvisatie

Deze methode is te rangschikken onder Scenework (fase 2 van Emunah, 1994). Kenmerkend is dat de cliënten met elkaar of met de therapeut getransformeerd een fictieve situatie spelen die zich duidelijk onderscheidt van hun dagelijkse situatie. De benaming dat de improvisatie meer open of gesloten is heeft te maken met de vooraf afgesproken spelgegevens. (Wie, wat, waar, etc). Onder de noemer open/gesloten improvisatie vallen o.a. Improvisatietheater, Statusspelen en Theatersport (Johnstone, 1990; Spolin, 1999).

De actermethode

Binnen een dramatherapeutisch kader is de actermethode gericht op de behandeling van de cliënt via de ontwikkeling van zijn acteervaardigheden. Het geloofwaardig kunnen spelen en beheersen van emoties is voor een acteur natuurlijk een basiscompetentie. Terecht kijkt de dramatherapeut hier naar bestaande actermethoden. Afgeleide werkvormen van theaterontwikkelaars als Stanislavski en Grotowski zoals fysieke-, stem- fantasie- en visualisatieoefeningen zijn hier onder te brengen. Ook de Rolmethode van Landy, het Elemententheater van Woudenberg (1999) de Begeleid Toneel Methode van Te Kieffe, Van Rhijn en Haans (1994) zijn hierop gericht. Het gebruik van materialen zoals schimmendoek (schimmenspel) en maskers (Geese Theatre, van Baim, Brookes & Mountford, 2002) ondersteunen de theatrale vormgeving van spelinhouden van de cliënt.

Developmental transformations

Bij de methode *developmental transformations* (Johnson, 1982-2003) ligt de focus op de continue verandering en vormgeving binnen groepen - en individuele improvisaties. De dramatherapeut speelt mee en kan fungeren als spelobject. Belichaamde ontmoeting en ervaring in de spelwerkelijkheid staat centraal. Interventies worden tijdens het spel gegeven. Verschillende niveaus van spel kunnen worden ingezet, variërend van leid- en volgspeel rond stem en beweging, via beeldenspel, fictieve rollen naar tekstspel daarbij aansluitend bij het spelniveau dat voor de cliënt op dat moment het meest passend is. Vanwege de focus op niet-afgesproken belichaamd spel en ontmoeting worden ook non-verbale werkvormen gericht op de beleving van fysiek spel onder deze methode ondergebracht. De methode is ten dele te rangschikken onder Dramatic Play (fase 1 van Emunah, 1994).

Psychodrama

Bij de methode *psychodrama* (Moreno, 1964) wordt de beleefde werkelijkheid van de cliënt bespeeld. Het uitspelen van situaties uit het leven van de cliënt kan verlichting brengen, vastgezette emoties tot expressie brengen, een ander licht werpen op situaties en het handelingsrepertoire met nieuwe gedragsmogelijkheden uitbreiden. Zowel interpersoonlijke als intrapersonlijke thema's kunnen aan bod komen. Soms ligt het accent meer op het uitbreiden van het handelingsrepertoire via methoden als Uitbreiden Sociaal Rolrepertoire (Geese Theatre van Baim, Brookes & Mountford, 2002), Interactiedrama (Cuvelier, 1983) en Role Training (Clayton, 1992). Andere keren is het psychodrama meer verwerkings- en inzichtgericht (Moreno, 1964) (Kellermann & Hudgius, 2000).

4.5.4 Werkvormen

De emotiebus (open improvisatie)	Iedere nieuwe passagier heeft een andere emotie die door de ander wordt overgenomen. Variatie: spreek een rol/ situatie af, en pak al spelend steeds een nieuw 'emotiekaartje' de ander gaat mee met deze emotie, of reageert met tegenspel.
(Toneel) tekst	Door een (korte)(toneel)tekst vanuit een verschillende situatie en/ of rol te spelen kan de cliënt ervaren dat het niet de tekst is die de boodschap overbrengt, maar een combinatie van houding, ruimte gebruik, mimiek en stemgebruik. Achteraf evalueren wat (concreet) ervoor zorgde dat een bepaalde emotie overgebracht werd.
Improviseren met conflict (vooraf afgesproken structuur)	De therapeut probeert in het tegenspel de afloop anders te laten lopen, terwijl de cliënt moet proberen vast te houden aan het afgesproken einde. Hierdoor ontstaat frustratie binnen het spel. Dit biedt de gelegenheid om de vaardigheid in nieuwe rolhantering ten aanzien van emoties te testen. Bij een aanbelspel heeft degene die aanbelt telkens een andere emotie. Als veiligheid kan altijd 'de deur' dichtgedaan worden.
Zelf een brief/script schrijven	Door om beurten (therapeut en cliënt) een zelfgeschreven script te laten regisseren, krijgt de cliënt letterlijk een andere kijk op de zaak. De cliënt doorziet en experimenteert met alternatieve handelingsscenario's in omgang met emotionele gebeurtenissen. De cliënt schrijft een brief naar een fictief persoon waarin hij/ zij een bepaalde vraag stelt of mededeling doet die een bepaalde emotie triggert. Er wordt een scène uitgespeeld tussen de ontvanger en verzender van de brief. De cliënt kiest zelf welke rol hij/ zij speelt
Lichaams-bewustwordingsoefeningen	Ademhalingstechnieken, ontspanningsoefeningen, het leren constateren van een spierspanning, een hoge/ snellere ademhaling, aan spanning gerelateerde 'gewoonte' bewegingen. Hierdoor ontstaat een hoger lichaamsbesef bij emoties.
Emotietabel	D.m.v. een tabel wordt een visuele weergave van de diverse gradaties bij de emotie 'boos' gemaakt. Deze tabel wordt in samenwerking met de cliënt gemaakt zodat er ook echt 'overeenstemming' is. Door deze tabel 'in te vullen' tijdens het spel wordt het voor de cliënt inzichtelijk dat boosheid uit verschillende gradaties is opgebouwd waar verschillende situaties en gedragingen bij horen. De cliënt gaat deze niveaus van boosheid bij zichzelf herkennen en ankeren aan eigen (spel) ervaringen.

Afbeeldingen met een emotionele lading als spelinput	Er kunnen diverse afbeeldingen van mensen met een bepaalde mimiek of van mensen in een bepaalde situatie gebruikt worden om te oefenen met het herkennen van bepaalde emoties. Deze afbeeldingen kunnen ook dienen als aanleiding voor een bepaalde scène. Bijvoorbeeld het uitspelen van de afgebeelde emotie, een verhaal maken n.a.v. de afbeelding, zelf een invulling geven aan de situatie rondom de afbeelding en experimenteren met een andere afloop door iets in de scène te wijzigen. De cliënt kan eventueel ook zelf een afbeelding meenemen.
Levend standbeeld	Door te werken met stilstaande beelden is er iets meer distantie, maar tegelijkertijd is er veel meer tijd om stil te staan bij bepaalde details zoals lichaamshouding. Het non-verbaal belichamen van een emotie (of emotionele situatie) versterkt de beleving, en doet een appel op het lichaamsgeheugen. Er zijn varianten mogelijk door (daadwerkelijk) foto's te nemen van het beeld, te werken met symbolische beelden of elkaar te boetsen. Beelden vanuit het heden, toekomst en verleden kunnen gebruikt worden (dus ook eventuele traumatische ervaringen) waardoor dit een brede werkvorm is.
Schimmendoek	Het schimmendoek kan gebruikt worden als er angst is om 'in het zicht' te spelen of als de mimiek niet noodzakelijk of relevant is. Daarnaast kan de cliënt meteen (uitvergroot) zien wat hij/ zij doet, waardoor kleine veranderingen gemakkelijker herkend worden. Het schimmendoek kan ingezet worden om te werken met stilstaande beelden, bewegende scènes, raadspelletjes, realistische situaties of fictieve/ symbolische weergaven.
Werken met maskers	Het masker kan (samen) gemaakt worden. Er kan uiting gegeven worden aan persoonlijke (ingehouden/ moeilijk toegankelijke) emoties (in de vorm van mimiek). Er kan ook gebruik gemaakt worden van bestaande maskers met een bepaalde emotionele uitdrukking. Tijdens het spelen wordt een extra beroep gedaan op lichaamsexpressie omdat de eigen mimiek niet zichtbaar is.
Heel veel manieren om emotioneel te reageren	Er is een (probleem)situatie, door de therapeut ingebracht of samen met de cliënt bedacht. Vervolgens bedenkt de cliënt (eventueel met hulp van de therapeut) zoveel mogelijk emotionele spelreacties om deze situatie te benaderen. Deze manieren worden hierna uitgespeeld. De cliënt ervaart de verschillende antwoorden op de verschillende emoties/ gradaties in het spel. Hiermee wordt het vormgeven van de emotie en het hanteren van de emotie van de tegenspeler geoefend. Daarnaast wordt de relatie van de emoties van beiden en het beïnvloeden van een situatie geoefend (oorzaak-gevolg). Er kan gewerkt worden met fictieve situaties of met situaties uit het leven van de cliënt.

Spelen vanuit de vier elementen/archetypische rollen/roltaxonomie	Er kan bijvoorbeeld samen met de cliënt gekeken worden in welk element (water, aarde, lucht of vuur) de karaktereigenschappen van de cliënt voornamelijk onder te brengen zijn. Hieruit kan blijken of er met een bepaald element extra geoefend moet worden om 'in evenwicht' te komen. Rollen of situaties kunnen vanuit de verschillende elementen gespeeld worden. Tevens kunnen er monologen vanuit de verschillende elementen gegeven worden (Bijvoorbeeld met behulp van de vier stoelen techniek). Eenzelfde (probleem)situatie kan vanuit verschillende archetypische rollen gespeeld worden: de held, de verzorgende moeder, het opstandige kind, de wijze oudere etc. Elke rol heeft een eigen emotionele huishouding en emotieregulatie en kan dienen als rol/ ervaringsmodel.
Realistische situaties	(Lastige) realistische situaties uitspelen die boosheid/ irritatie opwekken waarbij de cliënt zichzelf speelt en oefent met nieuw gedrag. Dezelfde realistische situaties kunnen gebruikt worden om dezelfde situatie te ervaren vanuit een ander perspectief (rolwissel) en eventueel om het einde te herschrijven. Het herschrijven van het einde kan ook toegepast worden bij de verwerking van traumatische ervaringen.
Dramatische rituelen	Samen met de cliënt verwerkingsrituelen t.a.v. een emotionele gebeurtenis bedenken en uitvoeren.

4.5.5 Technieken

De therapeut zet de volgende technieken in:

Rolwissel, dubbelen, terzijde, spiegelen, dienstbaar/confronterend tegenspel. Regisseren, volgen, concretiseren, herhalen, intensiveren, verwarren, kaderen, naar het hier en nu brengen. De Wat nu? vraag tijdens spel, masker omhoog en vertellen wat de persoon achter het masker denkt, tableau, slow-motion.

Jabberen, personificatie van levenloze objecten en Italiaantje (= zelfde scène versneld spelen).

4.6 Interactie

4.6.1 Werkwijzen

Re-educatieve en *orthopedagogische* werkwijze zijn hier geïndiceerd.

Re-educatief vanwege het aanleren van nieuw gedrag. *Ortho-pedagogisch* is geïndiceerd vanwege de leeftijdsgroep van de doelgroep en vanwege de achterstand in sociale ontwikkeling tijdens de opvoeding.

4.6.2 Doelen

De jongere krijgt inzicht in machtsverhoudingen in sociale situaties.

Adequaat spelmatig kunnen incasseren en reageren op de status van de ander om het rolrepertoire uit te breiden. Herdefiniëren/herwaarderen van hoge en lage status. Leiding durven nemen en accepteren.

Kunnen samenspelen met de focus op het accepteren van het spelaanbod van de ander en zelf met spelinbreng kunnen komen.

Evenwicht zoeken tussen alleen maar volgen van het spelaanbod van de ander en alleen maar zelf leiden in het spel.

De jongere krijgt inzicht in eigen en andermans interactiepatronen binnen spel.

Oorzaak en gevolg van de wisselwerking in de communicatie leren kennen. Zelf uitproberen van ander interactiegedrag binnen spel en op deze wijze het interactierepertoire uitbreiden.

De jongere wordt zich bewust van de eigen non-verbale mimiek en lichaamsexpressie.

Leren begrijpen van en afstemmen op het non-verbale spel van de ander. Ingaan op elkaars signalen. Afstemmen op tempo, beleving, ritme van de ander, nabijheid. Belichaamde ontmoeting in de spelruimte.

De jongere kan fysieke en sociale grenzen herkennen, ervaren, aangeven en accepteren.

De jongere kan in contact komen met de eigen disfunctionele interactie. Vervolgens kan de jongere daarop reflecteren en gezonde gedragsalternatieven vinden.

De jongere wordt handelingsbekwaam in de omgang met sociale situaties.

“Weten hoe het hoort”.

De jongere heeft de empathie voor de ander vergroot.

Binnen improvisaties rollen spelen met verschillende intenties en daarbinnen werken met het wisselen van rol.

4.6.3 Methoden

Ook hier worden verschillende methoden genoemd en wordt geprobeerd methoden die op elkaar lijken onder één noemer samen te brengen.

Open/ gesloten improvisatie

Open/ gesloten improvisatie is als methode te rangschikken onder Scenework (fase 2 van Emunah, 1994). Kenmerkend is dat de cliënten met elkaar of met de therapeut getransformeerd een fictieve situatie spelen die zich duidelijk onderscheidt van hun dagelijkse situatie. De benaming dat de improvisatie meer open of gesloten is heeft te maken met de vooraf afgesproken spelgegevens. (Wie, wat, waar, etc). Onder de noemer open/ gesloten improvisatie vallen o.a. Improvisatietheater, Statusspelen en Theatersport (Johnstone, 1990; Spolin, 1999). Ook Anger Management (Thompson, 1999) wordt hier ondergebracht.

Interactiedrama

Interactiedrama valt als methode onder Roleplay (fase 3 van Emunah, 1994). De therapeut probeert de cliënt inzicht te laten krijgen in de wijze van interacteren van de cliënt door het uitspelen van dagelijkse situaties waarin de cliënt zichzelf speelt. Het vervolgens via spel uitbreiden van het interactierepertoire van de cliënt is een belangrijk doel. De therapeut maakt daarbij gebruik van psychodrama en rollenspeltechnieken, onder meer door het spelen van dienstbaar tegenspel. De focus ligt hierbij op de inter-persoonlijke communicatie. Deze methode wordt vaak als vorm van psycho-educatie toegepast in combinatie met het voor de cliënt inzichtelijk maken van het model van de interactiestijlen. Verwante modellen zijn o.a. de Stad van Axen ook wel Axenroos genoemd (Cuvelier, 1983), het BOTS-model, de Roos van Leary, de Dimensies van de Sociale Ruimte (Oudijk, 2000), Role Training (Clayton, 1992), Conflicthanteringsstijlen (Prein, 2007).

Developmental transformations

Bij de methode *developmental transformations* (Johnson, 1982-2003) ligt de focus op de continue verandering en vormgeving binnen groeps- en individuele improvisaties. De dramatherapeut speelt mee en kan fungeren als spelobject. Belichaamde ontmoeting en ervaring in de spelwerkelijkheid staan centraal. Interventies worden tijdens het spel gegeven. Verschillende niveaus van spel kunnen worden ingezet variërend van leid- en volgspeel rond stem en beweging, via beeldenspel, fictieve rollen naar tekstspel daarbij aansluitend bij het spelniveau dat voor de cliënt op dat moment het meest passend is. Vanwege de focus op niet afgesproken belichaamd spel en ontmoeting worden ook non-verbale werkvormen gericht op beleving van fysiek spel onder deze methode ondergebracht. De methode is ten dele te rangschikken onder Dramatic Play (fase 1 van Emunah, 1994).

4.6.4 Werkvormen

Vier grote categorieën:

Statusspelen	Koning/lakei of baas/knecht spelsituaties over leiden en volgen en macht /onmacht.	Door een bewustwording van het begrip status komt de machtbalans tussen twee personen duidelijk in beeld. Macht / onmacht is vaak een beladen thema voor deze jongeren. Statusspelen verschaffen zo een experimenteerruimte waarin de jongere het eigen handelingsrepertoire kan uitbreiden en het omgaan met macht/ onmachtsituaties constructief kan uitbreiden. De machtsverhouding kan binnen de spelsituaties ook leiden tot conflictsituaties.
	Allerhande spelsituaties waarbij je inzoomt op de statusverhoudingen, initiatief, verandering van status, gradaties van status en bijvoorbeeld een statusval van een personage.	

Non-verbaal spel	Het spiegelen van elkaars bewegingen en mimiek (de een leidt en de ander volgt). Het non-verbaal uitspelen van sociale situaties waarbij de spelers tegengestelde intenties hebben . Het werken met tableaux. Door middel van een reeks verschillende stilstaande beelden alleen of met andere jongeren zonder woorden een verhaal uitbeelden. <i>Schimmenspel.</i> Afgesproken verhaal wordt non-verbaal uitgespeeld. Dit vergt veel van de interactie van de spelers qua samenspel.	Jongeren worden zich door middel van deze werkvormen meer bewust van de betekenis van de non-verbale communicatie. Ze krijgen meer zicht op wat ze zelf en de ander non-verbaal communiceren. Daarnaast biedt non-verbaal spel de mogelijkheid te oefenen en bepaald gedrag dus ook te trainen.
Improvisatievormen	<i>Wie - Wat - Waar kaarten.</i> De spelers krijgen in tweetallen "Wie - Wat - Waar kaarten" met daarop een rolbeschrijving, een situatie en intentiebeschrijving en een plaatsbeschrijving. De twee spelers komen in spel vanuit de beschrijvingen met elkaar in een conflictsituatie (gesloten improvisatie).	Binnen improvisatievormen gaan de spelers van start zonder of met een aantal vooraf afgesproken spelgegevens. Bijvoorbeeld wie, wat, waar of een vaststaand begin of eind van de spelsituatie waar vanuit de spelers beginnen of moeten eindigen. Om binnen spel te leren improviseren moet je over een aantal competenties/ vaardigheden beschikken of deze ontwikkelen. Bijvoorbeeld het leren concentreren, luisteren, vertrouwen, spontaan handelen. Binnen spel moeten spelers leren incasseren wat de ander inbrengt en hier vervolgens met een passend spelaanbod op kunnen reageren. Op die manier ontstaat een samenspel/ samenwerking die resulteert in een dynamisch spel en spanningsopbouw.
	<i>Zorg dat de ander.....</i> Om de beurt trekt een speler een briefje met daarop bijvoorbeeld de tekst: "Zorg dat de ander gaat lachen." Of, "Zorg dat de ander gaat schreeuwen." Op de briefjes kunnen zowel emoties als handelingen staan. De bedoeling is dat de speler de ander binnen de spelimprovisatie aan het schreeuwen of lachen krijgt zonder dat je de ander daar expliciet de opdracht voor geeft.	

	<i>Open improvisaties/ theatersport.</i> Hierbij ga je uit van het een enkel spelgegeven waarop de spelers voortborduren. Bijvoorbeeld iets onmogelijks verkopen aan een redelijk ongeïnteresseerde klant die moeilijke vragen stelt om de verkoper dwars te zitten.	
Interactiedrama en sociale roltraining nav situaties uit het dagelijks leven van de jongere	<i>Input vanuit de jongere.</i> De jongere kan zowel de regisseur als protagonist van de spelsituatie zijn. Vooraf legt de jongere de spelsituatie uit aan de medespelers, spreekt hun rol in en stopt de situatie als deze niet volgens de realiteit verloopt. Ook alternatieve scenario's worden uitgespeeld. <i>Omdraaien van de sociale rollen.</i> De therapeut speelt de jongere en de jongere speelt de therapeut in bijvoorbeeld een toekomstige ontmoeting.	Met jongeren wordt binnen dramatherapie ook veel gebruik gemaakt van realistische spelsituaties. Hiermee worden spelsituaties bedoeld die jongeren in hun dagelijks leven meegemaakt hebben of mee zouden kunnen maken. Situaties kunnen dus letterlijk worden na gespeeld. Eventueel is hierin een rolwisseling mogelijk of kan de spelsituatie binnen de therapie een andere / gewenste afloop hebben. Doordat de situaties dicht bij de realiteit van de jongere staan, roepen ze ook veel herkenning maar vaak ook emotie op. Binnen dramatherapie kunnen jongeren op deze manier experimenteren en zich nieuw rolgedrag eigen maken.

4.6.5 Technieken

De therapeut zet de volgende technieken vaak in:

- Psychodramatechnieken (rolwissel, dubbelen en spiegelen).
- Boal technieken.
- Uitvergroten, klap begin-eind spel, “transformation to the here and now”
- De jongere de leiding geven binnen een afgekaderde situatie. (De jongere vervult de rol van regisseur van een bepaalde scène, of is cameraman). Hoe communiceer je over en in spel?
- De videocamera gebruiken als spiegel mbt de interactie.

4.7 Cognitie

4.7.1 Werkwijzen

De *supportieve* werkwijze wordt hier ingezet om de cliënt te ondersteunen en aan te moedigen hem nieuwe cognities te laten waarnemen en ontdekken en al aanwezige cognities te aanvaarden of te accepteren.

Door middel van de *orthopedagogische* werkwijze leert de cliënt nieuwe cognitieve vaardigheden.

De *re-educatieve* werkwijze richt zich op het oplossen van bewuste innerlijke conflicten en het veranderen van disfunctionele cognities. Tevens op het verbeteren van de realiteitsoriëntatie en het moreel besef van de cliënt.

De *re-constructieve* werkwijze doelt op het expliciet maken van onbewuste schema's van de cliënt.

4.7.2 Doelen

Disfunctionele cognities worden (h)erkend

Het bewust worden van disfunctionele cognities binnen spel. Disfunctionele cognities in spelsituaties via tegenspel uitdagen en aan de werkelijkheid toetsen.

Disfunctionele cognities worden omgezet in functionele cognities

Binnen spel oefenen met het inzetten van functionele cognities (helpende gedachten). In spelsituaties de cliënt ondersteunen om helpende gedachten vast te houden. In reflectie op het spel het effect van de meer functionele cognities op de cliënt bespreken.

Gedrag van anderen wordt op een juiste wijze geïnterpreteerd (objectief versus subjectief)

Het objectief leren observeren van een spelsituatie om zo de persoonlijke interpretatie te leren onderscheiden van de feitelijke situatie.

De jongere ziet het eigen aandeel in ontstane conflicten (rolwaarneming) om verandering te realiseren

Door spelmatig te werken in fictieve en non-fictieve situaties wordt de cliënt zich bewust van het eigen aandeel in conflicten. Zo kan er een herwaardering plaatsvinden van eigen kwaliteiten en tekortkomingen in relatie met zijn cognities.

Verbeteren van opvattingen, waarden en normen, die criminaliteit of geweld goedpraten

Het bespelen en corrigeren van opvattingen en/of waarden en normen door deze binnen fictieve spelsituaties uit te dagen en tegengestelde opvattingen in het spel in te brengen en te oefenen.

4.7.3 Methoden

Bij de ingezette methoden wordt veel gebruik gemaakt van het in dramatherapie bekende kernproces "Participerend publiek" en "Getuige zijn van" (Jones, 1996,2007). Het principe dat de cliënt behalve als deelnemende speler ook als toeschouwer met meer distantie naar zijn eigen spel kan kijken, wordt hier sterk benut.

Methoden die dit principe sterk toepassen zijn o.a. de Stop-Gap methode (Geese Theatre van Baim, Brookes & Mountford, 2002) en het Forum Theater van Boal. Bij de Stop-Gap methode blijft de cliënt (anoniem) in het publiek kijken hoe een voor hem conflicterende situatie of belangrijk thema door anderen wordt uitgespeeld. Een methode die hier sterke overeenkomst mee vertoont is bv Play-Backtheater (Salas, 2009).

Bij het Forum theater (Boal, 1979) wordt een scène gespeeld waarbij het publiek de mogelijkheid heeft om suggesties voor handelingsalternatieven aan te dragen die de spelers in het spel kunnen gebruiken om zo de uitkomst van het spel te veranderen.

Het principe van 'imaginary exposure' wordt hier toegepast. Disfunctionele gedachten worden via metaforen in een scène getoond en hieraan wordt de cliënt binnen de rol blootgesteld. Die juiste afstand zorgt voor een handelingsruimte die de cliënt kan gebruiken om disfunctionele cognities te toetsen en te experimenteren met het ontwikkelen en zich eigen maken van nieuwe functionele cognities.

4.7.4 Werkvormen

Naam werkvorm	Korte uitleg
Rechtbank methode	Een cliënt wordt uitgedaagd om in een fictieve spelsituatie zoveel mogelijk bewijs aan te dragen voor zijn disfunctionele cognitie. De therapeut kan bewijs aandragen voor het tegendeel. Hierna vindt een rolwissel plaats.
Toverwinkel	In een spelsituatie (ruilwinkel) mag de cliënt eigenschappen (bijvoorbeeld angst, minderwaardigheidsgevoelens), waarvan hij teveel heeft, aanprijzen voor gebruik door een ander en deze omruilen voor eigenschappen waarvan hij graag meer zou willen hebben.
Forumtheater (Boal) of Stop-Gapmethode (Geese)	In een groep kunnen bepaalde thema's en opvattingen uitgewerkt worden in een scène. Na afloop mogen toeschouwers reageren, regieaanwijzingen geven en mee gaan spelen, waardoor het verhaal anders gaat aflopen. Welke veranderingen zijn mogelijk of wenselijk ter verheldering van de opvattingen?
Gebruik maken van video-opnames van spelscènes	Er kan gebruik worden gemaakt van video-opnames om een cliënt als toeschouwer terug te laten kijken naar een zelfgespeelde scène en deze objectief te observeren en te beschrijven zonder oordeel of juist met een oordeel.
Gesloten improvisatie met de vijf G's	Gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag, gevolg. Door remmende of helpende gedachten als speluitgangspunt mee te geven in een vastgelegde situatie ervaart de jongere het verschil in uitkomst.

4.7.5 Technieken

De technieken die door de therapeut gebruikt zijn:

- Het inzetten van publieksparticipatie: aanwijzingen worden gegeven door de toeschouwers.

- “Transformation to the here and now” (Johnson, 1982-2003): tijdens het spel betekenis geven aan of reflecteren over het spel, in relatie tot het eigen leven. Exploreren van motieven achter gedachtepatronen. (Kan eventueel ook als Terzijde).
- Aanbieden van een tegenrol, antagonist (vergelijk ‘divergent rendering’, Johnson)
- Andere psychodramatechnieken die hier gebruikt worden: dubbelen, spiegelen, rolwisseling.

HOOFDSTUK 5

REVIEW VAN KWALITATIEF EN KWANTITATIEF ONDERZOEK¹⁹

Henk Smeijsters

5.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is beschreven *hoe* vaktherapie werkt. Dit hoofdstuk is gewijd aan de vraag *of* vaktherapie werkt. Is er onderzoek bekend dat onderbouwt dat de vaktherapeutische interventie via de kerngebieden zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie een bijdrage levert aan de vermindering van de tekorten op de dynamisch criminogene factoren bij de in Hoofdstuk 1 beschreven doelgroep?

In dit hoofdstuk wordt weergegeven welke onderzoekresultaten er op dit gebied zijn. De resultaten zijn afkomstig uit een systematische review uitgevoerd door het NJi, aangevuld met een eigen review binnen het RAAK project. Op basis hiervan is Tabel 5.1 samengesteld. Het betreft soortgelijke interventies als de huidige interventie vaktherapie. Wij geven de verschillende onderzoeken en onderzoeksresultaten weer en vatten een en ander per medium samen.

Dit levert indirecte aanwijzingen op ('circumstantial evidence') over de effectiviteit van de interventie vaktherapie (Van Yperen & Veerman, 2008). Het eigen evaluatieonderzoek (zie de Hoofdstukken 6 en 7) levert directe aanwijzingen op voor de effectiviteit van de interventie vaktherapie.

5.2 Systematic review

NJi

Het Nederlands Jeugd Instituut (NJi) heeft, onafhankelijk van het RAAK project, een systematische review uitgevoerd naar het effect van creatieve therapie (Bartelink & Boendermaker, 2009). Er werd onder andere in PsychINFO, de Cochrane Collaboration en Campbell Collaboration gezocht. Kwaliteitscriteria die voor primaire studies werden aangelegd zijn: de aanwezigheid van een controlegroep (al dan niet gerandomiseerd), een duidelijk omschreven interventie, een heldere beschrijving van de statistische methoden, effectmaten en conclusies. Uit deze systematische review zijn voor het RAAK project die studies

¹⁹ Met dank aan het NJi dat een reeds uitgevoerde review naar vaktherapie van Bartelink & Boendermaker (2009) ter beschikking heeft gesteld, Bureau van Montfoort dat geholpen heeft bij het doorzoeken van de databanken en dr. Ruud Bosscher die de review heeft uitgevoerd voor psychomotorische therapie. Ook dank aan drs. Annemiek Vink en de studenten van de Master of Arts Therapies Zuyd (cohort 2010-2012) die onder haar leiding een search hebben uitgevoerd.

geselecteerd die gerelateerd zijn aan de probleemgebieden waar het RAAK project zich op richt. Dit leverde de volgende selectie op:

- het onderzoek van Freeman, Sullivan en Fulton (2003) naar het effect van dramatherapie op zelfconcept, sociale vaardigheden en probleemgedrag
- de meta-analyse van Kipper en Ritchie (2003) naar de effectiviteit van psychodynamische psychodramatechnieken
- de meta-analyse van Gold, Voracek en Wigram (2004) naar het effect van muziektherapie bij kinderen en adolescenten met psychopathologie
- de meta-analyse van Ritter en Graff Low (1996) naar effecten van dans-bewegingstherapie

RAAK-project

Binnen het RAAK project is een systematische review uitgevoerd. Dit gebeurde aan de hand van combinaties van de volgende *zoektermen*:

- “Drama therapy”, “offender”, “delinquency”, “prison”, “youth”, “adolescents”, “children”, “aggression”, “anger”, “violence”, “conduct disorder”, “oppositional behavior”, “social problems”, “hostility”
- Idem voor:
 - “Music therapy”
 - “Art therapy”
 - “Dance therapy”
 - “Movement therapy”
 - “Psychomotor therapy”, “physical activity”, “relaxation”

De volgende databanken zijn geraadpleegd: ScienceDirect, SUMSearch, Cochrane Library, Medline, Pubmed, Embase, PsychLit, Eric, NHS, NICE, NJi Utrecht, CBO / Trimbos Utrecht, Databanken van justitie.

Tabel 5.1 bevat een beschrijving van *de doelgroep, het design/ de methode, de meetinstrumenten* (indien van toepassing) en *de resultaten*. Gezien de stand van zaken in onderzoek is er in deze tabel vooralsnog voor gekozen een zo compleet mogelijk overzicht te geven van diverse bronnen van evidence (inclusief case studies en onderzoek onder vaktherapeuten). Het niveau van de onderzoeksdesigns en van de verstrekte data laat vaak nog te wensen over.

Tabel 5.1 Overzicht van effecten van Dramatherapie, Muziektherapie, Beeldende therapie, Dans-bewegingstherapie en Psychomotorische therapie bij delinquente jongeren

Medium	Onderzoek	Doelgroep (leeftijd, geslacht, aantal)	Design / methode	Meet-instrumenten	Resultaat
Dramatherapie					
	Trower (1978)	Adolescenten met sociale problemen	Review van trainingen	N.v.t.	De analyse van trainingen levert ingrediënten op die deel uit kunnen maken van de trainingen. Deze ingrediënten zijn: de bekrachtiging van gedrag door de peer groep, gedrag van een ander beantwoorden en zelf gedrag initiëren, denken in alternatieven, het perspectief van de ander nemen, rekening houden met mogelijke consequenties van eigen gedrag, de verwachtingen van anderen kunnen lezen en de acties en intenties van anderen kunnen weergeven.
	Hanna & Hunt (1999)	Agressieve, opstandige adolescenten tussen 14 en 19 jaar (oppositieel-opstandige stoornis en gedragsstoornis)	Case studies (meer dan 100)	Observationeel en interactief	Geeft een overzicht van werkzame dramatherapeutische technieken met als doel apathie wegnemen, leren omgaan met boosheid en gewelddadige impulsen. Aan de orde komen o.a.: de therapeutische relatie, humor, het gebruik van oneliners, omgaan met intimidatie, het masker en wat daar achter zit, de behoefte aan vrijheid en autonomie, werken aan de beschadiging die achter het probleemgedrag ligt, het ontwikkelen van empathie, werken met flooding en systematische desensitisatie, automatische reactiepatronen afbouwen.

Haen & Brannon (2002)	Emotioneel verwaarloosde jongens (lagere schoolleeftijd) met stemmingsstoornissen, Type-II trauma (zich herhalend), emotieregulatieproblemen, gewelddadig en vijandig gedrag	Case studies binnen een groepssetting (n niet bekend)	N.v.t.	Drie dramatische rollen 'superhelden', 'monsters' en 'baby's' en hun psychologische functies voor deze jongeren worden beschreven. De functies zijn respectievelijk: het ontwikkelen van de positieve kanten van jezelf, het bevredigen van de behoefte aan macht, vechten en temmen van eigen destructieve impulsen, het gebrek aan aandacht herstellen, het valse zelf (het masker) afleggen en andere rollen leren spelen. Deze rollen blijken in de praktijk effectieve instrumenten voor gedragsverandering.
Kipper & Ritchie (2003)	Studenten en cliënten (totaal n=1.325)	Meta-analyse (25 studies, waarvan 7 met cliënten en 2 met delinquente personen), de studies hebben een experimentele en een controlegroep	Een groot aantal betrouwbare en valide meetinstrumenten	• Een grote over all effect size* (ES=0,95) van alle studies en vier psychodramatische technieken (role reversal, role-playing, doubling, meerdere technieken) samen • Een grote effect size voor de technieken 'Role reversal' (ES=0,93) en 'Doubling' (ES=1,29) • Een kleine effect size voor 'Meerdere technieken' (ES=0,42) • Een zeer kleine effect size voor de techniek 'Role-playing' (ES=0,17) • Drie technieken verschillen significant van elkaar • Studies met een doelgroep met gemengde geslachten rapporteren over het algemeen een hogere effect size • Er is geen significant verschil in effect size tussen studies die studenten en studies die een klinische populatie gebruiken • Er is geen significant verschil in de effect size van technieken toegepast in één sessie vergeleken met meerdere sessies
Bornmann & Crossman (2011)	Kinderen en adolescenten in een forensische context (fifth en eight grade students van een urban middle school)	Experiment, randomisatie, experimentele groep met Playback Theatre (n=24), controlegroep met video interventie (n=23)	Children's View of Aggression (CVA) en Index of Empathy for Children and Adolescents (BEI)	Tolerantie voor agressie verminderde significant in de Playback Theatre groep ($p < 0.05$). Empathiescores verminderden niet significant. Kwalitatieve data wijzen uit dat volgens de respondenten het beter innemen van het perspectief van de ander verantwoordelijk was voor het effect van Playback Theatre.

Muziektherapie					
	Gardstrom, (1999)	Jongeren tussen 12 en 17 jaar veroordeeld voor een ernstig misdrijf (n=92)	Kwantitatief en kwalitatief	Zelf ontworpen vragenlijst	De jongeren (veelal liefhebbers van RAP muziek) zien muziek vooral als een spiegel van hun levensproblemen en niet als veroorzaker van hun gedrag (reflection-rejection theorie). Een deel van de jongeren ziet muziek tevens als uitlaatklep die emotionele en fysieke uitbarstingen van boosheid en vijandigheid vermindert (drive-reduction theorie). De jongeren beschouwen muziek alleen dan als risicovol als er al een negatieve arousal aanwezig is (excitation-transfer theorie).
	Codding (2002)	Muziektherapeuten (n=32)	Kwantitatief, kwalitatief	Survey	De meest significante effecten die muziektherapeuten waarnemen zijn: verminderde agressie, toename van de impulscontrole, toename van sociaal gedrag en emotionele responsen.
	Tyson (2002)	Delinquente jongeren in een gesloten inrichting (n=11)	Kwantitatief en kwalitatief	Pretest-posttest experiment met randomisatie, vergelijking tussen muziektherapie en groepstherapie	RAP muziek kan de therapeutische ervaring en het therapeutische resultaat versterken.
	DeCarlo & Hockman (2003)	Stedelijke adolescenten: een groep opgesloten voor moord, een groep delinquente jongeren met proefverlof en een groep niet-delinquente jongeren (n=21; elke afzonderlijke groep n=7; gemiddelde leeftijd 14 jaar)	Kwantitatief met posttest questionnaires; vergelijking tussen psycho-educatieve groepstherapie, RAP therapie en geen van beide	RAP Therapy assessment Scale (RTAS)	Alle deelnemers (overall sample) hebben een voorkeur voor RAP therapie. Significante verschillen ten faveure van RAP therapie treden op bij de variabelen relaxatie, opwindings, plezier, regulatie van boosheid, controle van impulsiviteit, vermijden van delinquent gedrag, normbesef, voorkomen zedendelict, sociale relaties, relatie tot dagelijks leven en besluitvorming. Tussen de drie groepen (moord, proefverlof, niet-delinquent) traden geen significante verschillen op.

Gold, Voracek & Wigram (2004)	Kinderen en adolescenten met psychopathologie (o.a. ontwikkelings-achterstand, autisme, emotionele stoornis, delinquenten, verstandelijke beperking, gedragsproblemen) (totaal n=188)	Meta-analyse (11 studies), vergelijking tussen muziektherapie met geen of een andere behandel-methode of vergelijking van situatie voor en na muziektherapie (cross over, wel/ niet gerandomiseerd met / zonder controlegroep)	Een groot aantal betrouwbare en valide meetinstrumenten	Muziektherapie heeft een middelgroot effect (ES=0,61) bij kinderen en jongvolwassenen met psychopathologie. Het effect (op zichtbaar gedrag) is groter bij gedragsproblemen (ES=0,96) en ontwikkelingsproblemen (ES=0,76) en gecombineerde problematiek (ES=0,82), dan bij (subjectieve ervaringen) van sociale vaardigheden (ES=-0,17) en het zelfconcept (ES=0,46). Het effect is groter bij een eclectische (ES=0,89), psychodynamische en humanistische benadering dan bij gedragsmodellen (ES=0,38).
Baker & Homan (2007)	Jonge zwarte delinquenten in opsluiting	Kwalitatief	Analyse van teksten, evaluatielijsten en interviews	RAP lessen boden jongeren de mogelijkheid door middel van positieve taal niet de negatieve aspecten van hun leven uit te drukken, maar juist de positieve. In de ogen van de respondenten nemen organiserend vermogen, zelfwaardering, reflectieve vermogens en productgericht werken toe. De toename van het 'creatieve zelf' leidt in de buitenwereld tot vriendschappen, respect en trots.
Krout (2007)	Delinquente adolescenten	Literatuur review	N.v.t.	Een van de besproken studies (Arnett, 1991) wijst uit dat 80% van de geïnterviewde mannelijke heavy metal fans (n=52) gitaar wil leren spelen. Turner (1996) wijst erop dat adolescenten een goede relatie opbouwen met een muziektherapeut die gitaar kan spelen. Kennedy (1998) onderzocht jongere delinquenten in de leeftijd van 12-19 jaar en stelde vast dat het leren van muzikale vaardigheden gecombineerd met cognitieve strategieën de zelfwaardering vergroot.

	Choi, Lee & Lee (2008)	Kinderen met zeer agressief gedrag (n=48)	Experimentele groep met groepsmuziektherapie (n=24) versus controlegroep zonder behandeling (n=24)	Child Behavior Checklist, Aggression Problems Scale (Parents), Child Aggression assessment Inventory (Teachers), Rosenberg Self-esteem Scale (Parents)	De muziektherapiegroep vertoonde op alle meetinstrumenten statistisch significante verbeteringen tussen voor- en nameting (minder agressie, meer self-esteem). In de controlegroep traden geen veranderingen op. De vergelijking tussen experimentele en controlegroep op de drie meetinstrumenten bij de nameting was telkens significant ($p < .001$ of $p < .05$).
Beeldende Therapie					
	Baillie (1998)	Gevangenis voor mannelijke jongeren tussen 17 en 21 jaar	Case studies	N.v.t.	De jongeren laten gevoelens toe en kunnen deze weergeven, breken door psychische blokkades, leren chaotische indrukken structureren, kunnen boosheid reguleren.
	Matto (2002)	Kinderen die ambulante en residentiële gecounseld worden (n=68)	Kwantitatief	Draw-A-Person test en Child and Adolescent Adjustment Profile parent-report	De Draw-A-Person test is een significante voorspeller voor een internaliserende gedragsstoornis ook na controle voor de Child and Adolescent Adjustment Profile parent-report.

Bennink, Gussak & Skowran (2003)	Adolescente jongens met diagnoses op As 1 en As 2 van de DSM-IV-TR, in een Department of Juvenile Justice (n=24)	Case studies	Monitoring gedurende het gehele verblijf m.b.v. Lusebrink's Expressive Therapy's Continuum (ECT) en de Media Dimension Variables (MDV)	Door te tekenen kunnen cliënten hun boosheid symbolisch ontladen en sublimeren, terwijl ze daar verbaal en cognitief niet toe in staat zijn. Nadat gevoelens in het beeldend werk een uitdrukking hebben gevonden blijkt het mogelijk hierover met anderen te praten.
Hartz & Thick (2005)	Vrouwelijke jonge delinquenten (n=27)	Quasi-experimenteel, 'art psychotherapy' versus 'art as therapy'	Harter Adolescent Self-Perception Profile	Beide groepen vertoonden een significante toename in globale zelfwaardering ($p < .05$ en $.01$). De 'art psychotherapy' groep vertoonde een significante toename in persoonlijke relaties (vertrouwen, nabijheid en self-disclosure) ($p < .05$) en in prosociaal gedrag ($p < .05$). De 'art as therapy' groep vertoonde een significante toename in algemene sociale acceptatie ($p < .01$).
Nissimov-Nahum (2008)	Beeldend therapeuten die werken met agressieve kinderen binnen de reguliere basisschoolsetting, geen speciaal onderwijs (n=113); 11 beeldend therapeuten die in de vragenlijst de meeste of minste vooruitgang rapporteerden	Survey, kwalitatief	Vragenlijst Diepte-interview	24% van de beeldend therapeuten rapporteert belangrijke vooruitgang; 49% rapporteert matige vooruitgang; 27% rapporteert geen vooruitgang of achteruitgang. Het onderzoek richt zich op knelpunten in de behandeling en ontwikkelt een conceptueel model dat de resultaten kan verbeteren. Geadviseerd wordt te werken op drie niveaus: 1) met het kind 2) met de leerkrachten en ouders 3) aan jezelf als therapeut om te leren omgaan met de eigen door het kind geprovoceerde agressie.

Nissimov-Nahum (2009)	Als boven. Aan de 11 beeldend therapeuten die in de vragenlijst de meeste of minste vooruitgang rapporteerden werd gevraagd een tekening te maken over de therapeutische relatie	Kwalitatief: fenomenologisch	N.v.t.	Succesvolle beeldend therapeuten tekenen zichzelf groter of even groot als de cliënt, kiezen voor zichzelf koude en voor de cliënt warme kleuren, tekenen contact, tekenen concreet, beweging. Niet succesvolle beeldend therapeuten tekenen zichzelf vaak kleiner, zichzelf in fletse kleuren en de cliënt in sterke kleuren, tekenen geen contact, vaak abstract, zonder beweging. In hun commentaar geven succesvolle therapeuten aan dat zij zich met de agressie van de cliënt identificeren, maar deze kunnen overwinnen. Niet succesvolle therapeuten zeggen de agressie van de cliënt te negeren.
Persons (2009)	Afro-Amerikaanse en Kaukasische ernstig delinquente jongens met depressieve stoornis, posttraumatische stressstoornis, gedragsstoornis, borderline stoornis en ADHD (n=64; tussen de 16 en 20 jaar)	Kwantitatieve en kwalitatieve (fenomenologische), inhoudsanalyse van 350 beeldende producten en interviews met de jongeren over beeldende therapie	N.v.t.	Beeldende therapie wordt ingezet omdat cognitieve gedragstherapie te verstandelijk is. De zes belangrijkste thema's die uit de beeldende producten naar voren komen (uitgedrukt in een % van in totaal van 350 beeldende producten; met een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van 0.94) zijn: identiteit (19,1%), behoefte aan zekerheid en rust (16,6%), behoefte aan vrijheid, avontuur en plezier (14,0%), behoefte aan ouders die aandacht geven (12,0%), behoefte aan affiliatie en affectie (11,0%) en seksuele behoefte (10,0%). De perceptie van de jongens over wat hen het meeste heeft geholpen laat het volgende beeld zien (Helpful Aspects of Art Therapy; uitgedrukt in % van jongens): vermindert boosheid (85%), vermindert automutilatie (80%), verbetert opbouwen positieve relaties met anderen (80%), vermindert depressie (75%), vermindert het in de problemen komen (65%), vermindert angst (65%), vermeerderd het gevoel van controle (55%), leidt tot meer tolerantie en acceptatie voor anderen (50%).

Dans-bewegingstherapie					
	Ritter & Graff Low (1996)	Diverse problemen (schizofrenie, obsessieve-compulsieve stoornis, persoonlijkheids-stoornis, ontwikkelingsachter-stand bij kinderen, adolescenten en volwassenen) (n=781)	Meta-analyse (23 studies, waarvan 14 met een controlegroep)	Een groot aantal betrouwbare en valide meetinstrumen-ten, waarvan de relevantie echter in twijfel wordt getrokken	De overall effect size was klein voor studies met psychische stoornissen (ES=0,37) en voor studies met ontwikkelingsachterstand (ES=0,43). De berekende effect sizes laten verder zien dat dans-bewegingstherapie vooral een effectieve behandeling is voor angst (ES=0,70) maar niet voor het zelfconcept (ES=0,27). Volwassenen en jongvolwassenen profiteren meer van dans-bewegingstherapie dan kinderen.
	Farr (1997)	Afro-Amerikaanse adolescenten die risico lopen psychosociaal te disfunctioneren	Literatuur review	N.v.t.	Dans wordt gezien als een natuurlijke en structurerende vorm van expressie voor deze doelgroep die, opgroeiend onder maatschappelijk slechte omstandigheden in een stedelijk getto, kwetsbaar is voor gedragsstoornissen, antisociaal gedrag, gebrekkige impulscontrole, aanpassingsstoornissen enzovoort. De hip-hop cultuur met RAP muziek en dans zijn in staat agressieve energie te kanaliseren. Meer lichaamsgeoriënteerde jongeren kunnen zo op een andere manier dan via de ratio hun emoties controleren. Dans komt tevens tegemoet aan de allochtone cultuur van jongeren waarin de dans een expressieve en transformatieve functie vervult.
Psychomotorische therapie					
	Sanderlin (2001)	Gevangenen, jeugdige delinquenten en gehospitaliseerde adolescenten met impulscontrole-problematiek	Review, met 4 RCT's	N.v.t.	Agressieregulatietraining, soms gecombineerd met relaxatietraining en sociale vaardigheidstraining leidt tot een significante verbetering in de agressieregulatie. De combinatie van cognitieve therapie en relaxatietraining zou het meeste effect sorteren.

Nickel et al. (2005)	Mannelijke, agressieve adolescenten, 16-18 jaar (n=81)	Kwantitatief, RCT: vergelijking progressive spierrelaxatie groep (n=40) met controlegroep (n=41)	STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory), SF-36 (Health Survey)	De State-Anger, Trait-Anger, Anger-Out en Anger-Control schalen van de STAXI (allemaal $p < 0.01$), en de Vitality (VITA), Social Functioning (SOFU), Role-emotional (ROEM) en Mental Health (PSYC) schalen van de SF-36 (allemaal $p < 0.01$), vertoonden significante veranderingen. Progressive spierrelaxatie blijkt effectief in de behandeling van agressie bij gestresste mannelijke adolescenten. Te verwachten is een verbetering van de kwaliteit van leven wat betreft geestelijke gezondheid.
Blake & Hamrin (2007)	Adolescenten met agressieproblematiek (tussen 5 en 17 jaar)	Een review van <i>a) experimenteel of quasi-experimenteel research;</i> <i>(b) niet farmaceutische, therapy-based interventies</i>	N.v.t.	Trainingen waarbij relaxatietechnieken werden aangeboden in combinatie met cognitieve gedragstherapie CGT waren effectief. In alle groepstrainingen werd ook rollenspel aangeboden.
Gaines (2008)	Adolescenten met agressieproblematiek binnen een justitiële jeugdinstelling (n=6)	Case study	Zelfevaluatie vragenlijsten, observatielijsten	Geen toename van agressie, bij twee personen een sterke afname van agressie na het volgen van een agressietraining waarbij ontspanningstechnieken een belangrijk onderdeel van het programma vormden.
Fite & Vitulano (2010)	Kinderen, 9-12 jaar (n=89)	Kwantitatief, correlatieel	Zelfevaluatie vragenlijsten voor ouders en kinderen	Er bestaat een negatieve correlatie tussen fysieke activiteit en proactieve agressie. Fysieke activiteit modereert de relatie tussen proactieve agressie en peer delinquentie zodat bij een hoog niveau van fysieke activiteit proactieve agressie niet gecorreleerd is met peer delinquentie, terwijl bij een laag niveau van fysieke activiteit proactieve agressie positief gecorreleerd is met peer delinquentie. Fysieke activiteit kan dus een belangrijke factor zijn om de verbinding tussen proactieve agressie en delinquent peer gedrag te beïnvloeden.

Meerdere / alle media					
	Ezell & Levy (2003)	Delinquente groep met diverse etnische jongeren (n=184, gemiddelde leeftijd 17,8 jaar)	Pretest-posttest	Self-Esteem Scale (Rosenberg), Peer-Relations Scale (Hudson) Community Identity Scale en Cultural Awareness Scale	• Geen vaktherapie, maar workshops door kunstenaars. De auteurs halen meerdere vroegere onderzoeken aan (zowel bij jongeren als volwassenen) waaruit blijkt dat agressie en geweld binnen de instelling met meer dan 50% verminderde en dat na vrijlating een verschil in recidive van meer dan 25% optrad ten gunste van cliënten die wel deelnamen aan de kunstprogramma's. • Eigen onderzoek van Ezell & Levy: Na korte workshops geen statistisch significante verschillen mbt. self-esteem, peer-relations, cultural awareness en identiteit (=differentiëren tussen leven in de instelling en in de gemeenschap). Wel was het aantal incidenten in de periode waarin kunstworkshops plaatsvonden statistisch significant lager dan in periodes zonder deze workshops. De follow up laat zien dat zes maanden na vrijlating de recidive van jongeren die aan de kunstprogramma's deelnamen 16,7% bedroeg, in vergelijking tot de jongeren uit de benchmark (zonder deelname aan kunstprogramma's) 32,9%.
	Bornmann, Mitelman & Douglas (2007)	Agressieve kinderen, 5-13 jaar, met een psychiatrische diagnose verblijvend in een psychiatrische instelling (n=48)	Two group repeated measure design, experimentele groep (n=25), controlegroep (n=23)	Observatielijst: Modified Overt Aggression Scale (MOAS)	Significante afname van agressief gedrag na het volgen van een combinatie van dramatherapie, beeldende therapie, imaginatie en Jacobsons progressieve relaxatie.

Smeijsters (2007)	Adolescenten en jong volwassenen in de forensische psychiatrie 17-26 jaar, (n=7)	Qualitative change process research	Resultaten kwamen tot stand door triangulatie van waarnemingen van cliënten, vaktherapeuten, psychologen en groepsleiders	Bij thema 'Kruitvat onder controle': -Lichaamssignalen herkennen en benoemen -Gradaties van spanning onderkennen -Differentiëren tussen spanningsniveaus -Verschillende spanningsniveaus kunnen uiten -Kracht opbouwen en afbouwen -Gevoelens kunnen uiten -De aanloop naar agressie onderkennen -Agressie tijdig onderbreken -Signalen afgeven die uitdrukking geven aan gevoelens -Impulsiviteit verminderen -Over gevoelens reflecteren Bij thema 'Agressief': -Afreageren, woede uitdrukken, uitschreeuwen, lichamelijk ontladen -De grove motoriek verminderen -Onderkennen in welk agressiegebied men verkeert -Agressie afremmen -Praten over conflicten en gevoelens i.p.v. impulsieve agressie -De kwetsbare kant zichtbaar maken
-------------------	--	-------------------------------------	---	---

*Effect Size (ES): <0,50 is klein, tussen 0,50 en 0,80 is middelgroot en >0,80 is groot.

5.3 Conclusies naar aanleiding van de systematic review

In onderstaande analyse zijn alleen die onderzoeken en case studies opgenomen die voldoen aan de volgende criteria: 1) het betreft een **cliënt**onderzoek (onderzoek waarbij cliënten betrokken zijn, dus geen onderzoek waar uitsluitend vaktherapeuten geïnterviewd worden e.d.) 2) de doelgroep zijn **kinderen/adolescenten** 3) de doelgroep vertoont aan **delinquentie** gerelateerde psychische stoornissen 4) het programma is een vorm van **vaktherapie** (dus geen educatieve programma's e.d.) 5) het betreft een onderzoek met behulp van een (kwantitatief of kwalitatief) **onderzoeksdesign** of een verzameling van **case studies** 6) het betreft **effect**onderzoek (dus geen onderzoek uitsluitend naar diagnostiek of productontwikkeling). De andere onderzoeken geven "circumstantial evidence" in bredere zin, maar in eerste instantie wordt uitgegaan van bovenstaande zes criteria.²⁰

5.3.1 Dramatherapie

Onderzoeksmethode

Er zijn een meta-analyse, een experiment en een groot aantal case studies beschikbaar.

Resultaten op probleemgebieden van delinquente jongeren

Zelfbeeld

Resultaten van case studies zijn: het bevredigen van de machtsbehoefte, het versterken van positieve kanten van jezelf en het valse zelf afleggen.

Emotie (en agressie²¹)

Resultaten van case studies benadrukken de werking van dramatherapie op de omgang met boosheid en gewelddadige/destructieve impulsen en het wegnemen van apathie. Het experiment laat een significante afname van tolerantie voor agressie zien.

Interactie

Geen onderzoeksresultaten beschikbaar.

Cognitie

Case studies maken melding van het herstellen van de aandacht.

Overige bevindingen

De meta-analyse laat een groot effect zien van de technieken 'role reversal' en 'doubling'.

²⁰ Op de website van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie is een review beschikbaar van vaktherapie in de forensische psychiatrie met volwassenen.

²¹ Alhoewel emotie niet identiek is aan agressie, is er in dit overzicht voor gekozen emotie en agressie bij elkaar te plaatsen.

Conclusie

De meta-analyse en het experiment bevinden zich op Niveau 2 van de hiërarchie die gehanteerd wordt bij de richtlijnontwikkeling van Trimbos/CBO²². De case studies, hier opgevat als de interpretatie van de deskundige vaktherapeut, bevinden zich op Niveau 4.²³

5.3.2 Muziektherapie

Onderzoeksmethode

Er zijn een meta-analyse gevonden, twee experimenten, een kwantitatieve posttest vergelijking, een kwalitatief onderzoek en een vragenlijstonderzoek (kwantitatief en kwalitatief).

Resultaten op probleemgebieden van delinquente jongeren

Zelfbeeld

De meta-analyse toont een kleine effect size op zelfconcept. Een van beide experimenten laat een significant effect zien op self-esteem. De kwalitatieve analyse rapporteert dat jongeren vinden dat de zelfwaardering, trots en het 'creatieve zelf' toenemen.

Emotie (en agressie)

De vragenlijst laat zien dat jongeren muziek zien als uitlaatklep die emotionele en fysieke uitbarstingen van boosheid en vijandigheid vermindert.

De RAP posttest vergelijking laat een significant positief verschil zien ten opzichte van psycho-educatie en groepstherapie op de gebieden: relaxatie, opwinding, plezier, regulatie boosheid, controle van impulsiviteit. Een van beide experimenten laat een significante vermindering van agressie zien.

Interactie

De RAP posttest vergelijking laat een significant positief verschil zien ten opzichte van psycho-educatie en groepstherapie betreffende sociale relaties. De meta-analyse laat een klein negatief effect zien op sociale vaardigheden. De kwalitatieve analyse rapporteert dat jongeren vinden dat de vriendschappen en het respect van anderen toenemen.

²² CBO staat voor: Centraal BegeleidingsOrgaan // Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg

²³ Niveau 1: 1 systematische review van tenminste enkele RCT's van goede kwaliteit of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde goede RCT's; Niveau 2: tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde RCT's van matige kwaliteit of ander vergelijkend onderzoek met een controleconditie;

Niveau 3: 1 RCT van goede kwaliteit, of een vergelijkend onderzoek van matige kwaliteit, of niet-vergelijkend onderzoek (b.v. voor/na zonder controleconditie); Niveau 4: de mening van deskundigen.

Cognitie

De RAP posttest vergelijking laat een significant positief verschil zien ten opzichte van psycho-educatie en groepstherapie op de gebieden normbesef en besluitvorming. De kwalitatieve analyse rapporteert dat jongeren vinden dat hun organiserend vermogen, de reflectieve vermogens en het productgericht werken toenemen.

Overige bevindingen

De RAP posttest vergelijking laat een significant positief verschil zien ten opzichte van psycho-educatie en groepstherapie op de gebieden: delinquent gedrag vermijden, zedendelicten voorkomen en relatie dagelijks leven. Het RAP experiment laat een versterking van de therapeutische ervaring en het therapeutisch resultaat zien.

De meta-analyse laat zien dat er een grote effect size optreedt bij gedragsproblemen en gecombineerde problemen en een middelgrote effect size bij ontwikkelingsproblemen.

Conclusie

Meta-analyse, experimenten en posttest vergelijking bevinden zich op Niveau 2 van de hiërarchie die gehanteerd wordt bij de richtlijnontwikkeling van Trimbos/CBO. Het kwalitatief onderzoek en vragenlijstonderzoek bevinden zich op Niveau 3.

5.3.3 Beeldende therapie

Onderzoeksmethode

Er is een quasi-experimenteel onderzoek, er is een inhoudsanalyse (kwantitatief en kwalitatief) en er zijn twee onderzoeken met case studies.

Resultaten op probleemgebieden van delinquente jongeren

Zelfbeeld

Het quasi-experimenteel onderzoek toont een significante toename in globale zelfwaardering.

Emotie

De diverse case studies laten effecten zien zoals: doorbreken van blokkades, emoties toelaten en uitdrukken, boosheid ontladen, reguleren, sublimeren en verbaal toegankelijk maken. Jongens rapporteren dat beeldende therapie hen geholpen heeft bij het verminderen van boosheid, depressie en angst.

Interactie

Het quasi-experimenteel onderzoek toont een significante toename in persoonlijke relaties, prosociaal gedrag en algemene sociale acceptatie. Jongens rapporteren dat beeldende therapie hen geholpen heeft bij het opbouwen van positieve relaties met anderen en bij het ontwikkelen van meer tolerantie en acceptatie voor anderen.

Cognitie

Case studies laten zien dat jongeren chaotische indrukken leren structureren en dat beeldend werken uiteindelijk de verbale en cognitieve verwerking mogelijk maakt.

Jongens rapporteren dat zij door beeldende therapie geholpen zijn bij het vermeerden van het gevoel van controle.

Overige bevindingen

Jongens rapporteren dat beeldende therapie hen geholpen heeft bij het verminderen van automutilatie en het voorkomen van het in de problemen komen.

Conclusie

Het quasi-experimenteel onderzoek en de inhoudsanalyse bevinden zich op Niveau 3 van de hiërarchie die gehanteerd wordt bij de richtlijnontwikkeling van Trimbos/CBO. De inhoudsanalyse bevindt zich op Niveau 3. De case studies, hier opgevat als de interpretatie van de deskundige vaktherapeut, bevinden zich op Niveau 4.

5.3.4 Dans-bewegingstherapie

Onderzoeksmethode

Er werd een meta-analyse gevonden met daarin 14 studies met een controlegroep.

Resultaten op probleemgebieden van delinquente jongeren

Zelfbeeld

De meta-analyse laat een klein effect size zien bij zelfconcept.

Emotie

De meta-analyse laat een middelgroot effect size zien bij angst.

Interactie

Geen onderzoeksresultaten beschikbaar.

Cognitie

Geen onderzoeksresultaten beschikbaar.

Overige bevindingen

De overall effect size voor psychische stoornissen en ontwikkelingsachterstand is klein.

Conclusie

De meta-analyse bevindt zich op Niveau 2 van de hiërarchie die gehanteerd wordt bij de richtlijnontwikkeling van Trimbos/CBO.

5.3.5 Psychomotorische therapie

Onderzoeksmethode

Er werden twee reviews (met RCT's), een RCT, een correlationeel onderzoek en een case study gevonden.

Resultaten op probleemgebieden van delinquente jongeren

Zelfbeeld

Geen onderzoeksresultaten beschikbaar.

Emotie (en agressie)

De RCT laat een significante verbetering zien op diverse aspecten van boosheid en emotionele gezondheid. Reviews, RCT, correlationeel onderzoek en case study duiden op een afname van agressie, afname van impulscontrole-problematiek en een afname van het verband tussen proactieve agressie en peer delinquentie.

Interactie

De RCT laat een significante afname zien van beperkingen op sociale en beroepsmatige activiteiten.

Cognitie

Geen onderzoeksresultaten beschikbaar.

Overige bevindingen

De RCT toont significante verbeteringen op vitaliteit.

Conclusie

De RCT's bevinden zich op Niveau 2, het correlationeel onderzoek bevindt zich op Niveau 3 van de hiërarchie die gehanteerd wordt bij de richtlijnontwikkeling van Trimbos/CBO. De case study bevindt zich op Niveau 4.

5.3.6 Alle media

Onderzoeksmethode

Gevonden werd een experiment en een kwalitatieve meervoudige gevalsstudie.

Resultaten op probleemgebieden van delinquente jongeren

Zelfbeeld

De kwalitatieve meervoudige gevalsstudie laat zien dat lichaamssignalen beter herkend en benoemd worden en dat de kwetsbare kant zichtbaar wordt.

Emotie (en agressie)

Het experiment laat een significante afname van agressie zien. De kwalitatieve meervoudige gevalsstudie laat zien dat een verbetering optreedt ten aanzien van emoties uiten, afreageren, woede uitdrukken, uitschreeuwen, lichamelijk ontladen, gradaties van spanning onderkennen, differentiëren tussen spanningsniveaus, verschillende spanningsniveaus kunnen uiten, onderkennen in welk agressiegebied men verkeert, de aanloop naar agressie onderkennen, agressie tijdig onderbreken en afremmen, impulsiviteit verminderen, signalen afgeven die uitdrukking geven aan gevoelens.

Interactie

Geen onderzoeksresultaten beschikbaar.

Cognitie

De kwalitatieve meervoudige gevalsstudie laat positieve effecten zien ten aanzien van praten over conflicten en gevoelens i.p.v. impulsief en agressief reageren. Ook het reflecteren over gevoelens verbetert.

Overige bevindingen

De kwalitatieve meervoudige gevalsstudie laat zien dat de grove motoriek vermindert, kracht wordt opgebouwd en afgebouwd.

Conclusie

Experiment en kwalitatieve meervoudige gevalsstudie bevinden zich op Niveau 3 van de hiërarchie die gehanteerd wordt bij de richtlijnontwikkeling van Trimbos/CBO.

Hoofdstuk 6

KWALITATIEF PROCES-EFFECTONDERZOEK

Jaap Welten & Henk Smeijsters²⁴

6.1 Inleiding

In een bijeenkomst met de onderzoekers van de betrokken instellingen werd halverwege de looptijd van het onderzoek gebrainstormd over het onderzoeksdesign. Diverse designs werden besproken zoals de randomized controlled trial (RCT), quasi-experimentele opzetten, meervoudige case studies, veranderingsonderzoek, doelrealisatieonderzoek, de N = 1 methode en actieonderzoek.²⁵ Uiteindelijk koos de meerderheid van de betrokken onderzoekers voor een meervoudige gevalsstudie met proces- en effectevaluaties, zowel kwalitatief als kwantitatief.

Dit hoofdstuk bevat de methode en resultaten van het kwalitatieve proces- en effectonderzoek. Het volgende hoofdstuk gaat in op de resultaten van het kwantitatieve effectonderzoek.

6.2 Methode

In de periode februari tot september 2010 zijn de ontwikkelde interventies in praktijk gebracht en geëvalueerd. Dit is gebeurd door projectgroepen met vaktherapeuten per medium (drama, muziek, beeldend, dans-beweging) onder leiding van een projectleider/ onderzoeker van KenVaK, de lector van KenVaK en de onderzoekers van de betreffende instellingen. Er was sprake van het in de reguliere praktijk toepassen en evalueren van de voorheen ontwikkelde interventies. Zowel de ontwikkeling als de uitvoering en evaluatie van de interventies was zeer praktijkgericht, dit wil zeggen niet-experimenteel opgezet. De reguliere praktijk werd daardoor nauwelijks beïnvloed door onderzoeksmatige ingrepen.

6.2.1 Procesevaluatie

Met procesevaluatie wordt bedoeld dat de vaktherapeuten onder leiding van de projectleiders/ onderzoekers van KenVaK de voortgang van het proces van toepassing bewaakt hebben.

Bij de start vonden per mediumprojectgroep een of meerdere bijeenkomsten plaats waarin de toepassing werd voorbereid. Tijdens de uitvoering vond met als doel het bewaken van de *behandelidentiteit* (doet

²⁴ Met dank aan alle vaktherapeuten en jongeren die aan de uitvoering hebben deelgenomen.

²⁵ Zie voor de diverse designs Van Yperen & Veerman (2008).

iedereen hetzelfde?) en *behandelintegriteit* (doet iedereen wat de bedoeling is?) supervisie plaats tussen de projectleider, de individuele vaktherapeuten en de mediumprojectgroep als geheel. Dit gebeurde via de e-mail, telefonisch en door bijeenkomsten met de hele groep. Behandelidentiteit en behandelintegriteit worden in onderzoek veelal bewaakt door het met observatielijsten analyseren van video-opnames. Dit is overwogen, maar in verband met praktische belemmeringen is hiervan afgezien.

De vaktherapeuten die de interventies toepasten deden regelmatig schriftelijk verslag aan de projectleiders. Dit gebeurde aan de hand van een aantal vragen over het verloop van het proces in de *procesevaluatielijst*. Deze werd elke sessie door de vaktherapeut ingevuld en diende als input voor het overleg tussen individuele vaktherapeut en projectleider. De projectleider nam bij de deelnemende vaktherapeuten tevens interviews af. Met behulp van de procesevaluatielijst en de interviews werden de behandeluniformiteit en behandelintegriteit bewaakt.

6.2.2 Programma-evaluatie

De programma-evaluatie richtte zich op de vraag in hoeverre de *dynamisch criminogene factoren* waar de programmadoelen zich op richten, zijn veranderd. Aangezien de voor vaktherapie relevante dynamisch criminogene factoren vertaald zijn naar de *kerngebieden* zelfbeeld, emotie, interactie, cognitie werd gemonitord of en welke veranderingen in de kerngebieden optreden.

Monitoring, of *treatment-response-feedback*, is een belangrijk middel om praktijk en onderzoek met elkaar te verbinden. De cliënt wordt van sessie-tot-sessie gevolgd en de voortgangsinformatie wordt onmiddellijk ter beschikking gesteld. Het toegepaste design is een variant op het *Qualitative Change Process Research* (Elliott, Slatick & Urman, 2001) en het *Leuvens Systematisch Case-study Protocol* (Stinckens, Verdru & Leijssen, 2009).

Tabel 6.2.1 geeft een overzicht van alle kwalitatieve en kwantitatieve momenten van dataverzameling.

Tabel 6.2.1 Evaluatiemomenten periode februari - september 2010

	OBSERVATIEPERIODE						Voormeting	BEHANDELINGSPERIODE										Nameting
Week nr	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Meetinstrumenten																		
BDHI-D							X											X
HID							X											X
TVA							X											X
RSES							X											X
CVI																		X
SBL	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Legenda: BDHI-D= Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch; HID=Hoe ik Denk-Lijst; TVA= Taken en Vaardigheden van Adolescenten; RSES= Rosenberg Self Esteem Scale; CVI = Cliëntveranderingsinterview; SBL= Sessiebeoordelingslijst X=evaluatiemoment

Er was sprake van maximaal 6 observatiesessies en 10 behandelsessies. Tien behandelsessies zijn te kort om bij deze doelgroep een effect te kunnen constateren. Dit geldt niet alleen voor vaktherapie. Toch werd hiertoe besloten. De reden was dat het RAAK project ten einde liep na de 10 behandelsessies. Er is daarom geprobeerd een eerste indruk te geven van mogelijke effecten. De therapieën liepen daarna door en om echt iets te kunnen zeggen over het effect is vervolgonderzoek nodig.

De kwantitatieve meetinstrumenten BDHI-D, HID, TVA en DSES worden in het volgende hoofdstuk besproken.

Na elke sessie werd de *Sessiebeoordelingslijst* afgenomen (SBL, ontleend aan de *Helpful Aspects of Therapy Form* van Elliott e.a., 2001). Het is een kwalitatief instrument, in te vullen door de vaktherapeut en cliënt en duurt 5 tot 10 minuten (zie kader). Na elke sessie heeft de vaktherapeut het gesprek met de jongere over de voorafgaande sessie opgenomen op audioapparatuur en n.a.v. daarvan de lijst ingevuld. De analyse van de sessiebeoordelingslijsten gebeurde door de projectleider.

<i>Sessiebeoordelingslijst</i> Vragen • Wat in de afgelopen sessie was het leukste? Waar voelde je je goed bij? • Waarom? • Wat was het spannendste? • Waarom? • Wat is je het meest bijgebleven? • Heb je iets nieuws geleerd / ontdekt? Denk aan: ○ Wat je in spel / muziek / beeldend / dans / beweging kunt maken ○ Wat dit over jezelf zegt ○ Hoe je je voelt ○ Hoe je met anderen omgaat ○ Hoe je over dingen en mensen denkt ○ Hoe je over jezelf denkt ○ Hoe tevreden je bent over wat je gemaakt / gedaan hebt (geef een cijfer tussen 0 en 10) ○ Waarom je wel / niet tevreden bent • Wat in de afgelopen sessie was niet leuk? Waar voelde je je niet goed bij? • Waarom?

Naast de sessiebeoordelingslijsten werd na 10 vaktherapeutische behandelsessies een *Cliëntveranderingsinterview* afgenomen (CVI, ontleend aan het *Change Interview* van Elliott e.a., 2001). Het is een kwalitatief instrument, in te vullen door de vaktherapeut en cliënt en duurt 30 minuten (zie kader). Het *cliëntveranderingsinterview* werd door de vaktherapeut en jongere samen ingevuld. Van deze gesprekken werden audio-opnamen gemaakt. De analyse gebeurde door de projectleider en de deelnemende therapeut.

Clientveranderingsinterview

Vragen

- Wat uit alle sessies was het leukste? Waar voelde je je goed bij?
- Waarom?
- Wat was het spannendste?
- Waarom?
- Wat is je het meeste bijgebleven?
- Wat in de sessies heeft je het meeste geholpen?
- Heb je iets nieuws geleerd / ontdekt? Denk aan:
 - Wat je in spel / muziek / beeldend / dans / beweging kunt maken
 - Wat dit over jezelf zegt
 - Hoe je je voelt
 - Hoe je met anderen omgaat
 - Hoe je over dingen en mensen denkt
 - Hoe je over jezelf denkt
 - Hoe tevreden je bent over wat je gemaakt / gedaan hebt (geef een cijfer tussen 0 en 10)
 - Waarom je wel / niet tevreden bent
- Kun je dit gebruiken buiten de therapie?
- Wat uit alle sessies was niet leuk? Waar voelde je je niet goed bij?
- Waarom?
- Waren er buiten de therapie andere positieve zaken?
- Waren er buiten de therapie storende zaken?

6.2.3 Data-analyse

De data zijn door de projectleider geanalyseerd met behulp van technieken ontleend aan de grounded theory methode van Strauss en Corbin (1998) en Boeijs (2005).. Het betreft de volgende *data-analysetechnieken*:

- *Open coderen*: tekstenfragmenten van een code voorzien
- *Axiaal coderen*: tekstfragmenten met soortgelijke codes bij elkaar in een categorie plaatsen; hoofd- en subcategorieën maken
- *Selectief coderen*: zoeken naar relaties, hoofd- en subcategorieën aan elkaar relateren (bv. in de zin van conditie en gevolg)

Daarbij vond een voortdurende wisselwerking plaats tussen analyses van eerdere data en nieuwe data (*constant comparison*).

Kwaliteitstechnieken, ontleend aan Lincoln en Guba (1985), die hierbij werden toegepast zijn:

- *Member checking*: bij de respondenten telkens toetsen of het resultaat strookt met wat ze bedoelen. Staat er wat er moet staan? Is dit wat er gezegd werd? Strookt dit met de praktijk? Het betreft hier met name de wisselwerking tussen projectleider/ onderzoeker en vaktherapeuten
- *Triangulatie*: gebruik maken van verschillende typen jongeren, verschillende soorten data (procesevaluatie, sessiebeoordelingslijst, cliëntveranderingsinterview, schriftelijk en mondeling)
- *Peer debriefing en auditing*: de resultaten voorleggen aan andere vaktherapeuten en de algemene projectleider

De data-analyse gebeurde voortschrijdend. Na de analyse van de afzonderlijke sessies vond voortschrijdend een cross- analyse plaats op basis waarvan overkoepelende categorieën tot stand kwamen. Deze categorieën worden bij de resultaten beschreven. Zij bestaan uit de door jongeren en behandelende vaktherapeuten ervaren effecten en methodische condities van vaktherapie. Onder methodische condities wordt verstaan wat in de betreffende vaktherapie aan het beleefde effect heeft bijgedragen.

6.2.4 Respondenten

Het totaal aantal cliënten en het totaal aantal sessies per medium dat aan het kwalitatief gedeelte deelnam staat vermeld in Tabel 6.1.2.

Tabel 6.2.2 Aantal cliënten dat heeft deelgenomen aan de toepassing en evaluatie

	Aantal cliënten dat werd opgenomen in de toepassing en kwalitatieve analyse (tussen haakjes het totaal aantal sessies)
Beeldende therapie	8 (80)
Dans-bewegingstherapie	5 (52)
Dramatherapie	7 (67)
Muziektherapie	6 (51)

6.2.5 Discussie

Het bijzondere aan dit kwalitatief gedeelte is, dat het mogelijk bleek de ontwikkelde interventies gezamenlijk toe te passen en consequent in de praktijk te monitoren. Het mag bijzonder genoemd worden dat de vaktherapeuten na elke sessie met de jongere de sessiebeoordelingslijst ingevuld hebben. Dit is niet alleen interessant uit het oogpunt van onderzoek, maar ook vanuit het oogpunt van behandeling, want de directe feedback van de jongere dient ook als input voor het vervolg van de behandeling.

Een nadeel van deze manier van evalueren is het verbale karakter. Deze jongeren zijn verbaal niet sterk. De meeste interviews duurden daarom heel kort en de data waren soms karig. Het laat wederom zien

hoe belangrijk het is behalve een non-verbale en non-cognitieve behandeling voor deze jongeren ook een non-verbale/non-cognitieve vorm van evalueren te ontwikkelen.

De procesevaluatie verliep incidenteel niet overal even soepel. Dit heeft onder andere te maken met de werkdruk van projectleiders en projectgroepleden, soms aangevuld met persoonlijke omstandigheden.

Er zijn geen 'harde' gegevens beschikbaar over de behandelidentiteit en behandelintegriteit. Of de behandeling op ongeveer dezelfde manier werd uitgevoerd zoals bedoeld werd door de vaktherapeuten zelf beoordeeld. Objectieve gegevens op basis van video-opnames ontbreken. Er is echter, aansluitend bij het spelkarakter van vaktherapie, bewust niet gekozen voor een strakke standaardisatie. De bedoeling was dat de vaktherapeuten binnen het afgesproken kader zouden blijven. Variaties daarbinnen waren toegestaan. Gezien de toegestane variaties in de behandeling was een strakke behandelidentiteit niet vereist. Daarenboven geeft de grote hoeveelheid data, verkregen door de sessiebeoordelingslijsten, een goede indruk van wat er daadwerkelijk gebeurde. Door de jongeren actief te betrekken bij de evaluatie van de interventie is de evaluatie van de toepassing niet uitsluitend afhankelijk van de mening van de vaktherapeuten.

De aard van de resultaten laten per medium nogal wat variatie zien. Alhoewel de afspraak werd gemaakt dat de dataverzameling en data-analyse plaats zouden vinden door gebruik te maken van technieken van de grounded theory, is hier in enkele gevallen van afgeweken. Dit had vooral te maken met de aard van de data. Zo bleek het bij dans-bewegingstherapie zinniger de casussen in beeld te brengen en niet te streven naar een grounded theory analyse die de afzonderlijke data overstijgt.

De kerngebieden die in het pilotonderzoek naar voren kwamen (zie Hoofdstuk 2) werden als kader voor de kwalitatieve analyse aangehouden. Maar conform de open benadering van grounded theory werd hiervan afgeweken als de data daartoe aanleiding gaven.

De data per medium variëren ook in de mate waarin de door jongeren en vaktherapeuten beleefde effecten verweven zijn met hun condities (de methoden, werkvormen en technieken van vaktherapie). Deze variaties zijn toegelaten. Er is niet gestreefd naar standaardisatie van de data om zo recht te doen aan de context en de personen die deze context construeren. Dit is in overeenstemming met de uitgangspunten van naturalistic/ constructivistic inquiry (Lincoln & Guba, 1985).

6.3 Kwalitatieve resultaten dramatherapie²⁶

Aan het praktijkonderzoek hebben drie dramatherapeuten deelgenomen. De dramatherapeuten zijn werkzaam in Avenier en de O.G. Heldring²⁷. Deze dramatherapeuten hebben het onderzoek afgenomen bij zeven jongeren die in behandeling waren.

De jongeren die hebben deelgenomen aan dramatherapie hadden als kenmerken: een laag tot gemiddeld IQ, gedragsproblemen, emotionele en sociale problemen. Dit uitte zich o.a. in impulsief gedrag, negatief gestemd zijn, een gebrek aan afstemming met de omgeving, gemakkelijk in conflicten met anderen belanden, snel gefrustreerd en driftig zijn, weinig doorzettingsvermogen, zelfoverschatting of zelfonderschatting, overmatige stress of gespannenheid etc.

Het uitvoerende praktijkonderzoek is in maart 2010 van start gegaan en is afgesloten in juli 2010. Het onderzoek bestond uit vier tot zes observatiesessies dramatherapie en tien behandelssessies dramatherapie. De dramatherapeuten hebben bij de uitvoering allen de handleiding van de interventie gevolgd (zie Hoofdstuk 4).

6.3.1 Emotie

Het kerngebied emotie blijkt het kerngebied te zijn waarop de data het meeste betrekking hebben. De grote hoeveelheid van data en de variëteit in de data resulteren in acht deelgebieden die ieder voor zich verder verfijnd zijn.

De deelgebieden zijn:

- Emoties van een ander herkennen
- Emoties bij jezelf herkennen
- Emoties beleven
- Emoties uiten
- Met emoties van een ander omgaan
- Met eigen emoties omgaan
- Inzicht in eigen copingstijlen ten aanzien van emoties
- De eigen emotie-expressie herkennen

²⁶ Met dank aan Elsa van den Broek voor haar ondersteuning bij de data-analyse.

²⁷De deelnemende dramatherapeuten waren Jorg de Man (Avenier), Marjolein Scholten (Avenier) en Josefiën van der Wekken (O.G. Heldring).

Emoties van een ander herkennen

Een juist begrip hebben van de door een ander getoonde emoties

Jongeren hebben soms moeite met het juist interpreteren van door anderen getoonde emoties. Soms wordt boosheid als verdriet gecategoriseerd en verdriet als angst. In een omgeving waarin emoties niet altijd op de juiste wijze worden geuit is dat een begrijpelijk gemis. Binnen dramatherapie kunnen de verschillende emoties onderscheiden worden en in spel herkenbaar gemaakt. Via spelscènes wordt op een gedistantieerde manier gewerkt aan het leren kennen en interpreteren van gespeelde emoties. Het feit dat het gespeelde emoties zijn verschaft veiligheid in het leren omgaan met voor de jongere lastige emoties. Een voorbeeld:

“Zodat je bij een ander kunt zien wat er met diegene is.”²⁸

Zich een juiste voorstelling kunnen maken van emoties

Via psycho-educatie en modelling wordt de jongere geleerd zich een juiste voorstelling te maken van emoties. Interpretatiefouten komen aan het licht als met zogenaamde emotiekaartjes wordt gewerkt. In het uitbeelden van emoties leert de jongere op een passende wijze een brede range van emoties dramatiseren via stem, houding en gezichtsexpressie. Een voorbeeld van het moeite hebben met het plaatsen van emotie:

“Wat voor emotie had die blinde mevrouw dan?” “Nou dat ze haar ogen dicht had.”

Emoties bij jezelf herkennen

De diversiteit van de eigen emoties herkennen

Het leren kennen van basisemoties en daarvan afgeleide emoties komt in het spel terug. Zowel uit fictieve situaties als uit situaties die voor kunnen komen in de dagelijkse leefwereld van de jongere wordt geput om eigen emoties te gaan herkennen. Ook situaties waarbij de gevoelsbeleving van de jongere nog diffuus is worden in het spel ingebracht en met emotionele begrippen verhelderd. Soms is de emotie-expressie het aanknopingspunt, op andere momenten start de communicatie over de emotie bij een vage gevoelsbeleving van de jongere. Een voorbeeld:

“Ooo ik ben een beetje moe, zeurderig.”

De emotie herkennen in het eigen gedrag

De jongere wordt in zijn emotie-expressie geconfronteerd door de therapeut die hem als het ware een spiegel voorhoudt. Via speltechnieken als dubbelen, spiegelen en rolwissel en door spelreflectie na afloop wordt de jongere duidelijk gemaakt welke emoties hij volgens de therapeut in zijn gedrag communiceert.

²⁸ De citaten zijn letterlijke teksten uit sessie-interviews of procesverslagen. Het betreft citaten van jongeren of dramatherapeuten

Een voorbeeld van een emotie die een vaktherapeut ziet in het gedrag van een jongere:

“De jongere heeft vaker angst voor het nieuwe.”

Emoties beleven

Emoties durven toelaten in aanwezigheid van een ander

Het feit dat er een ander aanwezig is en getuige is van wat de jongere in het spel meemaakt, zorgt ervoor dat de gespeelde en ervaren emoties meer bestaansrecht hebben gekregen. Zij vallen niet te verdoezelen. De therapeut is de externe toeschouwer die meekijkt op het innerlijke toneel van de jongere. Er is ruimte voor de jongere om gevoelens van onbehagen, somberheid, zich ongemakkelijk voelen, maar anderzijds ook onbedaarlijke lol te ervaren en te delen binnen de therapie. Deze mogelijkheid geeft tegenwicht aan het bij de doelgroep vaak voorkomende dagelijkse masker van je ongrijpbaar opstellen, ‘cool’ zijn en geen emoties tonen. Een voorbeeld van het niet toelaten van emoties:

“Ze lacht veel dingen weg, ze is druk als ze onzeker is.”

Emoties lichamelijk durven ervaren

Via drama wordt aandacht gegeven aan de lichamelijke beleving van spanning en onrust, maar ook aan het toestaan van ontspanning en overgave. Via lichaamsgerichte spel oefeningen wordt de jongere getraind om vanuit ontspanning te kunnen spelen. Een voorbeeld:

“Ik vind het moeilijk om stil te zitten; omdat je dan onrust in je lijf voelt.”

Kwetsbare emoties in het spel beleven

Beladen emoties worden in fictieve situaties met voldoende distantie bespeeld. In spelscènes en gespeelde verhalen worden juist die momenten uitgespeeld waarin de jongere met een kwetsbare emotionele laag wordt geconfronteerd. Het kunnen beleven van die kwetsbare emotie binnen de transformatie van een rol verschaft bescherming en distantie. Jongeren weten vaak goed welke emoties voor hen gevaarlijk terrein of no-go area's zijn en blokkeren in hun expressie bij een te directe benadering. De dramatherapeuten houden hier rekening mee in hun aanpak. Een voorbeeld:

“Dat ik mijn verdriet gewoon wegstop. En de laatste tijd, ik voel het zeg maar wel.”

Plezier beleven in het spel

Bij jongeren appelleert dramatherapie aan spelen, toneelspelen en spelplezier. Dramatherapie gaat gepaard met spontaniteit, spelplezier en spelvrijheid. Het plezier dat ervaren wordt door herkenning van eigen komische situaties, gedeelde humor, uitvergroten van situaties en ontlasting die voortkomt uit het opheffen van blokkades is van grote kwaliteit en zeer betekenisvol voor de voortgang van de therapie. De jongere staat nog met een been in de kindertijd en kent spelplezier nog als de dag van gisteren. Daarop sluit de dramatherapeut aan met speelse werkvormen die appelleren aan spontaniteit volgens het oude adagium: een hoog spontaniteitsniveau veroorzaakt een laag angstniveau. Een voorbeeld:

“Toneelspelen, dat is gewoon leuk.”

Emoties uiten

Eigen emoties en gevoelens tonen.

In de dramatherapie-sessies worden jongeren gestimuleerd om hun emoties en gevoelens te tonen. Dit tonen gebeurt zowel verbaal als non-verbaal. De therapeut probeert aan te sluiten op de verbale- en nonverbale communicatie van de jongere, stelt vragen en geeft gevoelsreflecties waaruit blijkt dat hij de lichaamstaal van de jongere opgemerkt heeft. Ook op ademgebruik, subteksten en intonatie wordt gelet om een aanknopingspunt te vinden waardoor contact over emoties versterkt wordt. Jongeren communiceren vaak via lichaamstaal en subteksten. Deels omdat hun verbaliteit nog niet zo ontwikkeld is, deels ook omdat zij door vroegere omstandigheden hebben afgeleerd of nooit hebben aangeleerd om gevoelens en emoties te verwoorden. Hier toont drama zich een non-verbaal medium dat verder kan reiken dan bijvoorbeeld gesprekstherapie en directer kan aansluiten bij het eigen taalkader en taalgebruik van de jongere ("ja, deuh").

Binnen drama worden werkvormen en ensceneringen aangereikt die het de jongere mogelijk maken om in een omgeving met voldoende 'containment' hun gevoelens en moties te uiten. Een voorbeeld:

"Ik ben helemaal kapot van binnen."

Gesimuleerde emoties speltechnisch uiten

Kunnen spelen met emoties vraagt inleving in die bepaalde emotie maar ook het adequaat en geloofwaardig tonen daarvan. Door de gevraagde emotie speltechnisch van buiten naar binnen te benaderen, leert de jongere de emotie te controleren en te hanteren. Bij de gesimuleerde emotie wordt een passende houding, stemgebruik, gezichtsexpressie, tempo etc. gezocht. De jongere wordt door de dramatherapeut als een speler in het theater geregisseerd in het uiten van zo'n emotie.

Het criterium geloofwaardigheid is van essentieel belang omdat het de jongere uitdaagt zo te spelen dat zijn "gespeelde" emotie ook werkelijk overkomt. Het speltechnisch doseren en regisseren van de emotionele expressie zorgt ervoor dat de jongere de emotie leert verkennen en hanteren zonder "door te flippen" of te blokkeren. De jongere wordt zich bewust van de eigen manier van uiten en breidt zijn expressiemogelijkheden uit. Een voorbeeld:

"Hij speelt het huilen redelijk geloofwaardig uit."

Met gesimuleerde emoties kunnen communiceren in spel

Oog krijgen voor de effecten van de getoonde emotie op de tegenspeler zorgt ervoor dat de jongere het voor theater belangrijke dubbele bewustzijn ontwikkelt. Bewustzijn van de gevoelens en gedachten van het personage en bewustzijn van de gevoelens en gedachten van de persoon die het personage speelt. Communiceren in spel met een tegenspeler betekent dat er een beroep wordt gedaan op de vaardigheid om te kijken naar de effecten van de eigen emotionele expressie. De jongere leert dat hij via spel moet communiceren en niet even uit het spel kan stappen en uitleggen wat de bedoeling is. Deze confrontatie met de effecten van de eigen expressie op het spel van de tegenspeler is heel waardevol omdat het de jongere directe feedback binnen het spel geeft. De dramatherapeut zorgt ervoor dat het tegenspel

dienstbaar is en past de mate van tegenspel aan de capaciteiten van de jongere aan (=accommoderen). Een voorbeeld:

“De andere speler neemt deze emotie over.”

Met emoties van een ander omgaan

Gevoelens van een ander kunnen aannemen en adequaat hanteren

Binnen drama is acceptatie van het spelaanbod van de ander, een belangrijk principe om te kunnen improviseren. De jongere wordt in improvisaties met een gespeelde emotionele lading van de tegenspeler geconfronteerd en kan uitvinden hoe hij of zijn personage op dit soort emoties reageert.

Dit vraagt de vaardigheid om je te kunnen openstellen voor de emotie van de ander en er dan vervolgens mee om te gaan. Door hier in spel mee te oefenen worden vaak ingesleten reactiepatronen in het omgaan met emoties (“als ma boos is, loop ik gewoon weg”) uitgebreid met nieuwe mogelijkheden. Een voorbeeld:

“Tegen wie schreeuw jij?”, vraagt hij me en vervolgens. “Praat liever met respect tegen mij!”

Gevoelens van een ander kunnen dubbelen, volgen

De ander kunnen imiteren is een belangrijke leervaardigheid die van jongsafaan toegepast wordt om zich in de ander te kunnen verplaatsen. Het kleine kind imiteert in fantasiespel het gedrag van de moeder.

De focus ligt bij dit aspect op het kunnen volgen van de ander. Dat is een belangrijke voorwaarde om samen te spelen. De jongere leert naar de ander te kijken, met de ander rekening te houden, zich in de ander te verplaatsen, zich met de ander te identificeren. Deze vaardigheden worden getraind in eenvoudige spiegel oefeningen en leid- en volgimprovisaties, maar ook in improvisaties waarin emoties worden geëxploreerd.

Drama biedt ook de mogelijkheid om de emoties van een ‘fictieve ander’ te exploreren. Door in de huid te kruipen van een personage dat ver van je eigen persoon afstaat, ontdekt de jongere aspecten die hij normaal niet zou ervaren. Bijvoorbeeld het verlegen meisje dat gevoelens van trots en eigenwaarde ervaart in de rol van de filmdiva. Een voorbeeld van het ontstaan van inzicht in de ander:

“Ze kon zeg maar, niets doen, want dan liep ik gewoon weer weg.”

Met eigen emoties omgaan

Voorkomen van in-adequaat met eigen emoties omgaan

Omgaan met eigen emoties is voor deze jongeren vaak lastig. Deels is hen dat nooit geleerd, deels vertonen jongeren vaak extreemgedrag als ze emotioneel worden en kunnen ze hun emoties slecht op eigen kracht ‘containen’. Sommige jongeren hebben bizarre manieren om met hun emoties om te gaan waarbij zelfbeschadiging een van de uitingvormen is. Binnen het spel kunnen emoties worden uitvergroot. Ook wordt via vervreemdings- en distantietechnieken gezocht naar een juiste distantie

waardoor een betere dosering van de gespeelde emotionele lading mogelijk wordt. Een voorbeeld van een doel bij de dramatherapie:

“Op zoek gaan naar andere manieren, dan snijden, om te ontladen.”

Adequaat met eigen emoties kunnen omgaan

De jongere wordt aangemoedigd om gevoelens onder woorden te brengen en emoties te uiten. Soms gaat dit indirect via fictief spel, soms gaat het direct en zijn de emoties van de jongere zelf het spelthema. Als de wijze van omgaan met emoties adequaat is, dan wordt dit zowel binnen het spel als bij de nabespreking door de therapeut bekrachtigd. Een voorbeeld:

“Ervaren dat een dag minder in je vel zitten erbij hoort en dat ze er dan nog steeds mag zijn.”

Inzicht in de eigen copingstijlen ten aanzien van emoties

Herkennen van eigen copingstijlen

De jongeren herkennen zichzelf in de copingstijlen die hun personages in het spel toepassen vanuit hun eigen leven. Het is bij dit item belangrijk dat de link wordt gelegd tussen het spel en de werkelijkheid. Voor de jongeren is dit vaak geen verrassing omdat ze in hun dagelijks leven ook vaak al op deze punten gewezen zijn. Het is echter wel vernieuwend dat ze in de rol van een personage diezelfde copingstijl meer kunnen uitvergroten en vanuit verschillende motieven kunnen uitspelen. En zo spelenderwijs de voor- en nadelen van die stijl kunnen tonen. Een voorbeeld van het herkennen van de eigen copingstijl:

“..toen ik tegen jou zei; ‘doe eens niet zo geïrriteerd joh’. Dat zou ik in het echt ook doen.”

Uitbreiden van het inzicht in de eigen copingstijlen

Binnen drama is het mogelijk om daadwerkelijk te oefenen met copingstijlen. Jongeren ervaren aan den lijve de belemmeringen die dat met zich meebrengt in het spelen door het dienstbare tegenspel van de therapeut. Dit kan zowel voortvloeien uit het spelen van fictieve situaties als uit het bespelen van situaties uit de leefwereld van de jongere. Ook wordt het inzicht in de eigen copingstijl uitgebreid door het doen van dramatische oefeningen die gericht zijn op emotie-expressie. Een voorbeeld:

“Dat het op de groep even niet zo lekker liep, omdat ik had lopen stapelen.”

Blinde vlekken ontdekken in de eigen copingstijl

Het feit dat de therapeut gericht naar de copingstijl van de jongere kijkt en daar binnen en buiten het spel verbaal en non-verbaal feedback op geeft, biedt kansen voor de jongere om eigen blinde vlekken te ontdekken. Een directe confrontatie met zo'n blinde vlek werkt vaak averechts. Drama biedt hiervoor de mogelijkheid om via het spel dit soort ontdekkingen te doen. Deze indirecte benadering maakt het voor de jongere vaak gemakkelijker om dit te accepteren omdat men zich minder als persoon aangevallen voelt. Een voorbeeld:

“Ze lijkt in haar eigen wereld te verdwijnen.”

De eigen emotie-expressie herkennen

Emotie-expressie herkennen

Het blijkt dat de jongeren via het tegenspel, de spiegel oefeningen en de videofeedback goed in staat zijn hun eigen emotie-expressie te gaan herkennen. Door dit indirect via het spel te doen is de feedback milder omdat het in eerste instantie over het spel van het personage gaat en pas in tweede instantie over de expressie van de jongere die dat personage speelt.

Door inzet van verschillende werkvormen kan afhankelijk van de jongere het accent gelegd worden op gezichtsexpressie, stemgebruik, oogopslag, houding en beweging.

Een ander aspect is dat de jongere terugkijkend naar het eigen spel aan de buitenkant kan zien wat hij innerlijk gevoeld heeft toen hij dat personage speelde. Zo ontstaat een zelfonderzoek bij de jongere waarbij intenties van het spel vergeleken worden met de uiteindelijke vormgeving. Is 'binnen' dan congruent met 'buiten'? Een voorbeeld hiervan:

“Als ik boos ben, dan komt het heel anders over.”

Emoties durven tonen

De jongere wordt in het spel geconfronteerd met het al dan niet kunnen spelen van meer kwetsbare emoties. Binnen de veiligheid van het spel en het doen-alsof karakter die beide distantie met de eigen persoon faciliteren, is het mogelijk om te experimenteren met emoties zonder voor je gevoel 'af te gaan'. Een voorbeeld:

“Toen was ik heel verlegen.”

6.3.2 Zelfbeeld

De data uit de sessie-interviews en de procesverslagen over het kerngebied Zelfbeeld zijn onderverdeeld in vier categorieën en in een logische volgorde geplaatst. Vanaf de fase in contact komen met het eigen zelfbeeld, ontstaat de fase van inzicht verwerven in het eigen zelfbeeld. Daarna volgt omgaan met het eigen zelfbeeld en tenslotte versterken van het eigen zelfbeeld. Deze categorieën zijn op zich weer onderverdeeld in kopjes waaronder de data verder gerangschikt worden en voorzien van een illustratie uit de sessie-interviews.

In contact zijn met het eigen zelfbeeld

Het eigen lichaamsbeeld en de lichaamsbeleving ontdekken

Door middel van het kijken naar zichzelf (video opnames) wordt jongeren een spiegel voorgehouden, waardoor de jongere zich meer bewust wordt van zijn uiterlijk, van zijn beleving van dat uiterlijk, van zijn stem, houding, postuur, gezichtsexpressie. De jongere wordt zich bewust hoe hij overkomt op een ander. De vraag rijst dan of het uiterlijke verschijnen overeenkomt met de innerlijke beleving en of de expressie van het zelfbeeld adequaat is. Jongeren hebben vaak nog geen vastomlijnd zelfbeeld. Binnen dramatherapie worden nieuwe aspecten van de identiteit ontdekt en ontwikkeld en toegevoegd aan het al bestaande zelfbeeld. Een voorbeeld:

"Je eigen idee over 'hoe wil ik nu staan'."

Een gezond rolrepertoire opbouwen

De jongere gaat sterkere en zwakkere kanten van zichzelf opmerken en erkennen. Hij accepteert dat in een rolrepertoire zowel sterke als minder sterke rollen opgenomen zijn. Dit draagt bij tot het realiseren van een vrije locomotie van de verschillende persoonseigen rolgedragingen in het dagelijks verkeer. Een voorbeeld:

"Hij zegt: positief dat hij dingen goed kan onthouden; negatieve eigenschappen heeft hij niet."

Zelfbewustzijn ontwikkelen

De jongeren ontwikkelen de 'toeschouwerrol' ten opzichte van zichzelf en worden zich meer bewust hoe zij acteren en overkomen zowel in de spelwerkelijkheid als in het dagelijks leven. Het zien en ervaren van eigen mogelijkheden en onmogelijkheden draagt bij aan een realistisch zelfbeeld. Via video-opnames, gespiegeld spel of rolwissel kan de jongere met eigen ogen zien hoe hij/zij overkomt en wordt de innerlijke drijfveer om zaken bij te stellen versterkt. Een voorbeeld:

"Ik ben best wel mooi op die film. Het bovenstuk."

Inzicht hebben in: hoe kom ik over?

In de dramatherapiesessies wordt de jongere geconfronteerd met de effecten van zijn spelhandelingen. Deels doordat hij die effecten zelf achteraf waarneemt en deels door de feedback van de tegenspelende therapeut. Er heerst bij de jongeren een leeftijdsgebonden fascinatie voor het onderwerp: hoe kom ik over? Door de vele mogelijkheden binnen drama om naar jezelf en je eigen spel te kijken wordt deze vraag regelmatig beantwoord. De jongere ziet wat het effect is van zijn expressie en gaat deze expressie vaak vanzelf bijstellen. Een voorbeeld van een reactie van een jongere over zijn overkomen:

"Ehm, een beetje agressief en zo."

Inzicht hebben in spanningen binnen het eigen zelfbeeld

De spanning tussen zelfbeeld en ideaal zelfbeeld ervaren

Jongeren in deze leeftijd weten zich vaak nog geen houding te geven. De mening van de ander weegt zwaar bij keuzes over uiterlijk, gedrag etc. Zo treedt er vaak spanning op tussen het zelfbeeld en het ideale zelfbeeld. Bij drama wordt het onvermogen om aan dat ideale zelfbeeld te voldoen vaak in het spel blootgelegd. De speler kan worden ontmaskerd en worden ontdaan van uitgekauwd typematisch buitenkantspel. Zo ontstaat ruimte voor meer oprecht van binnen gevoeld spel waar de jongere meer congruentie ervaart tussen hoe hij overkomt en zich van binnen voelt. Een jongere zegt hierover:

"Ik vind het moeilijk om mezelf een houding te geven."

De spanning tussen jezelf zijn en in contact willen zijn met de ander ervaren

Er treedt een spanning op tussen het manifesteren van de eigen identiteit en de bevestiging van uniek zijn en het opgenomen zijn en geaccepteerd worden door belangrijke leeftijdsgenoten. Drama biedt de mogelijkheid om de interpersoonlijke consequenties van de vormgeving van zelfbeeld en ideaal zelfbeeld

uit te spelen in realistische spelscènes. Zeker waar dit gaat over het uitoefenen van macht over een ander bijvoorbeeld in statusspelen. Soms leidt dit tot bijsturing en de bereidheid om het eigen zelfbeeld en de manifestatie van de eigen identiteit aan te passen aan de ander. Een jongere zegt hierover:

“Soms kan ik door mijn houding “hoger” overkomen.”

Sterke en zwakke kanten van zichzelf erkennen

Therapeuten signaleren dat het herkennen van eigen krachten en valkuilen door jongeren vaak terugkomt in de therapiesessies. Jongeren kunnen op speelse wijze eigenschappen van zichzelf opnieuw ontdekken en in een gewenste dosering uitproberen. Door te oefenen met “een tandje minder” of juist “een tandje erbij” wordt in het spel het nog kneedbare zelfbeeld aangepast aan het gewenste zelfbeeld en het daarbij behorende handelingsrepertoire. Analooq aan hoe een acteur zijn personage kan vormen en verder uitwerken biedt dramatherapie de mogelijkheid om de eigen persoon opnieuw te ontdekken en aspecten van die persoon te belichten. Een voorbeeld:

“Herkennen van krachten en valkuilen, dus wat kan ik goed en waar ben ik minder goed in.”

De spanning rond presteren en falen ervaren

Een terugkerend thema bij jongeren is dat ze kampen met faalangst en geneigd zijn eigen prestaties onder te waarderen of in twijfel te trekken. Gevoelens van schaamte en verlegenheid zijn remmend voor de spontaniteit, adequate expressie en het contact. Binnen de veiligheid van de doen-alsof situatie kan de jongere eigen angsten uitdagen, nieuwe copingstijlen uitproberen en in deze ‘exposure in vitro’ grenzen verleggen en nieuwe eigenschappen ontdekken of herwaarderen. Een therapeut beschrijft dit effect als volgt:

“Dat de jongere binnen het medium iets uit haar schulp is gekomen.”

Wijzigen van het eigen zelfbeeld

Beschikken over nieuwe copingstijlen

Jongeren hebben vaak wat eenzijdige copingstijlen aangeleerd. Vaak zijn deze stijlen ook verankerd door ervaringen die ze in het verleden hebben meegemaakt. Binnen dramatherapie wordt soms de link gelegd met het verleden om duidelijk te maken dat die copingstijl toentertijd misschien wel, maar tegenwoordig niet meer effectief is. Het repertoire van de jongere in het omgaan met situaties kan uitgebreid worden en ook kan het inzicht ontstaan dat het zelfbeeld misschien wel onnodig zwaar beïnvloed is door die vroegere ervaringen. Door te spelen met de tijdslijn, wordt geoefend met het uitbreiden van copingstijlen die nu en in de toekomst meer adequaat kunnen zijn. Een jongere over deze techniek:

“Hoe kan het dat ik doe alsof ik helemaal niet ben weg geweest?”

Jezelf kunnen belonen en accepteren

Vanuit een laag zelfbeeld is het lastig om jezelf te belonen en zelfvertrouwen op te bouwen. Binnen en na het spel worden jongeren gestimuleerd om op de eigen spelprestaties realistisch commentaar te geven. Negatieve kritiek wordt daarbij gereguleerd en positieve feedback wordt door de dramatherapeut extra bekrachtigd. Een voorbeeld van eigen commentaar van een jongere:

“Omdat ik best wat meer in de camera kan kijken en met wat meer pit mag spelen.”

Gewijzigde hardnekkige zelfopvattingen

Het kunnen spelen met eigenschappen van jezelf vraagt een grote persoonlijke souplesse. Soms is er te weinig discrepantie tussen spel en werkelijkheid waardoor het onmogelijk is om een eigenschap te dramatiseren. Op andere momenten lukt het om werkvormen aan te bieden waardoor het onderscheid tussen spel en werkelijkheid voldoende aanwezig is en de jongere met de juiste distantie opvattingen over zichzelf in het spel kan onderzoeken en ervaren. Via tegenspel, rolwissels, spiegelen en andere distantietechnieken blijkt de gewenste losheid te ontstaan waardoor hiermee gespeeld kan worden op een manier die jongeren aanspreekt. (Hier zit sterke overlap met het kerngebied cognitie). Een voorbeeld:

“Heb ik weer dat uitgaan van het ergste, maar uiteindelijk was het wel heel leuk.”

Een versterkt eigen zelfbeeld

Betere zelfreflectie op de spelervaring

Het bekijken van eigen dramaproducten brengt voor de jongere concreet aan het licht wat wel en niet goed gaat in het spel. Jongeren herkennen in hun spel de eigen leerpunten op een heel concrete wijze. En, omdat het toch maar spel is, biedt het ook de mogelijkheid voor repetitie en herkansing zonder dat voor het eigen gedrag rekenschap moet worden afgelegd. Jongeren ervaren die speelruimte en benutten de mogelijkheid om te experimenteren en “op hun bek” te gaan zonder dat ze voor hun gevoel afgaan in de publieke ruimte. Een reactie van een jongere:

“Ik wist mezelf beter een houding te geven.”

Positieve ervaringen ten aanzien van het eigen zelfbeeld en de identiteit

Jongeren zijn trots op de eigen producten. Het werken aan een eigen dvd is een mooi voorbeeld van een eigen product waarmee de jongere zijn vooruitgang kan tonen aan de buitenwereld. De positieve spelervaring grijpt diep in in de persoonlijkheid van de jongere. De ervaring wordt als levensecht opgeslagen en maakt vanaf dat moment deel uit van het handelingsrepertoire van de jongere. De jongere heeft het niet alleen begrepen, hij heeft het in spel ook zelf gevoeld.

De overwinningen in het spel zijn werkelijke overwinningen en worden ook zo door de jongere erkend. Deze aan den lijve ervaren overwinningen op eigen angsten, geremde expressie en lage dunk van zichzelf dragen bij tot een stevig verankerd versterkt zelfbeeld. Een voorbeeld van zo’n positieve ervaring:

“Dat ik het tóch heb gedaan.”

6.3.3 Kerngebied Interactie

Binnen dramatherapie ligt de focus, zowel in het spel als daarbuiten op interactie, ik en de ander en hoe die met elkaar omgaan. Spel en het terugzien van het gespeelde middels video-opnames, geeft de jongere zicht op hoe hij met anderen omgaat, wat er zich tussen hem en de ander afspeelt, hoe er op elkaar gereageerd wordt. Het eigen aandeel in de interactie staat hierbij centraal. Thema’s die telkens

terugkomen zijn: samenwerken, leiden, volgen, incasseren en reageren. Binnen het spel worden werkvormen aangeboden die hier een beroep op doen.

De jongere krijgt meer zicht op eigen interactiegedrag: grenzen en hoe die wel of niet gehanteerd worden in contact met de ander, wel of niet in contact blijven met de ander als het lastig wordt, conflicten opzoeken in contact of juist vermijden, omgaan met kritiek en het effect daarvan op de communicatie over en weer.

Daarnaast krijgt de jongere meer zicht op de eigen houding en hoe dat het contact met de ander beïnvloedt, bijvoorbeeld een voorkeur voor een Hoge Status houding die een bepaalde tegenreactie oproept.

Het eigen aandeel in de interactie herkennen

Een gebrekkige zelfmanifestatie herkennen

Jongeren merken op hoe ze zichzelf presenteren in de interactie. Zowel binnen het spel als in het contact met de therapeut buiten het spel om kan dit aspect naar voren komen. De zelfexpressie kan geremd zijn door eerdere ervaringen. Het in de gaten krijgen hoe iets overkomt is vaak een belangrijke en soms ook confronterende ervaring. Drama biedt mogelijkheden om deze aspecten van communicatie heel expliciet zichtbaar te maken. Door de expressie onder te verdelen in gezichtsexpressie, houding, beweging en stem krijgt de jongere op concrete gebieden theatertechische adviezen ter verbetering van die expressie zodat hij meer vertrouwen in de eigen expressie gaat krijgen. Een voorbeeld van een jongere:

“Dat ik wel zeg dat ik er last van heb, maar dat niemand ziet dat ik geraakt ben.”

De afhankelijkheid van de ander voor de interactie herkennen

Sommige jongeren stellen zich afwachtend op in de communicatie en nemen geen of weinig verantwoordelijkheid voor het goed verlopen van de interactie. Ze kijken de kat uit de boom en stellen zich reactief op. Het spel maakt dit soort voorkeuren en patronen zichtbaar. Binnen spelvormen kan vervolgens het samenspel gestimuleerd worden door vooraf af te spreken wie voor de improvisatie initiatief moet nemen. Personages kunnen leidende of volgende eigenschappen toebedeeld krijgen. Op deze manier kan de jongere vertrouwd raken met het aangaan van interactie. Hier is ook een overlap met sociale vaardigheidstrainingen zichtbaar. Bijvoorbeeld rollenspel met als onderwerp het ‘maken van een praatje’. Een uitspraak van een jongere waarbij dit afhankelijke patroon zichtbaar wordt is:

“Nee, hun moeten met het initiatief komen!”

Het eigen interactiegedrag ervaren en vergelijken met het rolgedrag van personages in fictieve spelscènes

Doen-alsof spel maakt het mogelijk om een vergelijking te maken tussen ‘ik’ en ‘niet-ik’. Tussen het personage en de persoon. In fictieve spelscènes kunnen thema’s gespeeld worden die voor de jongere soms ver van zijn bed staan, maar toch interessant zijn om mee bezig te zijn. Die distantie (‘er was een heel lang geleden, in een land hier ver vandaan’) is belangrijk voor de transformatie en verschaft een verhulling waar de jongere zaken kan ervaren zonder zichzelf in het spel bloot te hoeven geven. Zo kunnen onderontwikkelde aspecten van het interactierepertoire van de jongere losjes verkend worden

zonder dat het gelijk een zwaar persoonlijk leerpunt wordt. Dit is belangrijk voor het op gang houden van de motivatie.

Bij het achteraf zoeken naar verschillen en overeenkomsten blijkt dat de jongere toch koppelingen met de eigen interactie weet te maken zonder dat het spelplezier en de spontaniteit verdwijnt. Een voorbeeld:

“Ik zou niet meteen gaan huilen zoals zij, ik zou zeggen “mevrouw niet zo aanstellen.””

Herkennen van non-verbale patronen in de interactie

Binnen improvisaties wordt zowel op het verbale als het non-verbale aspect van de communicatie gelet. Juist het non-verbale aspect geeft vaak nieuwe spelinput. De jongere leert dat het mogelijk is om met dit non-verbale aspect te gaan spelen en dit te integreren in zijn spel. (bijvoorbeeld klant: “Nu kunt u wel zo uit de hoogte kijken, maar dit product is toch echt kapot.”). Zo gaat de jongere de non-verbale interactie bewuster gebruiken en krijgt er meer grip op in de dagelijkse omgang met anderen. Een reactie van een jongere:

“Geleerd dat ik mensen heel erg aankijk en dat ik rechtop blijf met mijn rug.”

Het eigen interactiegedrag vergelijken met gewenst sociaal rolgedrag in dagelijkse situaties

Dagelijkse situaties waarin de jongere interactieproblemen ervaart of tegenkomt worden binnen drama uitgespeeld in interactiedrama's en/of rollenspelen. Door de inzet van psychodramatechnieken als rolwissel, dubbelen en spiegelen gaat de jongere exploreren wat meer adequaat interactiegedrag zou kunnen zijn en inzien dat het eigen repertoire hier uitgebreid zou kunnen worden. Door het aanbieden van anticiperend rollenspel gaat de jongere de directe voordelen van een verbeterde interactie voor zichzelf herkennen. Een voorbeeld:

“Nee echt, ik ben niet aan het geinen, ik meen het serieus, ik wil niet weg.”

Verbeteren van het eigen interactiegedrag

Inzicht in de toepassing van eigen humor

Humor is een belangrijk smeermiddel voor interactie binnen drama. De jongere ontwikkelt gevoel voor passende spontaniteit en merkt hoe eigen vindbaarheid in het creëren van grappige spelsituaties de interactie tussen de spelers verbetert. De jongere ontwikkelt zo zelfvertrouwen en leert hoe hij ook in andere sociale situaties de eigen humor kan inzetten om het sociale klimaat positief te beïnvloeden. Een voorbeeld:

“Jij bedacht zelf dat ik als oud omaatje ging springtouwten.”

Kunnen omgaan met interactiesituaties die voorkomen in het dagelijks leven

Drama biedt de mogelijkheid om gebeurtenissen uit het leven van de jongere na te spelen maar ook, omdat het maar spel is, alternatieve scenario's uit te proberen. De jongere kan binnen drama oefenen in het gewenste sociale gedrag en aanleren hoe hij zich in een bepaalde situatie het best of het liefst wil gedragen. De therapeut vertaalt de inbreng van de jongere in een dramatische vormgeving en enscenering zodat de situatie vanuit verschillende invalshoeken uitgespeeld kan worden. Een voorbeeld:

“Ja, en als ik het ergens niet mee eens ben, niet meteen wat terug zeggen.”

Anticiperen op interactiesituaties die voorkomen in het dagelijks leven

Drama biedt de mogelijkheid van anticiperend rollenspel. Dit houdt in dat pro-actief geoefend wordt voor situaties die in toekomst kunnen plaatsvinden. Bijvoorbeeld oefenen voor een sollicitatiegesprek voor een vakantiebaantje. De therapeuten geven aan dat het belangrijk is om qua situatiekeuze aan te sluiten bij de belevingswereld en de motivatie van de jongere.

Het verbeteren van eigen interactiegedrag vindt voornamelijk plaats door middel van oefenen en experimenteren binnen spel. Herhaling en variëren op een thema blijkt hierbij een geschikte manier te zijn om interactiegedrag te verbeteren en te onderzoeken. Binnen spel bekleden jongeren rollen die minder bekend zijn en breiden zo hun rolrepertoire uit. Een voorbeeld:

“Je bent nieuw in de klas en je moet je voorstellen.”

Verbeterd inzicht in de eigen interactie

Het effect van houding en stem in de interactie zien

Door binnen het spel te ervaren hoe een kleine verandering in houding, stemgebruik, gezichtsuitdrukking of de afstand tot de ander een groot verschil kan maken in de interactie, kan de jongere ervaren dat er soms maar kleine veranderingen nodig zijn om een situatie positief te beïnvloeden. Een voorbeeld:

“Ik keek de hele tijd zo, ze keek zo terug, ze begon zo te lachen. Je weet toch... Oogcontact maken.”

Inzicht in de eigen reactiepatronen

Situaties die door de jongere ingebracht en uitgespeeld zijn, worden tussentijds of na afloop besproken. De feedback van de therapeut helpt de jongere om vaste interactiepatronen te gaan zien in het eigen spel. Video-opnames van het spel helpen bij het concreet aanwijzen van die patronen.

Ook maakt de jongere de transfer naar situaties die elders voorkomen en brengt dit als spelmateriaal in. Een voorbeeld:

“Met controle, zegt ze, bereikt ze meer dan met hysterie.”

Inzicht in het handelingsrepertoire bij interactie

Het uitbreiden van het rolrepertoire leidt tot het hebben van meer keuzemogelijkheden. Weten dat een kleine verandering een groot en gunstig effect kan hebben maakt de speelruimte in contact met de ander letterlijk groter. “Als ik rustig blijf, dan blijft de ander ook langer rustiger” is een voorbeeld van zo’n verbeterd interactiebesef. Elke situatie vraagt om een andere reactie. De jongere vergroot de eigen flexibiliteit door middel van improvisatie, leert te reageren op het onverwachte. Het merken dat eigen keuzes invloed hebben, sterkt de jongere in het besef dat er controle kan zijn in interactie met anderen. Ook het hebben van meer alternatieven leidt tot het ervaren van meer vrijheid in contacten met anderen. Het niet ervaren van deze controle leidt vaak tot impulsiever gedrag waarbij voorbij gegaan wordt aan de

eigen behoeften (overschreeuwen/vermijden) of aan wat gepast is in bepaalde situaties (grenzen/normen). Een voorbeeld:

“Ik weet wel hoe ik moet reageren maar in sommige situaties niet”

Kunnen omgaan met lastige interactiesituaties

Eigen thematiek inbrengen

Het creëren van een vertrouwensbasis is een belangrijk doel in dramatherapie. De jongere moet zich veilig voelen om persoonlijke zaken te bespreken en in te brengen en daarvoor het juiste moment af te wachten. Het individuele karakter van de dramatherapie draagt hieraan bij. Een voorbeeld:

“H wil hierover niet verder in gesprek. Dat is privé aldus H.”

Beschikken over gedragsalternatieven in fictieve situaties

Drama biedt de mogelijkheid om lastige situaties met meer distantie te spelen. Door de inzet van fictie wordt het doen-alsof karakter gestimuleerd. De zo geënceneerde situatie wordt voor de jongere meer een ‘ver-van-mijn-bed show’ die het mogelijk maakt om vanuit de gespeelde rol te experimenteren met gedrag dat de jongere zelf niet zo gauw zou toepassen. De fictieve rol en situatie verschaft dus veiligheid door de distantie.

Therapeuten geven aan dat het bewaken van het doen-alsof karakter bij deze jongeren erg belangrijk is omdat anders het spel direct blokkeert. Een voorbeeld van een lastige situatie volgens een jongere:

“Dat we van verschillende gangs zijn en dat we dan ruzie met elkaar krijgen.”

Beschikken over gedragsalternatieven in realistische situaties

Spel met het ‘alsof’ karakter, biedt ruimte om moeilijke zaken te spelen zonder de consequenties die daarbij horen. Deze ruimte wordt door de jongere benut om de ‘lastiger’ zaken te spelen. Lastig zijn die zaken waarin de identiteit of het zelfbeeld van de jongere nog niet duidelijk is (“Waar ligt mijn grens?”, “Wat wil ik?” en “Wat wil ik niet?”).

Afhankelijk van de hoeveelheid last wordt er gekozen voor spel waarin de jongere ‘als zichzelf’ een situatie het hoofd probeert te bieden, of waarin de jongere tegenspel biedt en de therapeut laat zien hoe er met de situatie omgegaan kan worden. Er wordt veel gebruik gemaakt van het werken met perspectieven op een situatie, rolwissel en video-opnames.

De dramatherapeut nodigt uit tot het spelen van rollen die minder bekend zijn, of waar tegenop gezien wordt, bijvoorbeeld de hoofdrol spelen als de jongere geneigd is zichzelf in spel klein en onzichtbaar te maken. De uitdaging kan daarnaast in de spelvorm zitten (een conflict oplossen, omgaan met een vaststaand gegeven) of juist in de therapeutische attitude (ondersteunen, dienstbaar tegenspel bieden, valideren, begrenzen). Een voorbeeld:

“Situaties waarin negatieve feedback geven en verontschuldigen aan bod komen.”

6.3.4 Kerngebied Cognitie

Het kerngebied Cognitie vertoont soms overlap met het kerngebied Zelfbeeld. De data uit de sessie-interviews en de procesverslagen kunnen dan ook voor de data-analyse soms dubbel gebruikt worden. Dit verklaart waarom in de tabellen met uitspraken van therapeuten en jongeren tekstfragmenten terugkomen die al eerder bij de data-analyse van het kerngebied Zelfbeeld zijn gebruikt. Het betreft de volgende deelgebieden:

- Cognities over zichzelf herkennen en benoemen
- Cognities kunnen uitdagen
- Cognities over anderen en de omgeving herkennen
- Inzicht in eigen cognities
- Cognities kunnen bijstellen

Cognities over zichzelf herkennen en benoemen

Cognities over het eigen uiterlijk herkennen

Dramatherapie maakt het mogelijk voor de cliënt om eigen cognities te beschouwen. Cliënten ontwikkelen de toeschouwerrol in zichzelf. In producten kun je achteraf terugkijken, of tijdens het spel middels rolwisselingen letten op cognities die je hebt over jezelf. Dit leidt tot een toename van de communicatie over deze cognities, waardoor er een stap gemaakt wordt naar het uitdagen van cognities over zichzelf.

Jongeren krijgen inzicht in hoe zij of hun personages overkomen in het spel door zichzelf terug te zien op video. De eigen feedback wordt aangevuld met de feedback van de therapeut en soms met elkaar vergeleken. De jongere betraapt zichzelf op het aannemen van poses, maskeren van het gevoel en krijgt ervaring met 'echt' overkomen. Een voorbeeld van een reactie van een jongere:

"Ik zag er vreselijk uit."

Cognities over falen en presteren herkennen

De mogelijkheid om te werken aan een therapeutische opvoering of presentatie biedt een kans om binnen een veilig kader met toneel-fenomenen als "plankenkoorts" en "afgaan" te werken. De ervaring van wel of niet iets kunnen op toneel is heel concreet voelbaar. Ook al bestaat het publiek maar uit één toeschouwer, dan nog is de magie van de voorstelling aanwezig. De jongere wordt geconfronteerd met de eigen denkbeelden over falen en presteren en drama biedt een gelegenheid om die cognities bij te stellen. Een voorbeeld van een reactie van een jongere:

"Ik dacht eerst: "nee het lukt me niet", maar uiteindelijk is het wel gelukt."

Cognities kunnen uitdagen

De overwinning op beperkende cognities beleven

De mogelijkheid om cognities uit te dagen doet zich voor in spel via dramatisering van deze cognities. De gewenste uitdaging wordt in een fictieve of realistische spelscène vormgegeven. Door binnen scènespel,

rollenspel cognities uit te vergroten of juist te verkleinen ontstaat er een nieuw perspectief op deze cognities. Het gedoseerde dienstbare tegenspel van de therapeut is hierin een essentiële voorwaarde.

Ondanks dat spel doen-alsof is, wordt de geboekte overwinning toch als een echte overwinning gekwalificeerd. Een reactie van een jongere:

“Dat ik het tóch heb gedaan.”

Voor cognities uitkomen

Binnen de therapiesessie ontstaat een klimaat waarin de cognities worden erkend en uitgesproken tegenover de therapeut. Ook beperkende cognities krijgen zo hun bestaansrecht, komen aan de oppervlakte, worden geuit en gaan deel uitmaken van het referentiekader dat het spel kan voeden. Een voorbeeld:

“Het versterken van het eigen vertrouwen in eigen mogelijkheden.”

Cognities over anderen en de omgeving herkennen

Reflecteren over de eigen waarden en normen

Waarden en normen komen slechts een enkele keer in beeld in de nabespreking van diverse realistische spelsituaties. Binnen drama is vaak veel ruimte om situaties waar waarden en normen juist in het geding zijn te spelen. (Het is toch maar “doen- alsof”). Het lijkt alsof eerder gekozen wordt voor het mogelijk maken van een vrije exploratie dan voor het orthopedagogisch bijbrengen van algemeen aanvaarde waarden en normen. Een voorbeeld van een reactie van een jongere:

“Duh. Geld is altijd beter dan een vriend.”

Cognities over anderen herkennen

Cognities over anderen worden als onderwerp weinig genoemd in de data. In een enkel geval is een relatie zichtbaar tussen het eigen gedrag van de jongere en de motivatie om daaraan iets te veranderen vanuit de cognities over anderen. Een voorbeeld:

“Ik denk dat iedereen zo zou reageren in zulke situaties.”

Inzicht in eigen cognities

Cognities ordenen in valkuilen en kernkwaliteiten

Er wordt vaak gebruik gemaakt van het model ‘valkuilen en kernkwaliteiten’. Jongeren herkennen hun eigen valkuil en worden daar tijdens of na het spel ook op gecoacht. “Daar doe je het weer.” Er wordt vaak naar een product (bijvoorbeeld een dvd) toegewerkt, die daarna bekeken wordt. Het herhaaldelijk bekijken van het eigen gedrag binnen spel leidt tot meer inzicht in deze cognities. Een voorbeeld:

“Dus wat kan ik goed en waar ben ik minder goed in”

Cognities over eigen prestaties kennen

Na afloop van een drama-activiteit wordt aan de jongere gevraagd om de eigen prestatie te waarderen. Jongeren hebben de neiging om hun prestaties over of juist onder te waarderen. In dialoog met de therapeut leert de jongere een evenwichtige reflectie te geven over de eigen spelprestaties die soms ook op video opgenomen zijn. Een voorbeeld:

“Het stilstaan bij eigenschappen draagt bij aan het beeld wat je van jezelf hebt.”

Spelervaring opdoen ondanks beperkte intellectuele vermogens

Sommige jongeren hebben beperkte intellectuele vermogens. Inzicht in eigen cognities kan dan alleen op een eenvoudig niveau plaatsvinden. Door direct het concrete spelgedrag aan eigen opvattingen van de jongere te koppelen worden de cognities toch nog begrijpelijk. Een reactie van een therapeut:

“Hij heeft moeite met het verzinnen van situaties en om met spelinput te komen.”

Cognities kunnen bijstellen

In contact zijn met hardnekkige opvattingen

Jongeren kunnen hun cognities gaan uitspelen. Cognities kunnen binnen spel als toneeltekst van personages gebruikt worden en een voedingsbodem zijn voor de improvisatie. Zo kunnen ook reacties op deze cognities uitgespeeld en uitgeprobeerd worden zonder dat dit een puur rationeel proces wordt. De personages kunnen de cognities uitvergroten in de vorm van motto's, stokpaardjes of 'one-liners'. Via deze distantietechniek kan er tussen de verschillende opvattingen in het spel een dialoog ontstaan en wordt op speelse wijze contact gemaakt met hardnekkige opvattingen. Een voorbeeld:

“Hij zegt: positief dat hij dingen goed kan onthouden. Negatieve eigenschappen heeft hij niet.”

Andere cognities ervaren

Via het op video terugzien van het spel wordt de mogelijkheid gecreëerd om een bepaalde cognitie tegen het licht te houden. Vanuit de toeschouwerrol ziet de cliënt zichzelf worstelen met zaken die in haar ogen fout gaan. Het verschil tussen zelfbeleving binnen het spel en zelfobservatie voor het televisiebeeld zorgt voor een blootstelling aan deze angstgevoelens die door deze reflectie kunnen verminderen of uitdoven. Een voorbeeld:

“Nee hè. Dit gaat weer niet lukken.”

6.3.5 Discussie en conclusies

Terugkijkend naar alle data van het onderzoek valt op dat deze vooral betrekking hebben op het kerngebied *emotie*. Blijkbaar voorziet dramatherapie in een groot aantal methoden en werkvormen die verschillende aspecten van dit kerngebied kunnen bespelen.

Er wordt gewerkt aan het juister interpreteren van emoties van een ander en van zichzelf, maar bijvoorbeeld ook aan het beter kunnen uiten, toelaten en reguleren van emoties. De distantie die het doen-alsof met zich meebrengt en het feit dat drama net-echt is, faciliteert een 'speel-en-ontmoetingsruimte' waarin emoties op een veilige manier geëxploreerd kunnen worden. Voor jongeren

die nog met een been in de kindertijd staan, is het spelen met emoties een voor de hand liggende activiteit.

Dramatherapie kent een gevarieerd aanbod voor het werken met emoties, door enerzijds fictief scènespel en improvisaties aan te bieden en anderzijds te spelen met voor de jongeren herkenbare en realistische situaties uit hun dagelijks leven.

Dramatherapeuten houden er in hun aanpak rekening mee dat – bij een te directe benadering –

sommige spelsituaties voor de jongeren pijnlijke herinneringen en gevoelens kunnen oproepen. In dat geval worden distantietechnieken toegepast.

Door als therapeut regieaanwijzingen te geven, maar ook door in een rol met de jongere mee te spelen (dienstbaar tegenspel) worden alternatieve scenario's verkend en wordt de uitbreiding van het rol- en handelingsrepertoire voor de jongere mogelijk gemaakt. Spelgedrag wordt gespiegeld, is onderwerp van reflectie, maar wordt soms ook binnen het spel zelf bijgestuurd door het tegenspel van de therapeut.

Jongeren leggen vaak zelf de link met hun eigen leefwereld en de eigen omgang met emoties naar aanleiding van verkende en doorleefde emoties in de spelsituaties.

Wat betreft het kerngebied *zelfbeeld* sluit dramatherapie aan bij de wens van jongeren om te weten te komen “wie ze zijn” en “hoe ze overkomen”. De jongere gaat door te spelen accepteren dat er in het eigen repertoire zowel sterke als minder sterke rollen aanwezig zijn en leert deze toe te passen in de sociale omgang met anderen. Inzet van videomogelijkheden (maken van een eigen dvd) helpt bij het verhelderen van het eigen zelfbeeld.

Vanaf de fase ‘in contact komen met het eigen zelfbeeld’, ontstaat de fase van ‘inzicht verwerven in het eigen zelfbeeld’. Daarna volgt ‘omgaan met het eigen zelfbeeld’ en tenslotte ‘versterken van het eigen zelfbeeld’. De jongere leert dat drama de mogelijkheid biedt om iets nog eens over te doen, dat er een oefenruimte is waarin gedrag uitgetoetst en bijgesteld kan worden en dat aan het zelfbeeld gesleuteld en bijgeschaafd kan worden. Dit kan bijvoorbeeld door de spanning tussen het eigen zelfbeeld en het ideaal zelfbeeld over het uitoefenen van macht in realistische spelscènes en statusspelen uit te spelen.

Met een laag zelfbeeld is het voor jongeren moeilijk om zichzelf in hun spelprestaties positief te waarderen. Via een juiste dosering van dienstbaar tegenspel en het adequaat gebruik van rolwissel, spiegelen en andere distantietechnieken blijkt toch de gewenste spontaniteit te ontstaan waardoor zelfwaardering bij de jongere toch tot stand komt, op een manier die de jongere aanspreekt.

Voor de jongeren is het belangrijk dat overwinningen op eigen angsten, geremde expressie en een lage eigendunk die in het spel worden opgedaan, daadwerkelijk aan den lijve worden ervaren en zo bijdragen aan een goed gefundeerd en versterkt zelfbeeld.

Het kerngebied *interactie* is een vanzelfsprekend thema bij drama. Spel draait om hoe ik en de ander met elkaar omgaan. Zowel in fictieve als in meer realistische spelsituaties wordt de interactie van de jongere

belicht en waar nodig uitgebreid. Situaties uit het dagelijks leven waarin de jongere problemen tegenkomt op het gebied van interactie worden binnen drama in interactiedrama's en rollenspelen uitgespeeld. Ook mogelijke probleemsituaties die in de toekomst nog moeten plaatsvinden worden in anticiperende rollenspelen qua interactie verkend.

Doelen en werkvormen in het kerngebied *cognitie* en het kerngebied *zelfbeeld* vertonen soms overlap met elkaar. Aangezien sommige jongeren over beperkte intellectuele vermogens beschikken kan dramatherapie aan de verkenning van de cognities een bijdrage leveren. Inzicht in de eigen cognities kan in dat geval alleen op een eenvoudig niveau plaatsvinden, maar door een koppeling te maken tussen het concrete spelgedrag en de opvattingen van de jongere worden die cognities toch inzichtelijk.

Dit onderzoek bestreek de individuele dramatherapie met jongeren. Groepsgerichte dramatherapie is buiten beschouwing gelaten. Het kunnen creëren van een veilig spelklimaat met voldoende uitdaging en containment vraagt veel vaardigheid en know-how van de dramatherapeut. Voor de dramatherapeut die met jongeren werkt is het belangrijk dat hij/zij goed ontwikkelde competenties heeft op het gebied van spel, dienstbaar tegenspel, regie, psychodrama en interactiedrama.

Hoofdstuk 7

KWANTITATIEF EFFECTONDERZOEK

Henk Smeijsters en Ingrid Candel

7.1 Inleiding

In Hoofdstuk 6 zijn de kwalitatieve resultaten besproken. Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer van de voor- en nametingen.

7.1.1 Design

Een *multiple baseline design* is een experimenteel onderzoeksdesign. Dit betekent dat hiermee een oorzakelijk verband tussen behandeling en effect aangetoond kan worden (de kwestie van interne validiteit). Om dit met zekerheid te kunnen zeggen moet het multiple baseline design voldoen aan de volgende kenmerken: bij verschillende individuen meten gedurende een pre-interventieperiode (de baseline), stabiliteit van gedrag tijdens de baseline, continue en herhaalde metingen, objectieve meting, starten met de behandeling van individu 2 als bij individu 1 een gedragsverandering gemeten wordt, een duidelijke verandering in de trend na de start van de therapie (De Beurs & Barendregt, 2008). Volgens de rationale van dit design is een verbetering telkens na de verschillende momenten waarop de therapie van start ging, een aanwijzing dat de therapie voor deze verandering verantwoordelijk is.

In het onderhavige onderzoek betrof het jongeren van diverse instellingen, die op verschillende tijdstippen met de therapie startten en voorafgaand aan de behandeling allen een baselineperiode met observatieopdrachten doorliepen.

Vergelijkt men de voormetingen van een groep cliënten met de nametingen dan is sprake van een *niet-vergelijkend onderzoek*. Er vindt geen vergelijking plaats tussen een groep met en een groep zonder behandeling, een placebobehandeling of 'treatment as usual'. Veranderingen die in de behandelgroep tussen de voor- en nametingen optreden geven dan geen uitsluitsel over de vraag of de therapie voor deze verandering verantwoordelijk is. Andere gebeurtenissen die tussen de voor- en nameting zijn opgetreden kunnen het mogelijke effect veroorzaakt hebben, bijvoorbeeld een parallelle therapie of training of een verandering in het groepstherapeutisch klimaat bij een van beide groepen. Wat het effect hiervan is kan niet gecontroleerd worden, omdat er geen controlegroep is.

Tijdens bijeenkomsten met de onderzoekers van de betrokken instellingen en door middel van een schriftelijke enquête zijn diverse onderzoeksdesigns besproken en tegen elkaar afgewogen. Er is uiteindelijk gekozen voor de combinatie van kenmerken van het *multiple baseline design* met een *geïntegreerde voormeting en nameting* (dit laatste houdt concreet in dat alle scores vooraf en alle scores

achteraf zijn samengenomen). Deze keuze werd in goed overleg met de instellingen gemaakt op grond van praktische en ethische overwegingen²⁹. In de meeste instellingen werd het realiseren van een controlegroep onmogelijk, zelfs ongewenst beschouwd.

Ook kon niet aan alle kenmerken van het multiple baseline design voldaan worden. Met name de continue en herhaalde metingen en het starten met de behandeling van individu 2 als bij individu 1 een gedragsverandering gemeten wordt bleek onmogelijk. Het afnemen van de meetinstrumenten meerdere malen tijdens de baseline en na elke sessie of na twee sessies, bleek te arbeidsintensief en met het oog op de jongeren niet gewenst. Wat bij het kwalitatieve gedeelte wel lukte, een kort gesprek tussen vaktherapeut en jongere na elke sessie, was bij het kwantitatieve gedeelte niet mogelijk. In elk geval was de combinatie van het kwalitatieve én kwantitatieve gedeelte na elke sessie voor jongeren te belastend. Er is gekozen voor de kwalitatieve sessiebeoordelingslijst na elke sessie, omdat dit de vaktherapeut de mogelijkheid gaf met de stemming van de jongere rekening te houden en gemakkelijk te organiseren was. Bovendien is het de vraag of de gebruikte meetinstrumenten voldoende sensitief zijn voor afname na elke sessie.

In het kwantitatieve deel van het onderhavige onderzoek is dus sprake van een combinatie van kenmerken van het multiple baseline design en een geïntegreerde voor- en nameting van alle jongeren. Omdat de vaktherapieën op diverse tijdstippen in diverse instellingen gestart zijn is het onwaarschijnlijk dat op al die tijdstippen tegelijk met het starten van vaktherapie dezelfde parallelle variabele is opgetreden. Als er een effect tussen voor- en nameting optreedt kunnen dus enkele alternatieve verklaringen uitgesloten worden. Maar omdat aan enkele belangrijke kenmerken van het multiple baseline design niet voldaan kon worden (met name de continue meting) is causaliteit tussen behandeling en effect niet vast te stellen. Omdat alle jongeren gedurende de vaktherapie parallel behandelingen hadden, kan een eventueel effect tussen voor- en nameting niet uitsluitend aan de vaktherapie worden toegeschreven.

Tabel 7.1 is een herhaling van Tabel 6.2.1 en geeft een overzicht van alle kwantitatieve en kwalitatieve momenten van dataverzameling. Een groot nadeel was dat de toepassing en evaluatie van de interventies gebonden was aan de duur van het RAAK project dat in september 2010 op zijn einde liep.

²⁹ Denk daarbij aan de problemen ten aanzien van randomisatie, de verplichting een actieve behandeling aan alle cliënten aan te bieden, die op gespannen voet staat met een controlegroep en de geringe statistische power door de relatief kleine doelgroep (zie De Beurs en Barendregt, 2008).

Tabel 7.1 Evaluatiemomenten periode februari - september 2010

	OBSERVATIEPERIODE						Voormeting	BEHANDELINGSPERIODE										Namen
Week nr	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
Meetinstrumenten																		
BDHI-D							X											X
HID							X											X
TVA							X											X
RSES							X											X
CVI																		X
SBL	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

Legenda: BDHI-D= Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch; HID=Hoe ik Denk-Lijst; TVA= Taken en Vaardigheden van Adolescenten; RSES= Rosenberg Self Esteem Scale; CVI = Cliëntveranderingsinterview; SBL= Sessiebeoordelingslijst; X=evaluatiemoment

7.1.2 Effectevaluatie

Meetinstrumenten

Voor de start van de vaktherapeutische behandelfase en na 10 vaktherapeutische behandelsessies zijn vier meetinstrumenten afgenomen³⁰.

De vier meetinstrumenten, verdeeld naar de vaktherapeutische kerngebieden, worden hier kort beschreven.

Zelfbeeld

Voor zelfbeeld werd de *Rosenberg Self Esteem Scale* (RSES)(Rosenberg, 1965) gebruikt, in te vullen door de jongeren, met een duur van 5 minuten. Voor eigenwaarde zijn er 10 items. Enkele voorbeelden van items:

- “Over het algemeen genomen ben ik tevreden met mezelf”
- “Soms denk ik dat ik nergens goed in ben”
- “Af en toe voel ik me absoluut nutteloos”

De beoordeling per item gebeurt op een 4-puntsschaal: 1 = helemaal mee eens, 4 = helemaal niet mee eens. Over alle items wordt de somscore berekend (alle items worden in dezelfde richting gescoord): min. = 10, max. = 40. Een lage score betekent een lage eigenwaarde.

³⁰ Na de 10 behandelsessies liep de therapie door, voor de meting na 10 sessies werd gekozen in verband met de looptijd van het RAAK project.

Emotie

Hiervoor werd de *Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch* (BDHI-D)(Lange, Hoogendoorn, Wiederspahn & De Beurs, 2005) gebruikt, in te vullen door de jongeren, met een duur van 10 minuten.

De BDHI-D meet hostiliteit en neiging tot agressief gedrag. Er zijn 40 items. Enkele voorbeelden:

- “Vaak voel ik me alsof ik een vat buskruit ben dat op exploderen staat”
- “Mijn bloed gaat koken als iemand me voor gek zet”
- “Ik ben vaker geïrriteerd dan de mensen weten”
- “Ik voel me wel eens wrokkig als ik mijn zin niet krijg”

De items worden gescoord met waar = 1, onwaar = 0. Per schaal wordt de somscore berekend. De schaal voor *directe agressie* (uitingen) heeft een minimale score van 0 en een maximale van 16. De schaal voor *indirecte agressie* (ingehouden agressie) heeft een minimale score van 0 en een maximale van 19. Een hoge score verwijst in beide gevallen naar een hoge hostiliteit. De derde schaal is de schaal voor *sociale wenselijkheid*.

Interactie

Gebruikt werd de *Taken en Vaardigheden van Adolescenten* (TVA)(Van der Knaap, Beenker & Bijl, 2004). Gekozen werd voor de verkorte versie, sectie I, II, IV + vragen 104 t/m 106, in te vullen door de mentor, met een duur van 15 minuten.

Het betreft verschillende domeinen:

- *Omgaan met leeftijdsgenoten* (24 items), bijvoorbeeld: “De jongere gaat om met vrienden die een positieve invloed op hem hebben”.
- *Autonomie en zelfsturing* (26 items), bijvoorbeeld: “De jongere aanvaardt het feit dat er mensen zijn die wat over hem te zeggen hebben”.
- *Seksualiteit en relaties* (14 items), bijvoorbeeld: “Bij toenaderingsgedrag waarbij sprake is van speels/plagerig lichamelijk contact schat de jongere goed in hoe ver hij kan gaan”.
- *Behoud en versterking van het sociaal netwerk* (3 items), bijvoorbeeld: “De jongere doet moeite om, binnen de beperkingen van de geslotenheid van een JJI, contact te houden met overige familie en vrienden”.

De beoordeling gebeurt met een 5-puntsschaal met 1 = geldt helemaal niet, 5 = geldt helemaal.

Per afzonderlijke schaal wordt de somscore berekend: *Omgaan met leeftijdsgenoten*, minimaal 24, maximaal 120; *Autonomie en zelfsturing*, minimaal 26, maximaal 130; *Seksualiteit en relaties*, minimaal 14, maximaal 70; *Behouden en versterking sociaal netwerk*, minimaal 3, maximaal 15.

Een hoge correspondeert met een hoge competentie.

Cognitie

Gebruikt werd de *Hoe ik Denk-Vragenlijst* (HID)(Gibbs, Barriga, Potter, Nas & Brugman, 2011), in te vullen door de jongeren, met een duur van 10 minuten.

De volgende denkfouten worden gemeten (Gibbs, Potter, & Goldstein, 1995):

- *Egocentrisme* (9 items), bijvoorbeeld: “Soms moet je liegen om te krijgen wat je wilt”.
- *Anderen de schuld geven* (10 items), bijvoorbeeld: “Als iemand zijn auto niet op slot doet, dan vraagt hij er om dat de auto wordt gestolen”.
- *Minimaliseren* (9 items), bijvoorbeeld: “Het is niet erg om te liegen, iedereen doet dat”.
- *Uitgaan van het ergste* (11 items), bijvoorbeeld: “Iedereen steelt, dus kan je het zelf net zo goed ook doen”.

De scoring per item gebeurt als volgt: erg mee oneens = 1, erg mee eens = 6. Per denkfout wordt de somscore berekend. *Egocentrisme*, minimaal 9, maximaal 54; *Anderen de schuld geven* minimaal 10, maximaal 60; *Minimaliseren*, minimaal 9, maximaal 54; *Uitgaan van het ergste*, minimaal 11, maximaal 66. Een hoge score duidt op een grote denkfout.

De afname van de meetinstrumenten gebeurde in de deelnemende instellingen door de onderzoeker en/of een gedragswetenschapper en/of een testassistent (stagiaire) en de mentor.

Respondenten

Aan het onderzoek hebben in totaal 24 jongeren uit 5 verschillende instellingen deelgenomen: 16 jongens en 8 meisjes met een gemiddelde leeftijd $M = 15.95$ ($SD = 1.59$)(berekend op basis van beschikbare gegevens $n = 22$). Zij hebben allemaal informed consent gegeven.

Zoals uit de tabellen blijkt zijn de aantallen waarmee berekeningen daadwerkelijk zijn uitgevoerd lager dan 24. Dit is een enkele keer het gevolg van uitval omdat de therapie niet matchte met de cliënt. In de meeste gevallen was sprake van vroegtijdige overplaatsing of het gegeven dat de 10 sessies bij beëindiging van het RAAK project nog niet afgerond waren.

Data-analyse

Er is in eerste instantie getoetst met een t-toets voor afhankelijke steekproeven. De daarna uitgevoerde non-parametrische toets voor afhankelijke steekproeven leverde geen andere resultaten op.

7.2 Kwantitatieve resultaten

7.2.1 Zelfbeeld

Tabel 7.2 toont de scores vooraf en achteraf op de *Rosenberg Self Esteem Scale* (RSES).

Tabel 7.2 Zelfbeeld voor en na de vaktherapeutische behandeling, gemeten met de Rosenberg Self Esteem Scale (RSES)

n = 15	Voormeting Gem. (sd)	Nameting	p
RSES	26.53 (1.51)	26.00 (2.70)	.41

Na tien sessies vaktherapie is er geen statistisch significant verschil in zelfbeeld. Een lage score betekent een lage eigenwaarde. De negatieve richting van de verandering (iets omlaag) is vrijwel te verwaarlozen.

7.2.2 Emotie

Tabel 7.3 toont de scores vooraf en achteraf op de *Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch* (BDHI-D).

Tabel 7.3 Emotie voor en na de vaktherapeutische behandeling, gemeten met de Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch (BDHI-D)

n = 13	Voormeting	Nameting	p
BDHI-D, Directe agressie	10.38 (3.07)	9.46 (3.57)	.48
BDHI-D, Indirecte agressie	7.46 (4.74)	6.08 (3.28)	.23

Na 10 sessies vaktherapie is er geen statistisch significant verschil in hostiliteit (directe en indirecte agressie). Een hoge score verwijst in beide gevallen naar een hoge hostiliteit.

De geringe veranderingen in de cijfers bij de nameting duiden wel in de goede richting (omlaag).

7.2.3 Interactie

Tabel 7.4 toont de scores vooraf en achteraf op de *Taken en Vaardigheden van Adolescenten* (TVA).

Tabel 7.4 Interactie voor en na de vaktherapeutische behandeling, gemeten met de *Taken en Vaardigheden van Adolescenten* (TVA)

TVA	Voormeting	Nameting	p
Omgaan leeftijdgenoten (n=10)	78.80 (5.77)	81.80 (9.64)	.22
Autonomie en zelfsturing (n=11)	93.09 (14.51)	96.36 (12.47)	.40
Seksualiteit en relaties (n=9)	58.11 (8.92)	64.11 (15.27)	.09
Soc. Netwerk (n=10)	9.90 (3.67)	11.20 (2.74)	.37

Na 10 sessies vaktherapie is er geen statistisch significant verschil in interactie. Een hoge score betekent een hoge competentie. De richting van de verandering bij de nameting is op alle subschalen positief (omhoog). *Seksualiteit en relaties* nadert significantie.

7.2.4 Cognitie

Tabel 7.5 toont de scores vooraf en achteraf op de *Hoe ik Denk-Vragenlijst* (HID).

Tabel 7.5 Cognitie voor en na de vaktherapeutische behandeling, gemeten met de *Hoe ik Denk-Vragenlijst* (HID)

HID	Voormeting	Nameting	p
Egocentrisme (n=14)	19.14 (8.75)	18.93 (8.15)	.92
Anderen de schuld geven (n=14)	23.71 (9.18)	19.71 (7.00)	.13
Minimaliseren (n=13)	20.08 (6.60)	17.38 (6.95)	.21
Uitgaan van het ergste (n=13)	22.69 (9.20)	22.38 (8.75)	.88

Na 10 sessies vaktherapie is er geen statistisch significant verschil in denkfouten. Een hoge score duidt op een grote denkfout. De richting van de verandering bij de nameting is op alle schalen positief (omlaag).

7.3 Discussie

Uit de resultaten blijkt dat 10 sessies vaktherapie niet leiden tot een verandering op de kerngebieden zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie gemeten met de meetinstrumenten: RSES, BDHI-D, TVA en HID.

De richting van de verandering is op vrijwel alle meetinstrumenten positief, dit wil zeggen dat de scores bij de nameting een geringe verschuiving in de goede richting laten zien. Deze verschuivingen zijn niet significant, hetgeen te maken kan hebben met het geringe aantal deelnemers, het geringe aantal sessies, de validiteit van de meetinstrumenten en het feit dat alle vaktherapeutische media zijn samengenomen.

Aantal deelnemers

Het aantal deelnemers in dit onderzoek was, ondanks het feit dat zes instellingen hebben deelgenomen, laag. Dit had voor een belangrijk deel te maken met de korte projectperiode waarin de effectevaluatie plaatsvond waardoor relatief weinig jongeren konden instromen en/of voor het einde van de projectperiode de 10 behandelingsessies hadden gehad. Ook de organisatie van de intake en de meetmomenten nam veel tijd in beslag en werd soms extra belemmerd door personele mutaties in de instellingen. Daarbij was in de periode waarin het onderzoek liep sprake van aanstaande sluiting van een aantal Justitiële Jeugdinrichtingen waardoor de normale toestroom opdroogde.

Duur van de behandeling

De duur van de behandeling (10 sessies) was in feite veel te kort. Dat in zo'n korte periode bij de jongeren nauwelijks resultaat te boeken is, lag voor de hand. Toch is ervoor gekozen de evaluaties wel te doen. Zo ontstaat in elk geval een eerste indruk van resultaten en hoe onderzoek bij deze jongeren praktisch uitgevoerd kan worden.

Validiteit meetinstrumenten

Het is zeer de vraag of deze meetinstrumenten de veranderingen in de kerngebieden goed kunnen meten. Je zou verwachten dat de geconstateerde kwalitatieve analyses (zie Hoofdstuk 6) samengaan met significante verschillen op de meetinstrumenten. Dit is echter niet het geval. De gesloten items van de meetinstrumenten matchen wellicht niet goed met waar het in de vaktherapie over ging.

Alle media samen

Alle vaktherapeutische media zijn samengenomen, terwijl niet uitgesloten kan worden dat specifieke media bij specifieke kerngebieden beter scoren. Doordat nu alle media bij alle kerngebieden samen zijn genomen zijn specifieke effecten per medium wellicht uitgemiddeld door de andere media.

Een ander punt is dat alhoewel via de procesevaluaties (zie Hoofdstuk 6) de behandelintegriteit en homogeniteit bewaakt werden, niet uitgesloten kan worden dat deze toch niet optimaal waren.

Ontbreken controlegroep

De combinatie van het *multiple baseline design* en de *geïntegreerde voor- en nameting* (waarbij alle scores vooraf en alle scores achteraf worden samengenomen) kan het ontbreken van de controlegroep onvoldoende compenseren. Het design kan door het ontbreken van een controlegroep dus geen

uitsluitel geven over de vraag of eventuele effecten aan vaktherapie toegeschreven kunnen worden. Als een verandering zou zijn opgetreden zouden we, als gevolg van het niet-vergelijkend karakter van het design, niet weten of deze het gevolg is van vaktherapie of van andere therapieën die parallel plaatsvonden. Het *multiple baseline design* schakelt wel enkele mogelijke alternatieve verklaringen uit, omdat het onwaarschijnlijk is dat op de diverse tijdstippen in diverse instellingen telkens eenzelfde andere variabele geïntroduceerd werd. Neem het voorbeeld van de eventuele wijziging in het groepstherapeutisch klimaat, deze treedt niet in alle instellingen op hetzelfde moment op waarop de vaktherapie begint en kan dus niet verantwoordelijk zijn voor het effect. Juist de grote variatie aan omstandigheden in de diverse instellingen maakt de invloed van eenzelfde alternatieve variabele onwaarschijnlijk. Maar alle jongeren hebben in alle instellingen wel ook een andere vorm van therapie. Zelfs als deze therapievormen en combinaties van therapievormen per instelling verschilden, kan niet uitgesloten worden dat er sprake is van een trend van geleidelijke verandering waardoor er verschillen tussen de voormetingen en nametingen optreden die niet het gevolg zijn van vaktherapie.

Het design zou aan kracht gewonnen hebben als, net als bij het kwalitatieve onderdeel, na elke sessie de meetinstrumenten zouden zijn afgenomen. Deze opzet zou, zoals in het *Leuvens Systematisch Case-Study Protocol* (Stinckens, Verdru, Leijssen, 2009) dat als model diende voor het onderhavige onderzoek, zicht geven op de veranderingen bij de individuele jongeren vanaf de start van vaktherapie³¹. Dan is het mogelijk na de introductie van de vaktherapie meteen te zien of er een verandering optreedt die duidelijk afwijkt van de trend die veroorzaakt kan zijn door therapieën die al langer lopen. Vooraf was echter bekend dat deze opzet, meerdere malen meten tijdens de baseline en na elke sessie (of na elke tweede sessie), niet haalbaar was. Daarmee is in het kwantitatieve gedeelte de systematiek en rationaliteit van het *multiple baseline design* slechts gedeeltelijk gerealiseerd. Het design voldeed door het ontbreken van metingen na elke sessie evenmin aan de criteria van *Routine Outcome Monitoring* (ROM), waarin het verloop van de problemen routinematig en frequent gemeten wordt.

In het onderhavige onderzoek is niet sprake van een significant verschil tussen de voormeting en nameting. Dat betekent dus dat jongeren door alle therapieën samen, statistisch gezien, na 10 sessies niet veranderen, in elk geval niet op deze meetinstrumenten. Vaktherapie maakt deel uit van een heel behandelplan, dus dit betekent dat het hele pakket na 10 sessies op deze meetinstrumenten geen verandering laat zien. Op zich hoeft dat niet te verbazen want ander onderzoek wijst uit dat voor een daadwerkelijke verandering bij deze jongeren meer sessies nodig zijn (Boendermaker & Ince, 2010)³².

De kwalitatieve gegevens en de richting van de kwantitatieve gegevens maken evenwel de hypothese aannemelijk dat metingen na meer sessies statistische significante resultaten kunnen opleveren.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

³¹ De *Reliable Change Index* kan op individueel niveau uitsluitel geven of de verandering groter is dan wat op basis van de onbetrouwbaarheid van het meetinstrument te verwachten is.

³² Deze vraag kan nog breder gesteld worden: is werken in een aparte setting (een instelling) wel effectief en zo ja, is het duurzaam effectief? (zie bijvoorbeeld Orobio de Castro, 2011).

Op basis van het voorafgaande kan gesteld worden dat vervolgonderzoek moet plaatsvinden met meer jongeren, meer sessies, wellicht andere meetinstrumenten. Het is aan te bevelen de media afzonderlijk te onderzoeken en het design van een controlegroep te voorzien. Voor het zeker stellen van de behandelidentiteit en integriteit is het aan te bevelen voor elk medium een strenger protocol uit te werken en dit toe te spitsen op een enkel kerngebied. Een probleem hierbij zal zijn dat het protocolleren zich niet goed verdraagt met het spelelement, de open space, de creativiteit en improvisatie die kenmerkend zijn voor vaktherapie. Bovendien zal het moeilijk zijn vaktherapeuten te bewegen zich slechts op een enkel kerngebied te richten. Uit de kwalitatieve analyses blijkt dat het onderscheid tussen kerngebieden meer theoretisch dan praktisch is.

Evidence in vaktherapie: een bredere discussie

Het onderzoeksdesign

Een fundamentele vraag die speelt bij onderzoek naar vaktherapie is welk onderzoeksdesign vaktherapeuten moeten nastreven. Enerzijds is de druk groot om randomized controlled trials (RCTs) uit te voeren. Daaraan kleven echter een aantal bezwaren. Het is vooral lastig om een RCT in de praktijk van de grond te krijgen. Voor een RCT is een dubbelblinde opzet, een controlegroep, randomisatie, en zijn minstens 50 personen per conditie en een sterke mate van standaardiseren en protocolleren nodig (homogene cliëntgroepen, afgebakende cliëntproblemen, betrouwbare en valide meetinstrumenten, gestandaardiseerde behandelingen). Een dubbelblinde opzet is in psychotherapieonderzoek niet mogelijk, een placebobehandeling is in een justitiële setting op grond van rechtsongelijkheid niet mogelijk (De Beurs & Barendregt, 2010). Interventies die gemaakt zijn voor RCT onderzoek blijken in de praktijk van de jeugdzorg nauwelijks voor te komen (Pijnenburg, 2010).

Voor de methodologische problemen zijn oplossingen bedacht (vergelijken met 'treatment as usual', matchen in plaats van randomiseren, randomiseren op instellingsniveau enz.) en het lijkt alsof behandelaars steeds meer bereid zijn zich te onderwerpen aan de regels van de RCT (Hutschemaekers, 2011). Toch blijft het vereiste aantal cliënten dat nodig is om voldoende statistische power te bereiken bij een kleine doelgroep lastig.

Om bovenstaande en andere redenen is een aantal alternatieve onderzoeksdesigns ontwikkeld (zie bijvoorbeeld Van Yperen & Veerman, 2008; De Beurs en Barendregt, 2008, 2010). Te denken valt aan *single case designs* waarbij het gedrag van één individu longitudinaal wordt gevolgd. Hier vindt een systematische observatie en een systematische manipulatie van variabelen plaats, bijvoorbeeld wel/niet interventie (het is dus geen anekdotische beschrijving zoals in een casus). Single case designs ondervangen bovendien het fundamentele bezwaar dat in de forensische psychiatrie en de justitiële jeugdinrichtingen gemiddelde scores weinig zeggen over de risicotaxatie van een individuele cliënt (Spreeen, 2009; Spreeen et al, 2010). Effecten op groepsniveau gelden niet standaard voor het individu. Spreeen heeft daarom voor de forensische psychiatrie een vorm van N=1 onderzoek ontwikkeld die het effect van de behandeling op het individu statistisch vastlegt.

Het *multiple baseline design* is, zoals we eerder zagen, een experimenteel design waarbij de behandeling van verschillende cliënten op verschillende tijdstipmomenten start. Zo kan de behandeling van het ene

individuele vergeleken worden met de baseline van het andere individu. Bij wijze van herhaling hier nogmaals de kenmerken van een goed multiple baseline design: bij verschillende individuen meten gedurende een pre-interventieperiode (baseline), stabiliteit van gedrag gedurende de baseline, continue en herhaalde metingen, objectieve meting, starten met de behandeling van individu 2 als bij individu 1 een gedragsverandering gemeten wordt en een duidelijke verandering in de trend ten opzichte van de baseline (De Beurs & Barendregt, 2008).

Routine Outcome Monitoring (ROM)(De Beurs & Zitman, 2007; Veerman, 2008; Oudejans, Nabitz & Schippers, 2009; Feltz-Cornelis, Volker & De Heer, 2010; Hafkenscheid, 2010; Pijnenburg, 2010; Tiemens, Kaasenbrood, De Niet, 2010) en *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE)(Evans e.a., 2000; Barkham et al, 2001) volgen de praktijk van alledag, zonder controlegroep en stringente inclusie- en exclusiecriteria, met een behandeling conform de klinische praktijk (De Beurs en Barendregt, 2008). Anders dan bij het multiple baseline design is er geen sprake van een experimentele opzet. ROM combineert een resultaatmeting of de doelen zijn behaald met tussentijdse feedback aan de behandelaren. ROM optimaliseert de externe validiteit door dicht bij de reguliere praktijk te staan. ROM is heel praktisch en nuttig voor het beïnvloeden van het lopende proces, maar er kleven ook nadelen aan. Het is een vorm van observationeel onderzoek waarbij variabelen niet gecontroleerd zijn. Omdat randomisatie ontbreekt en groepen qua samenstelling kunnen verschillen, kan het effect van een interventie die met een andere interventie vergeleken wordt, mede bepaald zijn door variabelen die te maken hebben met de samenstelling van de groep. Men weet dus niet zeker of de behandeling het beter doet dan een andere behandeling omdat bij de andere behandeling sprake was van een andere doelgroep. Er zijn echter statistische procedures beschikbaar die rekening houden met deze mogelijke verschillen in doelgroepen.

Over ROM wordt hevig gediscussieerd. Stams (2011) wijst erop dat een ROM wel nuttig is voor tussentijdse feedback, maar dat je er geen effecten mee kunt aantonen. Ook Van Yperen (2011) wijst erop dat ROM zeker zinvol is, maar dat je niet moet doen alsof het een RCT is. Verder stelt hij dat een effect size tussen voor- en nameting zinvol is, maar halveert als zij vergeleken wordt met een controlegroep.

Veerman (2008) vergelijkt ROM met de principes van *Evidence Based Practice* (EBP). EBP hanteert een *top-down* strategie: een interventie wordt vanuit een theorie ontwikkeld, met een experiment gecontroleerd getoetst en tenslotte in de praktijk geïmplementeerd. *Practice Based Evidence* (PBE) hanteert daarentegen een *bottom up* strategie: meten (ROM) is onderdeel van het hulpverlenend handelen en onderzoekt wat in de dagelijkse praktijk het beste werkt. Zie voor het verschil tussen EBP en PBE ook Smeijsters e.a. (2012). Het onderhavige RAAK onderzoek is op deze leest geschoeid. Veerman constateert dat ROM te weinig gebeurt omdat onderzoekers lijden onder de “wetenschappelijke schaamte” over het eenvoudige design met voor- en nametingen. Deze schaamte gaat uit van de denkfout dat je in de praktijk niets kunt doen als een experimentele opzet niet inzetbaar is. Juist deze denkfout heeft tot gevolg dat er veel te weinig gegevens in de praktijk worden verzameld. Daardoor worden therapieën die – zoals de vaktherapie – minder geëigend zijn voor een groepsgewijze experimentele opzet of door zo’n opzet wezenlijke ingrediënten verliezen, in hun voortbestaan bedreigd.

Dat de *American Psychological Association* (Task Force, 1995; Van Yperen & Veerman, 2008) een *meervoudige gevalsstudie* van meer dan acht single case designs als net zo krachtig typeert als een RCT, maakt het voor vaktherapeuten mogelijk krachtig onderzoek te doen ook als een RCT in de praktijk niet mogelijk of niet gewenst is. Het onderhavige onderzoek dat is opgezet als een kwalitatieve en kwantitatieve effectevaluatie in de vorm van een multiple baseline design gecombineerd met een qualitative change process research is daar een voorbeeld van. Dat de resultaten (nog) niet significant zijn doet niets af aan de bruikbaarheid van de onderzoeksopzet.

De mate van protocollering

Bij vaktherapie speelt nog een ander argument voor een alternatieve onderzoeksopzet. Zij is een therapie die geprotocolleerd en niet geprotocolleerd wordt aangeboden. De niet-geprotocolleerde vorm is een laagdrempelige manier van werken waarvoor het opbouwen van de therapeutische relatie door spelmatig en explorerend in het medium bezig zijn typisch is. Aangezien het effect van therapie voor een groot deel afhankelijk is van de kwaliteit van de therapeutische relatie is onderzoek naar de therapeutische alliantie van belang (Pijnenburg, 2010). Sommige onderzoekers stellen zelfs dat protocollering de therapeutische alliantie ondermijnt (Duncan, Muller & Sparks, 2004)³³.

De vaktherapeutische manier van werken waarbij de relatie wordt afgestemd op de individuele jongeren sluit goed aan bij jongeren met weerstand tegen hulpverlening. Vraaggericht werken, “leuke dingen doen”, een relatie opbouwen en van daaruit problemen benaderen en oplossingen zoeken slaat aan bij jongeren. Werken in de media beeldend, beweging, dans, drama, muziek, sport biedt een uitgelezen kans om met de jongeren contact te leggen, maar dan moet de vorm waarin dit gebeurt zodanig zijn dat dit gebeurt in een open veld waarin alles mogelijk lijkt en niet in een gestandaardiseerd protocol waarin ‘moeten leren’ op de voorgrond staat.

Epistemologische paradigma's

Het verschil tussen het ‘interventieparadigma’ waarin protocollen top-down het handelen sturen en het construeren van de interventie door therapeut en cliënt samen, vindt zijn oorsprong in wat het verschil in epistemologische ‘paradigma’s’ wordt genoemd. De epistemologie houdt zich bezig met ‘wat’ en ‘hoe’ we kunnen kennen. Lincoln en Guba (1985) en Denzin en Lincoln (2000) maken onderscheid tussen de ‘positivistische’ en ‘constructivistische’ opvatting van kennen en interveniëren. Het *positivisme* vindt zijn oorsprong in de natuurwetenschappen waar de natuur wordt gezien als een van de mens onafhankelijk ‘object’ dat door de onderzoeker uiteengegrafeld wordt. De onderzoeker is degene die het object beschrijft,

³³ Zoals eerder opgemerkt werken vaktherapeuten zowel geprotocolleerd als niet geprotocolleerd. Deze tweedeling hangt samen met de tweedeling tussen specifieke en non-specifieke factoren. In het eerste geval gaat het met name om het toepassen van bepaalde technieken van een specifieke methode, in het tweede geval om het opbouwen van een therapeutische relatie waarvan de werkzame factoren niet methodespecifiek zijn. Door de mogelijkheden die het medium biedt is vaktherapie sterk in het opbouwen van een therapeutische relatie. Dit wil echter niet zeggen dat uitsluitend gewerkt moet worden vanuit de non-specifieke (common factors) benadering. Zoals o.a. Pijnenburg en Van Yperen (in Pijnenburg, 2010) en Stams (2011) benadrukken, moeten zowel non-specifieke (therapeutische relatie, de veranderingstheorie van de cliënt) als specifieke factoren (methodische elementen en technieken) onderzocht en samengevoegd worden.

analyseert, ordent en ingrepen in dit object voorspelbaar maakt. Binnen dit paradigma worden ook lichaam en psyche opgevat als een stukje natuur. Een uitgesproken voorbeeld van positivisme is dat we ons brein zijn en in psychologisch opzicht geen vrije wil hebben (Swaab, 2010). Het *constructivisme* daarentegen gaat ervan uit dat sprake is van een 'subject' dat over zichzelf denkt, zichzelf interpreteert, betekenis geeft, beslissingen neemt en handelingen beoogt. De onderzoeker gaat in gesprek met het subject en construeert samen met het subject diens werkelijkheid. (Voor meer informatie over de positivistische en constructivistische paradigma's zie bijvoorbeeld Smeijsters, 2005).

Dit onderscheid heeft ook binnen de vaktherapie en met name in relatie tot kwalitatief en kwantitatief onderzoek wereldwijd veel aandacht gekregen. Het voert te ver hier op deze plek uitgebreid op in te gaan. Maar omdat veel vaktherapeuten zich in een van beide paradigma's zullen herkennen, wordt op deze plek gerefereerd aan een artikel uit de muziektherapie dat de verschillende paradigma's goed neerzet. Het artikel helpt de vaktherapeut bij het zich zelf oriënteren en positioneren in termen van zowel praktisch handelen als onderzoek doen. Net zoals er bij het behandelen verschillende werkwijzen bestaan, bestaan er verschillende visies op onderzoek. Daarbij hangen behandelvisie en onderzoeksvisie nauw samen. Wie positivistisch behandelt, moet ook positivistisch onderzoek doen, wie constructivistisch behandelt moet constructivistisch onderzoek doen. Telkens gaat het om het verschil tussen een 'top-down' en 'bottom-up' benadering.

De muziektherapeutische onderzoeker Abrams (2010) onderscheidt vier *epistemologische domeinen* (kwadranten) van evidence. Twee kwadranten vallen onder het positivistisch paradigma, de twee andere kwadranten onder het constructivistisch paradigma. Elk kwadrant heeft een eigen aanpak en uitkomst (evidence).

De vier kwadranten zijn:

- **"It works": medisch/ behavioral.** Men is op zoek naar causale verbanden (oorzaak – gevolg relaties), die overal gelden (wetmatig zijn). Onderzocht wordt wat het specifieke resultaat is van een specifiek protocol voor een specifiek probleem. De benadering is objectief (alsof de onderzoeker een natuurverschijnsel bestudeert), technisch (gericht op voorspelbaar ingrijpen in de voorhanden natuur), te verkrijgen met experimenteel onderzoek (bijvoorbeeld een RCT).
- **"It all works together": systemisch.** Men is op zoek naar causale verbanden (oorzaak – gevolg relaties), die overal gelden (wetmatig zijn). Het verschil met "It works" is dat de situatie nu zeer complex is. Er is sprake van een combinatie van variabelen met een combinatie van resultaten. De interventie is generiek, bestaat uit vele onderdelen en is niet afgestemd op een specifiek probleem. Maar de benadering blijft objectief. Resultaten kunnen bijvoorbeeld worden verkregen met epidemiologisch onderzoek.
- **"I work": artistiek.** De cliënt construeert een persoonlijke/ unieke betekenis. Er wordt van uitgegaan dat de cliënt geen te beïnvloeden object is, maar betekenis en zin geeft aan zijn leven, zijn leven interpreteert en zelf ideeën heeft over problemen en oplossingen (intentionaliteit). De therapie is constructivistisch waarbij de personal agency van de cliënt op de voorgrond staat. Het

onderzoek is kwalitatief, narratief en constructivistisch van aard en gebeurt met behulp van case study research.

- **“We work together”**: *community based*. Er is vergeleken met “I work” nu ook een politieke dimensie, omdat zeggenschap en invloed meespelen. Er is sprake van co-creatie van acties op basis van een politieke waardenoriëntatie. Het kader is de kritische maatschappijtheorie. Doelen die worden nagestreefd zijn: autonomie, participatie, vrijheid, gelijkheid, insluiting en emancipatie. Het gaat om het verbeteren van de leefwereld door eigen actie. Onderzoek maakt gebruik van case study research.

Welke vorm van evidence relevant is, hangt af van het epistemologische domein waarin de vraagstelling zich bevindt. Bij “I work” en “We work together” spelen respectievelijk persoonlijke zingeving en maatschappelijke/ politieke waarden een belangrijke rol. Zo zal bijvoorbeeld in de GGZ meer de nadruk liggen op “I work” en binnen het sociaal werk op “We work together”. Door de aard van de vraagstelling kunnen beroepen die zich vooral bewegen op het domein “I work” en “We work together”. Zij beschikken daardoor minder over evidence verkregen door RCT onderzoek. De legitimering van het professionele handelen gebeurt in deze beroepen met andersoortige, constructivistische evidence die ontstaat in de gelijkwaardige interactie tussen cliënt en hulpverlener.

Alhoewel in de geneeskunde in eerste instantie het accent ligt op “It works” en de RCT terecht de gouden standaard is, gaat het tot op zekere hoogte ook over “I work” en “We work together”, daar waar sprake is van existentiële vragen, persoonlijke zingeving, autonomie en participatie.

Tot slot

Gerritsen (2010), bestuursvoorzitter van het Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam, waarschuwt ervoor dat de claim om evidence based te werken en alleen evidence based interventies te vergoeden voor innovatie de dood in de pot zou betekenen. Ontwikkelingsgericht onderzoek dat nieuwe interventies ontwerpt is evenzeer belangrijk. Als de middelen schaars zijn mag niet al het geld opgaan aan experimenteel onderzoek dat vaak pas resultaten oplevert als de praktijk al veranderd is.

Het onderhavige RAAK onderzoek is een voorbeeld van innovatief onderzoek waarbij getracht is een interventie te ontwikkelen die in de praktijk toepasbaar is, aansluit bij de jongeren en potentie heeft. De rijke ervaring van vaktherapeuten uit de praktijk van de JJI en GJ vormde de input, is expliciet gemaakt, kritisch geëvalueerd, getoetst aan kennis uit methodiek, theorie en onderzoek en omgezet in handleidingen die vervolgens in de praktijk toegepast en kwalitatief en kwantitatief geëvalueerd zijn. Bekijkt men de resultaten vanuit het perspectief van *practice based evidence* dan zijn zij sterk, kijkt men vanuit het perspectief van de eisen van experimenteel onderzoek dan zijn de resultaten niet sterk. Het perspectief bepaalt het oordeel. Er liggen geen statistisch bewezen werkzame interventies op tafel, maar wel interventies waarin de ervaringen van vaktherapeuten en jongeren zijn verwerkt, waarvoor een grote mate van consensus en commitment bestaat en die probleemloos in de praktijk toepasbaar zijn.

De richting voor vervolgonderzoek kan divers zijn: focussen op het aantonen van de werkzaamheid via een RCT en/of designs gebruiken die qua interne validiteit weliswaar minder sterk zijn, maar net zoals

het onderhavige onderzoek dicht bij de praktijk staan en daardoor zowel gemakkelijk uitvoerbaar zijn alsook een grote mate van externe validiteit kunnen bereiken.

Danstherapeutisch onderzoeker Meekums (2010) constateert dat vaktherapeuten de problemen met betrekking tot het uitvoeren van experimenteel onderzoek hebben aangegrepen om een Robin Hood positie in te nemen. Zij pleit er daarentegen voor dat vaktherapeuten deze positie verlaten en experimenteel onderzoek doen waar mogelijk. Er is inderdaad veel voor te zeggen bij het onderzoek naar vaktherapie geen onderzoeksoptie uit te sluiten, oog te hebben voor wat wel en niet mogelijk is en tegelijk te blijven zoeken naar alternatieven. Dus zowel RCT, procesonderzoek dat 'turning points' in kaart brengt, practice based evidence door middel van praktijkgericht onderzoek en last but not least narratief onderzoek. Daarbij mag niet vergeten worden dat, zoals ook Johnson (2009) nog eens bevestigt, bij alle pogingen die de vaktherapeut doet om de taal van de onderzoeker te spreken, de eigen taal van het medium en de eigenschappen van het medium die overeenkomen met de cliënt typisch zijn voor het vaktherapeutisch proces.

De discussie over het belang van RCT's is volop gaande. Stams (2011) is, als vele anderen, een verklaard voorstander door te stellen dat een RCT de enige manier is om causaliteit vast te stellen en dat Evidence Based Treatments (EBT) beter zijn dan Treatment as Usual. Hij stelt dat residentieel behandelen minder werkt, maar dat als het toch gebeurt EBT en methodiektrouw beter zijn dan vraaggericht werken.

Derksen (2011) merkt daarentegen op dat de natuurwetenschappelijke manier van onderzoek doen, gebaseerd op de observeerbare buitenkant, in de psychologie en psychotherapie kan uitmonden in protocollen waarbij niet hoeft te worden nagedacht en klinici veranderen in technici. Volgens hem schort het daardoor in de behandeling aan verdiepende theorie die gevoed wordt door common sense, de literatuur, de filosofie en alternatieve therapierichtingen. Zijn overwegingen illustreren hoe de visie op onderzoek samengaat met de visie op beroepsuitoefening.

Wellicht biedt de integratieve benadering van Tiemens e.a. (2011) uitkomst. Zij spreken van evidence based *werken* waarbij duidelijk wordt dat een behandelaar voortdurend op zoek is naar de beste interventie en daarbij gebruik maakt van verschillende soorten kennis. Zij maken onderscheid tussen 3 vragen: 1) werkt de therapie onder ideale omstandigheden? (onderzoek: RCT) 2) werkt de therapie in de reguliere behandelpraktijk? (onderzoek: pragmatische trial) 3) werkt de therapie voor de individuele cliënt (onderzoek: N=1). Het probleem is, aldus de auteurs, dat er bij 'kennis' vaak slechts wordt gesproken over één soort kennis, de kennis behorend bij vraag 1. Maar er zijn diverse soorten kennis, deze hebben elk hun plek in de voortgaande kenniscyclus en zijn complementair aan elkaar.

LITERATUURLIJST

- Abrams, B. (2010). Evidence-based music therapy practice: An integral understanding. *Journal of Music Therapy*, Vol. XLVII (4), 351-379.
- Akhtar, N. & Bradley, E.J. (1991). Social information processing deficits of aggressive children: Present findings and implication for social skills training. *Clinical Psychology Review*, 11, 621-644.
- Andrews, D.A. (1995). The psychology of criminal conduct and effective treatment. In: J. McGuire (Ed.). *What Works: Reducing re-offending*. Wiley: Chichester.
- Andrews, D.A., Leshied, A. & Hoge, R.D. (1992). *Review of the profile, classification and treatment literature with young offenders: A social psychological approach*. Ontario: Ministry of Community Social Services.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Argyle, M. & Kendon, A. (1967). The experimental analysis of social performance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 3, 55-97.
- Aos, S., Miller, M. & Drake, E. (2006). *Evidence based adult corrections programs: what works and what does not*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Arntz, A. & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Augusteijn, H.E.M. (2009). *Er was eens, in een Justitiële Jeugdinrichting hier ver vandaan...* Onderzoeksverslag afstudeerproject. Heerlen: Hogeschool Zuyd – Opleiding Creatieve Therapie.
- Baas, N.J. (2005). *Wegen naar een recht pad. Strafrechtelijke interventies voor delinquente jongeren, inclusief verplichte nazorg, en naar het effect van interventies die zich voor een strafrechtelijk kader zouden kunnen lenen, alsmede naar interventiecondities die dat effect beïnvloeden*. Den Haag: WODC.
- Baillie, C. (1998). Art as therapy in a young offender institution. In: M. Liebmann (Ed). *Art therapy with offenders*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Baim, C. Brookes, S. & Mountford, A. (2002). *The Geese Theatre Handbook; drama with offenders and people at risk*. Hampshire, UK: Waterside press.
- Baker, S. & Homan. S. (2007). RAP, recidivism, and the creative self: A popular music programme for young offenders in detention. *Journal of Youth Studies*, 10 (4), 459-476.

- Barkham, M., Margison, F., Leach, C., Lucock, M., Mellor-Clark, J., Evans, C. et al. (2001). Service profiling and outcomes benchmarking using CORE-OM: Toward practice-based evidence in the psychological therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (2), 184-196.
- Bartelink, C. & Boendermaker, L. (2009). *Creatieve therapie*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Bartels, A.A.J., Schuursma, S. & Slot, N.W. (2001). Interventies. In: R. Loeber, W. Slot & J.A. Sergeant (red.). *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie, omvang, oorzaken en interventies*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalisation based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bennink, J., Gussak, D.E. & Skowran, M. (2003). The role of the art therapist in a Juvenile Justice Setting. *The Arts in Psychotherapy*, 30 (3), 163-173.
- Berkum, R. van (2008). *Wat is Equip?* December 2008. Teylingereind www.equipnederland.com.
- Bernstein, D.P., Arntz, A. & Vos, M.E. de (2007). Schemagerichte therapie in de forensische setting. Theoretisch model en voorstellen voor best clinical practice. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 120-139.
- Bernstein, D.P., Vos, M.E. de & Arntz, A. (2008). Schematherapie voor forensische patiënten. In: M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (red.)(2008). *Handboek schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Beroepsprofiel PMT (2009) <http://www.nvpmt.nl/leden/index.html>, 08-02-2010.
- Beurs, E. de & Barendregt, M. (2010). De evidence base van zorgprogramma's in de tbs: een visie op therapie-effectonderzoek. *Proces*, 89 (5), 331-343.
- Beurs, E. de & Zitman, F.G. (2007). Routine outcome monitoring: Het meten van therapie-effect in de klinische praktijk met webbased software. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62, 13-28.
- Bijl, B., Beenker, L. Vogelvang, B. & Veltkamp, E. (2003). *Onderzoek ITB Harde Kern en ITB Criem*. Den Haag: WODC/Ministerie van Justitie.
- Blackburn, R. (1993). *The psychology of criminal conduct: Theory, research and practice*. Chichester: Wiley.
- Blake, C.S. & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A Review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20 (4), 209-221.
- Blokland-Vos, J. Günther, G. & Mook, C. van (2008a). Je vak in schema's. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4 (2), 17-23.

- Blokland-Vos, J. Günther, G. & Mook, C. van. (2008b). Je vak in schema's. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4 (3), 35-44.
- Boal, A. (1979). *Theatre of the oppressed*. New York: Urizen Books
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Boendermaker, L. (1999). *Justitiële behandelinrichtingen voor jongeren. Populatie en werkwijze. Proefschrift*. Leuven – Apeldoorn: Garant.
- Boendermaker, L. & Beijerse, J. uit (2008). *Opvoeding en bescherming achter 'tralies'. Jeugdinrichtingen tussen juridische beginselen en pedagogische praktijk*. Amsterdam: SWP.
- Boendermaker, L. & Ince, D. (2010). *Wat werkt bij jeugdigen met gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Boendermaker, L., Yperen, T. van (2003). *Kansen in de Keten, een gemeenschappelijk referentiekader voor de justitiële jeugdinrichtingen*, Utrecht: NIZW Jeugd.
- Boer, J. den (2007). *Neurofilosofie: hersenen, bewustzijn, vrije wil*. Amsterdam: Boom.
- Boer, J.A. den, Ormel, J. & Berg, H.M. van den (red.) (2004). *Handboek stemmingsstoornissen*. Maarssen: Elsevier/De Tijdstroom.
- Bögels, S. M. & P. van Oppen, (1999). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bol, M. (2002). *Jeugdcriminaliteit over de grens*. Den Haag: WODC.
- Bornmann, B.A. & Crossman, A.M. (2011). Playback Theatre: Effects on student's views of aggression and empathy within a forensic context. *The Arts in Psychotherapy*, 38 (3), 164-168.
- Bornmann, B., Mitelman, S. & Beer, D. (2007). Psychotherapeutic relaxation: How it relates to levels of aggression en a school within inpatient child psychiatry. A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 34 (3), 216-222.
- Bosch, L.M.C. van den, Meyer, S. & Backer, H.S. (red.) (2007). *Handboek dialectische gedragstherapie. De klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt Publishers.
- Bosch, L. M.C. van den & Meijer, S. (2002). *Zoeken naar balans. Dialectische gedragstherapie van A tot Z*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Brody, S. (1976). *The effectiveness of sentencing a review of the literature*. London: Pub HMSO.
- Broek, E. van den (2006). *Kwalitatief onderzoek naar methoden, werkvormen en effecten van dramatherapie met psychopaten binnen de forensische psychiatrie*. Kwalitatief Onderzoek Masteropleiding Vaktherapieën. Heerlen: Hogeschool Zuyd.

- Broek, E. van den, Bernstein, D.P., & Keulen-de Vos, M.E. (2011). Schema modes in forensic patients treated with arts therapies and schema focused therapy: A Randomized Controlled Pilot Study. *The Arts in Psychotherapy*, 325-332.
- Choi, A-N., Lee, M.S. & Lee, J-S. (2008). Group music intervention reduces aggression and improves self-esteem in children with highly aggressive behavior: A pilot controlled trial. *Advance Access Publication, eCAM*, 7 (2), 213-217.
- Chu, B.C. & Harrison, T.L. (2007). Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth. A meta-analysis of candidate mediators of change. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 10 (4), 352-372.
- Clayton, M. (1992). *Enhancing Life & Relationships; A role training manual*. Australia: ICA Press.
- Cleven, G. (2004). *In scène. Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Codding, P.A. (2002). A comprehensive survey of music therapists practicing in correctional psychiatry: Demographics, conditions of employment, service position, assessment, therapeutic objectives and related values of the therapist. *Music Therapy Perspectives*, 2, 56-68.
- Cogan, K.B. & Paulson, B.L. (1998). Picking up the pieces: Brief report on inmates' experiences of a family violence drama project. *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 25 (1), 37-43.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten. Met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cornell, D., e.a. (1996). Psychopathy in instrumental and reactive offenders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 783-790.
- Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social-adjustment. *Psychological Bulletin*, 115 (1), 74-101.
- Crone, E. (2009). *Het puberende brein. Over de ontwikkeling van de hersenen in de unieke periode van de adolescentie*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Cuvelier, F.(1983). *De stad van Axen; gids bij menselijke relaties*. Kappellen: De Nederlandse Boekhandel.
- Dam, C. van (2004). *Juvenile criminal recidivism. Relations with personality and post release environmental risk and protective factors*. Academisch proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Damasio, A.R. (2003). *Ik voel dus ik ben. Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- DeCarlo, A. & Hockman, E. (2003). RAP therapy: A group work intervention method for urban adolescents. *Social Work wit Groups*, 26 (3), 45-59.

- Delleman, O. (2009). 'Positieve psychiatrie'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64 (5), 373-384.
- Demorest, A.P. (1992). The role of social cognition in children's social maladjustment. *Social Cognition*, 10, 211-233.
- Dempster, R.J., e.a. (1996). Psychopathy and the instrumental aggression in violent offenders. *Paper presented at the annual meeting of the American psychological Association*, Toronto, Ontario, August.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2000). *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications.
- Derksen, J.J.L. (2011). Breinobsessie leidt tot lege onzinpsychologie. *NRC Handelsblad*, 18 augustus.
- Didden, R. & Moonen, X. (red.) (2007). *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking*. Gezamenlijke uitgave van De Borg en Landelijk Kenniscentrum LVG. Amersfoort: Bergdrukkerij.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2009). *Organisatiestructuur sector justitiële jeugdinrichtingen*. Februari 2009. www.dji.nl.
- Dijksterhuis, A. (2007). *Het slimme onbewuste. Denken met gevoel*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Dodge, K.A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In: D. Pepler & K. Rubin (Eds.). *The development and treatment for childhood aggression*. Hillsdale: Erlbaum, pp. 201-218.
- Dodge, K.A. & Coie, J.D. (1987). Social Information-processing factors in reactive en proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (6), 146-158.
- Doreleijers, Th.A.H. (1995). *Diagnostiek tussen jeugdstrafrecht en hulpverlening*. Proefschrift Universiteit Utrecht. Arnhem: Gouda Quint.
- Duits, N., Casteren, M. van, Brink, W. van den & Doreleijers, Th.A.H. (2005). Risicotaxatie van geweldsrecidive bij jeugdigen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 511-518.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A. (2004). *The heroic client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Dunne, P. & Rand, H. (2003). *Narradrama: Integrating drama therapy, narrative, and the creative arts*. Los Angeles: Drama Therapy Institute of Los Angeles.
- Elliott, R. & Greenberg, L.S. (2001). *Essential research findings in counseling and psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Elliott, R. & Slatick, E. & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy. Alternative strategies. In: J. Frommer & D.L. Rennie (Eds.). *Qualitative psychotherapy research. Methods and methodology*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

- Emunah, R. (1994). *Acting for Real. Drama therapy process, technique and performance*. Florence, USA: Brunner/Mazel.
- Equip Nederland. *Wat is Equip?* Januari 2010. www.equipnederland.com
- Eronen, M., Hakola, P. & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behaviour in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497-501.
- Evans, C., Mellor-Clark, F., Margison, M., Barkham, K., Audin, J., Connel, M. et al (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9 (3), 247-255.
- Ezell, M. & Levy, M. (2003). An evaluation of an arts program for incarcerated juvenile offenders. *Journal of Correctional Education*. Available at: www.findarticles.com/p/articles/mi_qa4111/is_200309/ai_n9292157.
- Farr, M. (1997). The role of dance/movement therapy in treating at-risk African American adolescents. *The Arts in Psychotherapy*, 24 (2), 183-191.
- Feltz-Cornelis, C.M. van der, Volker, D. & Heer, E. de (2010). *Routine Outcome Monitoring: ontwikkelingen in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Fite, P.J. & Vitulano, M. (2010). Proactive and reactive aggression and physical activity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33 (1), 11-18.
- Freeman, G.D., Sullivan, K. & Fulton, C.R. (2003). Effects of creative drama on self-concept, social skills and problem behaviour. *Journal of Educational Research*, 96 (3), 131-138.
- Frick, P.J., e.a. (2003). Callous unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 457-470.
- Gaines, B. & Barry, L.M. (2008). The effect of a self-monitored relaxation breathing exercise on male adolescents aggressive behavior. *Adolescence*, 43 (170), 291-302.
- Gardstrom, S.C. (1999). Music exposure and criminal behavior: Perceptions of juvenile offenders. *Journal of Music Therapy*, XXXVI (3), 207-221.
- Geest, V. van der, Bijleveld, C. & Wijkman, M. (2005). *Delinquentie na behandeling*. Den Haag: NSCR.
- Gendreau, P., Little, T. & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What Works? *Criminology*, 34, 575-607.
- Gendreau, P. & Ross, B. (1979). Effective Correctional Treatment: Bibliotherapy for Cynics. *Crime & Delinquency*, 25 (4), 463-489.

- Gendreau, P. & Ross, R.R. (1987). Ramifications of rehabilitation evidence from the 1980s. *Justice Quarterly*, 4, 349-408.
- Gerritsen, E. (2010). Teveel eisen aan jeugdinterventies. *BMC Adviesmanagement*, 3 (97), 1.
- Gersie, A. (1992). *Earthtales: Storytelling in times of change*. London: Green Print.
- Gibbs, J.G., Barriga, A.Q., Potter, G.B., Nas, C.N. & Brugman, D. (2011). *Hoe ik Denk-Vragenlijst*. Amsterdam: Boom.
- Gibbs, J., Potter, G. & Goldstein, A. (1995). *The Equip Program. Teaching youth to think and act responsibly through a peer-helping approach*. Champaign: Research Press.
- Gold, C., Voracek, M. & Wigram, T. (2004). Effects of music therapy for children and adolescents with psychopathology: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 1054-1063.
- Goldman, A.I. & Sripada, C.S. (2005). Simulationist models of face-based emotion recognition. *Cognition*, 94, 193-213.
- Greenwald, R. (2002). The role of trauma in conduct disorder. In: R. Greenwald (Ed.). *Trauma and juvenile delinquency: Theory, research, and interventions*. Binghamton: Haworth.
- Groot, F. de, Goyens, K., Lambrichts, A. & Kuypers, A. (2009). Denken, voelen, verbeelden. Een ontmoeting tussen Acceptance and Commitment Therapy en beeldende therapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 5 (4), 11-17.
- Gunther, G., Blokland-Vos, J., Mook, C. van, & Molenaar, J.P. (2009). *Vaktherapie binnen klinische schematherapie*. In: E. Muste, A. Weertman & A.M. Claassen (red.). *Handboek klinische schematherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Haen, C. & Brannon, K.H. (2002). Superheroes, monsters and babies: Role of strength, destruction and vulnerability for emotionally disturbed boys. *The Arts in Psychotherapy*, 29 (1), 31-40.
- Hafkenscheid, A. (2010). De Outcome rating scale (ORS) en de Session rating scale (SRS). Enkele psychometrische kenmerken van de Nederlandse versies. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36 (6), 394-403.
- Hall, L. & Long, C.G. (2009). Back to basics: progressive muscle relaxation (PMR) training for women detained in conditions of medium security. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20 (3), 481-492.
- Hanna, F.D. & Hunt, W.P. (1999). Techniques for psychotherapy with defiant, aggressive adolescents. *Psychotherapy*, 36 (1), 56-68).

- Hanrath, J. (2009). Opvoeden in een gesloten jeugdinrichting: een contradictie in terminis? *Proces*, (88) 3, 182-189.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (2nd ed.)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D., Clark, D., Grann, M. & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behavioural Sciences & the Law*, 18 (5), 623-645.
- Hartz, L. & Thick, L. (2005). Art therapy strategies to raise self-esteem in female juvenile offenders: A comparison of art psychotherapy and art as therapy approaches. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22 (2), 70-80.
- Hayes, S.C., Follette, V.M. & Linehan, M.M. (red.) (2006). *Mindfulness en acceptatie. De derde generatie gedragstherapie*. Amsterdam: Harcourt.
- Heiden-Attema, N. van der & Bol, M.W. (2000). *Moeilijke jeugd, risico- en protectieve factoren en de ontwikkeling van delinquent gedrag in een groep risicojongeren*. Den Haag: WODC.
- Hendrickx, M. (2003). Psychometrische evaluatie van de Nederlandstalige versie van de Agressie Beoordelingsschaal van Dodge en Coie (1987). *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 36, 33-43.
- Hermanns, J. (2009). Nieuwe wegen in het terugdringen van recidive? *Proces*, 88 (3), 147-154.
- Hermanns, J. & Menger, A. (2009). *Walk the line. Over continuïteit en professionaliteit in het reclasseringswerk*. Utrecht: Hogeschool Utrecht - Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Hermans, D., Eelen, P. & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hollin, C.R. (1990). Social skills training with delinquents: A look at the evidence and some recommendations for practice. *British Journal of Social Work*, 20, 483-493.
- Hollin, C.R. & Tower, P. (1986). Social skills training: Critique and future development. In: C.R. Hollin & P. Trower (Eds). *Handbook of social skills training, Volume 2: Clinical applications and new directions*. Oxford: Pergamon Press.
- Hornsveld, R.H.J., Dam-Baggen, C.M.J. van, Lammers, S.M.M., Nijman, H.L.I. & Kraaimaat, F.W. (2004). Forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: persoonlijkheidskenmerken en gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 133-143.
- Hout, I. van den (2006). Mindfulness-based stress reduction. Een nieuwe invalshoek voor psychomotorische therapie? *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 3, 10-16.

- Howells, K. (1986). Social skills training and criminal and antisocial behaviour in adults. In C.R. Hollin & P. Trower (eds), *handboek of social skills training, Volume 1: Applications across the life span*. Oxford: Pergamon Press.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (Eds.)(1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Hurk, A.A., van den & Nelissen, P.Ph. (2004). "What Works". Een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Hutschemaekers, G. (2008). *Clïënt en hulpverlener samen probleemeigenaar. Droom en werkelijkheid in creatieve therapie*. Lezing 3 april 2008.
- Hutschemaekers, G. (2011). *Persoonlijke mededeling tijdens de KenVaK studiedag over onderzoek op 11 april*.
- Hutschemaekers, G. & Nijnatten, C.H.C.J. van (2008). De scientist practitioner en de evidence-based practice. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63(12), 1025-1032.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & Smit, A. (2006). *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP, De Gelderse Roos.
- Institute of Medicine (2007). *Treatment of PTSD: An assessment of the evidence*. Washington: Institute of Medicine.
- IPPR (2003). *Offender rehabilitation and the arts: IPPR Seminar Summary*. London: Institute for Public Policy Research. Available at: www.ippr.org.uk
- Jennings, S. (1994). *Drama therapy. Theory and practice 1*. London, UK: Routledge.
- Johnson, D. (1982-2003). *Developmental Transformations, Papers 1982-2002*. New York: Institute for developmental transformations.
- Johnson, D. (2009). Examining underlying paradigms in the creative arts therapies of trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 36 (2), 114-120.
- Johnstone, K. (1990). *Impro, improvisatie en theater*. Amsterdam: International Theatre and Film books.
- Jones, P.(1996, 2007). *Drama as therapy*. East Sussex, UK: Routledge.
- Junger-Tas, J. (2007). De behandeling van jongeren in justitiële inrichtingen. *Delikt & Delinkwent*, 79, 1007.
- Kamminga, A., Koster, I., Lindheim, H. von, Metselaar, M., Raben, K. & Reijnders, A. (2007). *Doelstelling behaald? Hoe moet een passend hulpaanbod voor strafrechtelijke jongens in Eikenstein*

eruit zien? Amsterdam: Universiteit van Amsterdam - Faculteit der Maatschappij- en Gedragswetenschappen.

Kellermann, P.F & Hudgins, M.K. (2000). *Psychodrama with trauma survivors, acting out your pain*. Londen: Jessica Kingsley Publishers.

Kieft, J. te, Rhijn, N. van & Haans, T. (1994). Begeleid toneel: keuzes maken en spelen. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 13 (1), 2-6.

Kipper, D.A. & Ritchie, T.D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: a meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 7, 13-25.

Knaap, L. M. van der, Beenker, L.G.M., & Bijl, B. (2004). *TVA: Vragenlijst Taken en Vaardigheden van Adolescenten: handleiding*. Duivendrecht: PI Research.

Korrelboom, K. & Broeke, E. ten (2008). *Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie. Handboek voor theorie en praktijk*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.

Krout, R.E. (2007). The attraction of the guitar as an instrument of motivation, preference, and choice for use with clients in music therapy: A review of literature. *The Arts in Psychotherapy*, 34 (1), 36-52.

Laan, P.H. van der (2004). Over straffen, effectiviteit en erkenning. De wetenschappelijke onderbouwing van preventie en strafrechtelijke interventie. *Justitiële Verkenningen*, 30 (5), 31-48.

Laan, A.M., van der, Blom, M., Verwers, C., & Essers, A.A.M. (2006). *Jeugddelinquentie: risico's en bescherming*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers, WODC.

Laat, P. de. (2005). *Psychodrama, een actiegerichte methode voor exploratie, reflectie en gedragsverandering*. Assen: Koninklijke Van Gorcum.

Lamme, V. (2010). *De vrije wil bestaat niet. Over wie er echt de baas is in het brein*. Amsterdam: Bert Bakker.

Landy, R.J. (1993). *Persona and performance*. New York: Guilford press.

Landy, R.J. (2001). *New essays in drama therapy*. Springfield, IL: Charles Thomas ltd.

Landy, R.J. (2008). *The couch and the stage; Integrating words and action in psychotherapy*. New York, USA: Jason Aronson.

Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, A. & Beurs, E. de (2005). *Buss-Durkee Hostility Inventory - Dutch, BDHI-D. Handleiding, verantwoording en normering van de Nederlandse Buss Durkee-agressievragenlijst*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Ledoux, J. (1998). *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Touchstone.

- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1995). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Linehan, M. (1996). *Borderline persoonlijkheidsstoornis. Handleiding voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lipton, D. S., e.a. (1997). *Synthesising correctional treatment outcomes: Preliminary CDATE findings*, Presentation to the 5th Annual National Institute of Justice Conference on Research and Evaluation in Criminal Justice, Washington DC.
- Lodewijks, H. (2001). *Orthopsychiatrie op Rentray*. Eefde: Rentray.
- Lodewijks, H. (2008). *Violence risk assessment in adolescents in the Dutch juvenile justice system. Studies on the reliability and predictive accuracy of the SAVRY*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th.A.H., De Ruiter, C. de & Wit-Grouls, H. de (2003). *Gestructureerde taxatie van geweldsrisico bij jongeren*. Eefde: Rentray.
- Loeber, Slot & Sergeant (2001). *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie*. Bohn Stafleu van Loghum. Houten/Diegem.
- Lyubomirsky, S. (2007). *De maakbaarheid van het geluk. Een wetenschappelijke methode voor een gelukkig leven*. Amsterdam: Archipel.
- Matto, H.C. (2002). Investigating the validity of the Draw-A-Person Screening procedure for emotional disturbance. A measurement validation study with high-risk youth. *Psychological Assessment*, 14 (2), 221-225.
- McGuire, J. (2000). *What works: in reducing criminality*. Paper presented at the Conference Reducing Criminality: Partnerships and Best Practice convened by the Australian Institute of Criminology, in association with the WA Ministry of Justice, Department of Local Government, Western Australian Police Service and Safer WA and held in Perth 31 July and 1 August 2000.
- McGuire, J. (1995). *What works: reducing reoffending*. Chichester: Wiley.
- McMackin, R.A., Leisen, M.B., Sattler, L., Krinsley, K. & Riggs, D.S. (2002). Preliminary development of trauma-focused treatment groups for incarcerated juvenile offenders. In: R. Greenwald (Ed.). *Trauma and juvenile delinquency: Theory, research, and interventions*. Binghamton: Haworth.
- Meekums, B. (2010). Moving towards evidence for dance movement therapy: Robin Hood in dialogue with the King. *The Arts in Psychotherapy*, 37 (1), 35-41.
- Moffitt, T.E. (1987). Parental mental disorder and offspring criminal behavior: an adoption study. *Psychiatry*, 50 (4), 346-60.
- Moreno, J.L.(1964). *Psychodrama, first volume*. New York: Beacon House Inc.

National Institute of Corrections (2001). *Cognitive reflective communication: dealing with risk roots*. Washington DC.

Nickel, C., Lahmann, C., Tritt, K., Loew, T.H., Rother, W.K. & Nickel, M.K. (2005). Stressed aggressive adolescents benefit from progressive muscle relaxation: a random, prospective, controlled trial. *Stress and Health*, 21, 169-175.

Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., Valk, I.E. van der, Wijnroks, L., Vermeer, A. & Matthys, W.C.H.J. (2004). Sociale probleem oplossingsvaardigheden als verklaring voor gedragsproblemen van kinderen met lichte verstandelijke beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met Verstandelijke Beperkingen*, 30, 219-233.

Nijland, N. (2009). *Motivatiemodule PMT voor de forensisch psychiatrie*. Franeker.

Nissimov-Nahum, E. (2008). A model for art therapy in educational settings with children who behave aggressively. *The Arts in Psychotherapy*, 35 (5), 341-348.

Nissimov-Nahum, E. (2009). Use of a drawing task to study art therapists' personal experiences in treating aggressive children. *The Arts in Psychotherapy*, 36 (3), 140-147.

Notermans, H. (2010a). Spelen met perspectieven. Bouwstenen voor een ontwikkelingsgerichte dramatherapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*. 6 (1), 37-43.

Notermans, H. (2010b). Wat speelt er? Een reflectie op dramatherapie voor adolescenten met internaliserende problemen. *Kind & Adolescent*, 31-Jubileumnummer, 15-28.

Notermans, H. (2011a). *Ontmoeten in spel: Een dramatherapeutische interventie voor adolescenten met internaliserende problemen*. Heerlen/Utrecht: KenVaK/Universiteit Utrecht/Hogeschool Utrecht. <http://kenvak.hszuyd.nl> bij online publicaties.

Notermans, H. (2011b). *Wat kan dramatherapie betekenen voor adolescenten met angst- en stemmingsklachten? Een review*. Heerlen/Utrecht: KenVaK/Universiteit Utrecht/Hogeschool Utrecht.

Novaco, R.W. (1975). *Anger control*. Lexington, MA: Heath.

Novaco, R.W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In: J. Monahan & H.J. Steadman (Eds.). *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press.

Novaco, R.W. (1997). Remediating anger and aggression with violent offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 2, 77-88.

Nuttall, C., Goldblatt, P. & Lewis, C. (1998). *Reducing offending: an assessment of research evidence on ways of dealing with offending behavior*. Home Office Research Study No.187. London: Home Office.

Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (1998). *Arts programs for juvenile offenders in detention and correction*. Available at: <http://ojjdp.ncjrs.org>

- Ofman, D. (2007). *Hé ik daar?! Ontdek en ontwikkel je persoonlijke kernkwaliteiten met het kernkwadrant*. Utrecht: Servire.
- O.G. Heldring (2010). http://www.ogheldring.nl/?page_id=186 (gelezen 04.09.2010)
- Orobio de Castro, B. (2000). *Social information processing and emotion in antisocial boys*. Amsterdam: Paedologisch Instituut.
- Orobio de Castro, B. (2007). *Woede, wraak & leedvermaak. Op zoek naar drijvende krachten achter de ontwikkeling van gedragsproblemen*. Inaugurale rede. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Orobio de Castro, B. (2011). Effectieve beïnvloeding van antisociaal gedrag. Lezing tijdens het congres '100 Jaar Het Keerpunt' te Maastricht.
- Ortiz, J., & Raine, A. (2004). Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 154-162.
- Oudejans, S., Nabitz, U. & Schippers, G. (2009). Routine Outcome Monitoring in de verslavingszorg. Bevorderende en belemmerende factoren. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64 (9), 774-784.
- Oudijk, R. (2000). Uitnodiging tot ontmoeting: Het lege toneel. *Psychodramabulletin*, 11 (1), 8-28.
- Palmer, E. J., & Hollin, C. R. (1996). Assessing adolescent problems: An overview of the Adolescent Problem Inventory. *Journal of Adolescence*, 19, 347-354.
- Palmer, E. J., & Hollin, C. R. (1999). Social competence and sociomoral reasoning in young offenders. *Applied Cognitive Psychology*, 13, 79-87.
- Pas, Y. van der & Klopper, I. (2008). Beeldende kracht. Behandeling van dwangstoornis met beeldende therapie en cognitieve gedragstherapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 1, 3-12.
- Patrick, C.J. (2001). Emotional processes in psychopathy. In: A. Raine & J. Sanmartin (Eds.). *Violence and psychopathy*. New York: Kluwer/Plenum.
- Persons, R.W. (2009). Art therapy with serious juvenile offenders: A phenomenological analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53, 433-453.
- Pijnenburg, H. (2010)(red.). *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor de jeugd*. Amsterdam: SWP.
- Plaisier, J. (2007). Afstemming van gedragsinterventies voor jeugdige delinquenten, in opdracht van de directie Justitieel Jeugdbeleid van het ministerie van Justitie, Impact R&D, blz: 20.
- Ploeg, J.D. van der (2009). *Agressie*. Rotterdam: Lemniscaat.

- Postbus 51 (2009). *Wat is gesloten jeugdzorg?* Januari, www.postbus51.nl
- Prein, H. (2007). *Trainingsboek conflicthantering en mediation*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Raine, A., e.a. (2006). The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent Boys. *Aggressive Behavior*, 32, 159-171.
- Rappaport, N. & Tomas, C. (2004). Recent research findings on aggressive and violent behavior in youth: Implications for clinical assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health*, 35 (4), 260-277.
- Rentray (2009). *Behandelmethodiek*. Januari, www.rentray.nl
- Rentray (2010). http://rentray.nl/template_new.php?pid=over_rentray&id=12 (gelezen 20.09.2010)
- Ritter, M. & Graff Low, K. (1996). Effects of dance/movement therapy: a meta analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23, 249-260.
- Roemen-Van Haaren, M. (2010). *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de GGZ*. Redactie: Jan de Lange. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Rollnick en Miller (1995): What is motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Rollnick en Miller (2002): *Motivationale Interviewing: Preparing People for Change*. Guilford Publications, 2002 second Edition.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Ross, E.C., Devon, L.L., Polaschek, D.L.L. & Ward, T. (2007). The therapeutic alliance. A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 462-480.
- Ruiter, de, Kuin, Vries, de, & Das, (2002). *Psychopathie Checklist: Jeugdversie* (onderzoeksversie, geautoriseerde vertaling), Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Programmagroep Klinische Psychologie.
- Ruiter, C. de & Veen, V. van (2004). *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: Werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbo Instituut.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.
- Ross, R. R., & Fabiano, E. A. (1985). *Time to think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson City, TN: Institute of Social Sciences and Arts.
- Ross, R.R. & Hilborn, J. (2008). *Rehabilitating rehabilitation: Neurocriminology for treatment of antisocial behavior*. Ottawa: Cognitive Centre of Canada.

- Salas, J. (2000). Playback Theatre: A frame for healing. In: P. Lewis & D.R. Johnson (Eds.). *Current approaches in drama therapy*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Sanderlin, T.K. (2001). Anger management counseling with the antisocial personality. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 4, 9-11.
- Scarpa, A. & Raine, A. (1997). Psychology of anger and violent behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 20 (2), 375-394.
- Skeem, J., Monahan, J. & Mulvey, E. (2002). Psychopathy, treatment involvement and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 26, 577-603.
- Sloan, T. (1997). Theories of personality: Ideology and beyond. In: D. Fox, & I. Prilleltensky (Eds.). *Critical psychology: An introduction*. London: Sage.
- Slot, N.W. (1988). *Residentiële hulp voor jongeren met antisociaal gedrag*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Smeijsters, H. (red.)(2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (red.)(2006). *Handboek muziektherapie. Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Smeijsters, H. (2007). *Agressieregulatie in de forensische psychiatrie*. Heerlen: Hogeschool Zuyd – KenVaK / Melos.
- Smeijsters, H. (2008a). *De kunsten van het leven. Hoe kunst bijdraagt aan een emotioneel gezond leven*. Diemen: VEEN Magazines.
- Smeijsters, H. (red.)(2008b). *De kunsten van het leven. Voorbeelden uit de creatieve therapie*. Diemen: VEEN Magazines.
- Smeijsters, H. (2008c). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2010a). Praktijkonderzoek naar interventies. Vaktherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 6 (1), 9-17.
- Smeijsters, H. (2010b). Werken in het medium vraagt om een eigen theorie. Reactie Henk Smeijsters op ‘Hoe overkoepelend is een overkoepelende interventietheorie?’, ingezonden door Pijke Dijkema. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 6 (3), 36-37.
- Smeijsters, H., Beurskens, S., Reverda, N., Gielen, X. & Pénczes, I. (2012). Practice Based Evidence en Evidence Based Practice. Een verheldering van begrippen. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 8 (2).
- Smeijsters, H., Braak, J. van den, Helmich, M., Reumers, H. & Wekken, J. van der (2009). *Vaktherapie in de justitiële jeugdinrichtingen en de gesloten jeugdzorg*. Kaderdocument voor alle vaktherapieën. Heerlen/Cadier & Keer: KenVaK/Melos/Het Keerpunt.

- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2004). *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie* (2004). Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Smeijsters, H., Kil, J., Kurstjens, H., Welten, J. & Willemars, G. (2011). Arts therapies for young offenders in secure care. A practice based research. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 41-51.
- Spanjaard, H. & Es, D. van (1999). *Competentievergroting in een jeugdinrichting*. Duivendrecht: PI Research, afdeling GT & FOC Kolkemate.
- Spellacy, F.J. & Brown, W.G. (1984). Prediction of recidivism in young offenders after brief institutionalization. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (4), 1070-1074.
- Spence, S. H. (1981a). Differences in social skills performance between institutionalized juvenile male offenders and a comparable group of boys without offence records. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 163-171.
- Spence, S. H. (1981b). Validation of social skills of adolescent males in an interview conversation with a previously unknown adult. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 14, 159-168.
- Spivack, G., Platt, J.J. & Shure, M.B. (1976). *The problem-solving approach to adjustment: A guide to research and intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Spolin, V. (1999). *Improvisation for the Theater, third edition*. Evanston, IL: Northwestern University Press.
- Spreen, M. (2009). *Lectorale rede*. Leeuwarden: Stenden Hogeschool.
- Spreen, M., Timmerman, M.E., Horst, P. ter & Schuringa, E. (2010). Formalizing clinical decisions in individual treatments: Some first steps. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10, 285-299.
- Stallard, P. (2006). *Denk Goed - Voel je Goed. Cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jongeren*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Stams, G.J. (2011). Het evidence based gebouw in de jeugdzorg. Lezing tijdens het congres '100 Jaar Het Keerpunt' te Maastricht.
- Starniske, G. (2008). Leertheorie als basis van vaktherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 2, 25-30.
- Stern, D.N. (1985/2000). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and development psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton.
- Stern, D.N. (2010). *Forms of vitality. Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford: Oxford University Press.
- Stinckens, N., Verdru, H. & Leijssen, M. (2009). Meestertherapeuten en het geheim van hun succes: het belang van praktijkgeoriënteerd onderzoek en monitoring. *PsychoPraxis*, 11 (3), 96-103.

- Strauss, A. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Swaab, D. (2010). *Wij zijn ons brein. Van baarmoeder tot Alzheimer*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, Division of Clinical Psychology, American Psychological Association (1995). Training in dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Thompson, J. (1999). *Drama workshops for anger management and offender behaviour*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Thornton, D.M. (1987). Treatment effects on recidivism: a reappraisal of the nothing works doctrine. In: B. McGurk, D.M. Thornton, & M. Williams (Eds.). *Applying psychology to imprisonment*. London: HMSO.
- Tiemens, B., Hutschemaekers, G., Kaasenbrood, A. & Niet, G. de (2011). Evidence-based werken: kennis en context. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37 (6), 429-441.
- Tiemens, B., Kaasenbrood, A. & Niet, G. de (2010). *Evidence based werken in de GGZ. Methodisch werken als oplossing*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Timmer, S. (2004). Zanger gezocht. Dramatherapie binnen een schemagerichte behandeling voor zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 23 (1), 11-16.
- Trower, P. (1978). Skills training for adolescent social problems. A viable treatment alternative? *Journal of Adolescence*, 1, 319-329.
- Tuender, G. (2008). *Lievelingsrollen*. Nijmegen: interne uitgave HAN.
- Tyson, E.H. (2002). Hip-Hop Therapy: An exploratory study of a rap music intervention with at-risk and delinquent youth. *Journal of Poetry Therapy*, 15 (3), 131-144.
- Valenkamp, M. W., Verhulst, F. C., & Ruiter, C. (2006). Signaleringslijsten psychische problematiek bij jeugdigen. *Kind En Adolescent : Tijdschrift Voor Pedagogiek, Psychiatrie En Psychologie*, 27(1), 4-30.
- Vandermeulen, J., Derix, M. & Lafosse, C. (red.)(2008). *Neuroplasticiteit*. Amsterdam: Boom.
- Veerman, J.W. (2008). Het mooie van meten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63 (12), 1019-1024.
- Verstegen, R. & Lodewijks, H.P.B. (2006). *Interactiewijzer. Analyse en aanpak van interactieproblemen in professionele opvoedingssituaties*. Assen: Van Gorcum.
- Vien, V.A. & Beech, A.R. (2006). Psychopathy: theory, measurement and treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7 (3), 155-174.

- Vinke, A., Vogelvang, B.O., Erfteijer, L. & Veldkamp, E. (2004). *Handleiding RISC: Recidive Inschatting Schalen. Gebruikersversie 1.0*. Woerden/Utrecht: Adviesbureau Van Montfoort/ Stichting Reclassering Nederland.
- Vitiello, B. & Stoff, D. (1997). Subtypes of aggression and their Relevance to child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 307-315.
- Vogelvang, B. (2005). *De jongere aanspreken. Handboek methode jeugdreclassering*. Utrecht/Woerden: MO Groep / Adviesbureau Van Montfoort.
- Vogelvang, B.O., Van Burik, A., Van der Knaap, L.M., Wartna, B.S.J. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland*. Den Haag: Adviesbureau Van Montfoort/WODC.
- Vreeswijk, M. van, Broersen, J. & Nadort, M. (red.)(2008). *Handboek schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Vreugdenhil, C. (2003). *Psychiatric disorders among incarcerated male adolescents in The Netherlands*. Amsterdam: proefschrift VU.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale: Erlbaum.
- Weerman, F.M. & Laan, P.H., van der (2006). *Het verband tussen spijbelen, voortijdig schoolverlaten en criminaliteit*, In: Justitiële verkenningen 6/06, Spijbelers en drop-outs, WODC (2006).
- Weertman, A. (2008). Gebruik van experiëntiële technieken voor diagnostiek In: M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort, M. (red.). *Handboek schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Weisz, J.R., McCarthy, C. & Valeri, S.M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents. A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132 (1), 132-149.
- Welten, J. (2005). Spelen met vuur, dramatherapie en psychodrama met getraumatiseerden. In Smeijsters, H. (red.). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho
- Welten, J., Man, J. de, Wekken, J. van der & Scholten, M. (2010). Praktijkonderzoek naar interventies. Dramatherapie in Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg. *Tijdschrift voor Vaktherapie* 6 (4), 21-25.
- Williams, J.M.G. , Teasdale, J.D., Segal, Z.V. & Kabat-Zinn, J. (2007). *Mindfulness en bevrijding van depressie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Wong, S., & Hare, R. D. (2005). *The guidelines for a psychopathy treatment program*. Toronto, Canada: MultiHealth Systems.

- Wood, J., Foy, D., Layne, C., Pynoos, R. & James, C.B. (2002). An examination of the relationship between violence exposure, posttraumatic stress symptomatology, and delinquent activity. In: R. Greenwald (Dd.). *Trauma and juvenile delinquency: Theory, research, and interventions*. Binghamton: Haworth.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Yperen, T. van (2011). *Ontwikkelen effectiviteit jeugdzorg*. Lezing tijdens het congres '100 Jaar Het Keerpunt' te Maastricht.
- Yperen, T. van & Veerman (red.)(2008). Zicht op effectiviteit. *Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Zamble, E. & Quinsey, V. L. (1997). *The criminal recidivism process*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zevalkink, J & Dam, Q.D. van (2007). *Tegenwoordigheid van geest. Het actuele moment in een psychoanalytische behandeling*. Assen: Van Gorcum.

DE AUTEURS³⁴

Overkoepelende hoofdstukken

Dr. Henk Smeijsters (eindredactie), tot zijn emeritaat in 2012 lector van de KenVaK, een gezamenlijke kenniskring van Zuyd Hogeschool, Hogeschool Utrecht, ArtEZ Hogeschool en Stenden Hogeschool; tevens hoofdopleider van de Master of Arts Therapies Zuyd en lid van de werkgroepen die in opdracht van de hbo-raad (Forum Praktijkgericht Onderzoek) en ZonMW kenmerken, kwaliteitscriteria en randvoorwaarden van praktijkgericht onderzoek hebben beschreven.

Mr. drs. Joost van den Braak, ruim 10 jaar werkzaam als senior-adviseur bij Van Montfoort/Collegio, een organisatie actief op het gebied van jeugdzorg, jeugdbeleid, politie en justitie, lokaal beleid, onderwijs, zorg en welzijn. Van Montfoort/Collegio biedt onderzoek en ontwikkeling, opleiding en training, en advies en management. Een van de recente werkzaamheden betreft de indiening van gedragsinterventies bij de Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie.

Dr. Ingrid Candel, Ingrid Candel promoveerde in 2003 aan de Universiteit Maastricht op het onderwerp "accuraatheid, volledigheid en consistentie van emotionele herinneringen". Na haar promotie was zijn een aantal jaren werkzaam als universitair docent aan diezelfde universiteit. Toen zij haar bijdrage leverde aan dit boek was zij onderzoeker en behandelaar bij Stichting Jeugdzorg St. Joseph. Momenteel werkt ze als hoofdbehandelaar bij het U-center in Epen.

Marjan Helmich, SRVB geregistreerd beeldend therapeut, LSG-Rentray. Zij is een aantal jaren werkzaam geweest bij LSG-Rentray en vanaf het pilotonderzoek betrokken bij het RAAK project. Momenteel werkzaam bij Forensische polikliniek De Tender onderdeel van FPC Oldenkotte, en de PI Zwolle. Student van de Master of Arts Therapies aan de Hogeschool Zuyd.

Heinz Reumers MMTh, is als muziektherapeut werkzaam bij Stichting Jeugdzorg St. Joseph te Cadier en Keer. Hij was vanaf het pilotonderzoek betrokken bij het RAAK project en heeft ook de masteropleiding afgestemd op het RAAK project.

³⁴ Zie het dankwoord voor alle andere vaktherapeuten die door mee te lezen, mee te denken mee te discussiëren een bijdrage aan dit boek hebben geleverd.

Josefien van der Wekken, dramatherapeut en psychodramatherapeut (GGZ, jeugdzorg). Zij is sinds 2005 werkzaam in de gesloten jeugdzorg (plus), O.G. Heldringstichting te Zetten. Zij was vanaf het pilotonderzoek betrokken bij het RAAK project.

Pijke Dijkema, MPMTH, heeft dramatherapie gestudeerd en de Master opleiding psychomotorische therapie gevolgd. Hij is werkzaam geweest als dramatherapeut in het speciaal onderwijs en is sinds 6 jaar werkzaam als psychomotorisch therapeut binnen de forensische jeugd- en orthopsychiatrie van Accare in Assen. Pijke heeft de basiscursus gedragstherapie gevolgd en combineert psychomotorische therapie met cognitieve gedragstherapie en dramatherapeutische werkvormen. Hij volgt supervisie ten behoeve van zijn registratie als cognitief gedragtherapeutisch medewerker.

Hoofdstukken beeldende therapie

Gemmy Willemars, MATH, SRATH, is als beeldend therapeut en bestuurslid verbonden aan het forensische werkveld. Zij is werkzaam als docent methodiekontwikkeling en praktijkonderzoek aan de opleiding Creatieve Therapie van de Hogeschool Utrecht in Amersfoort. Zij is tevens lid van KenVaK.

Marjan Helmich, zie boven

Hoofdstukken dans-bewegingstherapie

Julie Kil MSc, MDATH, SRDATH, Zuyd Hogeschool, werkt als dans-bewegingstherapeute in de forensische psychiatrie, met als zwaartepunten: delictverwerking, trauma en agressieregulatie. Zij werkt bij Hogeschool Codarts als researchbegeleidster, is gastdocente bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en Stenden Hogeschool, bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Danstherapie (NVDAT) met de portefeuille Kennisinnovatie.

Eefje Prins

Hoofdstukken dramatherapie

Jaap Welten, MDTh, SRDTh, is als onderzoeker van KenVaK en projectleider verantwoordelijk geweest het onderdeel dramatherapie in dit RAAK-project. Hij is senior-docent dramatherapie bij de bachelor Creatieve Therapie en bij de Master of Arts Therapies en werkzaam bij de Hogeschool Zuyd.

Josefien van der Wekken, zie boven

Sanne van der Kolm

Jorg de Man, Dramatherapeut & Stagegeleider op Avenier

Marjolein Scholten, sinds 2009 werkzaam als dramatherapeut op Avenier locatie Alexandra. Vanaf maart 2012 werkzaam als dramatherapeut op Avenier locatie De Vaart te Sassenheim.

Hoofdstukken muziektherapie

Drs. Han Kurstjens, SRMTh, Projectleider Muziektherapie, psycholoog, muziektherapeut, docent muziektherapie aan de Hogeschool Utrecht te Amersfoort, supervisor en onderzoeker bij KenVaK

Frederik Esbach, rMth, werkzaam als muziektherapeut op JJI Den Hey-Acker in Breda. Hiervoor heeft hij gewerkt met en voor mensen met een ernstige verstandelijke beperking en mensen met een psychiatrische ziekte.

Heinz Reumers, MTh, zie boven

Hoofdstukken psychomotorische therapie

Pijke Dijkema, MPMTh, zie boven

Thea Braun-de Bijl

Sander Fauth

DANKZEGGING

Dit boek is het resultaat van een praktijkgericht onderzoek in de jaren 2008-2010, uitgevoerd in het kader van een RAAK project, dat toegekend werd door de Stichting Innovatie Alliantie (SIA)³⁵. De algehele leiding berustte bij KenVaK, de kenniskring Kennisontwikkeling Vaktherapieën van de Hogeschool Zuyd, Hogeschool Utrecht, ArteZ Hogeschool en Stenden Hogeschool. Vanuit de instellingen heeft de Stichting Jeugdzorg St. Joseph een coördinerende rol vervuld.

Het consortium bestond uit de volgende deelnemers:

Hogescholen vanuit KenVaK

- Hogeschool Zuyd
- Hogeschool Utrecht

Praktijkinstellingen

- Stichting Jeugdzorg St. Joseph (JJI Het Keerpunt & Icarus), Cadier en Keer
- Avenier (Jongerenhuis Harreveld, Harreveld & De Sprengen, Zutphen)
- Den Hey-Acker, Breda
- LSG-Rentray, Eefde
- St. O.G. Heldring, Zetten

De personen die binnen- en buiten het consortium hun medewerking hebben verleend staan in onderstaande tabel. De projectleiders van KenVaK bedanken iedereen die aan dit omvangrijke project zijn medewerking verleend heeft.

Overzicht van alle deelnemers:

Algemeen projectleider	Dr. Henk Smeijsters, lector KenVaK, Hogeschool Zuyd
Projectleiders per vaktherapie	• Julie Kil MSc, MDATh, SRDATh, Hogeschool Zuyd • Drs. Han Kurstjens, SRMTh, Hogeschool Utrecht • Jaap Welten, MDTh, SRDTh, CP, ECP, Hogeschool Zuyd • Gemmy Willemars, MATH, SRATH, Hogeschool Utrecht • Pijke Dijkema, MPMTh, Accare

³⁵ RAAK staat voor Regionale Aandacht en Actie voor Kenniscirculatie. Het is een regeling vanuit het Ministerie van Onderwijs Cultuur & Wetenschap ter bevordering van de gezamenlijke kenniscreatie en kennisuitwisseling tussen hogescholen, het midden- en kleinbedrijf en/ of publieke instellingen. RAAK heeft als doel professionals te ondersteunen bij het oplossen van praktijkproblemen en het innoveren van hun handelen. Kenniskringen zoals Kenniskring Vaktherapieën (KenVaK) van hogescholen kunnen RAAK-projecten bij de Stichting Innovatie Alliantie (SIA) indienen en komen, na goedkeuring, in aanmerking voor projectfinanciering.

Vaktherapeuten	
<i>Leden van de mediumprojectgroepen</i>	Beeldende therapie - Gemmy Willemars en Marjan Helmich (LSG-Rentray), Marie-Joze van Drie (LSG-Rentray), Digna van Roemburg-Tack (LSG-Rentray), Beatrix Verhofstad Swinkels (Groot Batelaar Jeugd) Dans-bewegingstherapie - Julie Kil, Eefje Prins (O.G. Heldring), Eva van den Boom (LSG-Rentray) Dramatherapie - Jaap Welten, Sanne van der Kolm (Avenier), Jorg de Man (Avenier), Marjolein Scholten (Avenier) en Josefien van der Wekken (O.G. Heldring) Muziektherapie - Han Kurstjens, Frederik Esbach (Den Hey-Acker), Victor Macaré (De Sprengen) en Heinz Reumers (Stichting Jeugdzorg St. Joseph) Psychomotorische therapie - Julie Kil & Pijke Dijkema, Thea Braun-de Bijl (Den Hey-Acker), Sander Fauth (Teylingereind) en Robbert Otte (LSG-Rentray)
<i>Belangstellende meelezers</i>	Beeldende therapie - Hans Hoog Stoevenbelt (LSG-Rentray). Dans-bewegingstherapie - Mady de Jongh (GGZ/RIAGG, Maastricht) en Monique Peters ('s Heerenloo). Dramatherapie - Elsa van den Broek (de Rooyse Wissel), Tessa Bruggeman (LSG-Rentray), Judith Hollands (Riagg Maastricht) Muziektherapie - Rob van Alphen (De Doggershoek) & Nan van Leeuwen (LSG-Rentray) Psychomotorische therapie - Pim Hoek MPMTh (FPC Veldzicht), Moeneke Nijkamp (Kairos), Patrick Spee ('s Heerenloo), Sonja Vos (Pompekliniek), Frank Winkel (AFPN Assen, Evelien Wolters (Avenier).

Studenten	Hogeschool Zuyd • Hilde Augusteijn • René Florussen • Eline Godts • Janske van Kollenburg • Silke Loenen • Simone Penders • Heinz Reumers • Sarah Stienecke • Sanne Sturmans Hogeschool Utrecht • Deborah Bettx • Lisa Blommaert • Laura Jaspers • Oda Kuijpers
Onderzoekers / gedragswetenschappers / coördinatoren van de instellingen	• Dr. Ingrid Candel, Stichting Jeugdzorg St. Joseph (tevens uitvoerder van de kwantitatieve data-analyse) • Dr. Lieke van Domburgh, LSG-Rentray • Drs. Claudia Rauwers, Anouk Groot Rouwen MSc, drs. Suzan Postma, Avenier (Harreveld en De Sprengen) • Drs. Helga van den Berg, Den Hey-Acker • Dr. Arianne Baanders, O.G. Heldring
Stuurgroep	• Ben Dolmans (Pedagogisch directeur Stichting Jeugdzorg St. Joseph), voorzitter • Drs. Frits Benjamins (faculteitsdirecteur Hogeschool Zuyd) • Dr. Henk Smeijsters (lector Hogeschool Zuyd), algemeen projectleider • Dr. Bert Starmans (expertisemanager Hogeschool Zuyd), secretaris
Wetenschappelijke adviesraad	• Dr. Leonieke Boendermaker (lector Hogeschool van Amsterdam) • Mr. drs. Joost van den Braak (Van Montfoort/Collegio) • Drs. Joep Hanrath (Lid kenniskring 'Werken in justitieel kader', Hogeschool Utrecht) • Prof. dr. Giel Hutschemaekers (hoogleraar Radboud Universiteit) • Prof. dr. Andries Korebrits (hoogleraar Radboud Universiteit) • Dr. Henny Lodewijks (behandeldirecteur, LSG-Rentray)