

Psychomotorische therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg

Resultaten van praktijkgericht onderzoek

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

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.

Psychomotorische therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg

Resultaten van praktijkgericht onderzoek

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

KenVaK / KenVaK Publishers

2012

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

171 blz.
ISBN 978-94-91460-03-6
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, dansbewegingstherapie, 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	17
1.4.1 Recidive van jongeren na de JJI/de Gesloten jeugdzorg	17
1.4.2 What Works-principes	19
1.4.3 Specifiek werkzame factoren: thema's en aangrijpingspunten	25
2 Vaktherapie en dynamisch criminogene factoren bij de doelgroep	27
2.1 Inleiding	27
2.2 Dynamisch criminogene factoren	27
2.3 Vaktherapie, dynamisch criminogene factoren en protectieve factoren	32
2.4 Samenhang van de dynamisch criminogene factoren	35
2.4.1 Kerngebied Zelfbeeld	35
2.4.2 Kerngebied Emotie	36
2.4.3 Kerngebied Interactie	37
2.4.4 Kerngebied Cognitie	38
2.5 Schematisch overzicht	39
2.6 De interventie vaktherapie in de gesloten setting	40
2.6.1 Inleiding	40
2.6.2 Doelgroep van de vaktherapie	41
2.6.3 Selectie van de doelgroep	42
2.6.4 Doel en programmadoelen	46
2.6.5 Verbondenheid van kerngebieden	47
2.6.6 Doelen, werkwijzen, methoden, werkvormen en technieken per kerngebied	49
2.6.7 Protectieve factoren	62
3 Vaktherapie: een niet-cognitieve interventie	64
3.1 Inleiding	64
3.2 Een niet-cognitieve interventie	64
3.3 De werking van vaktherapie	66
3.4 Vaktherapie en andere psychotherapieën	71
3.4.1 Schemagerichte therapie	72
3.4.2 Dialectische gedragstherapie	73
3.4.3 Mentalisering bevorderende therapie	74
3.4.4 Cognitieve gedragstherapie	75
3.4.5 Discussie: wederzijdse beïnvloeding	78

4	Interventie Psychomotorische therapie	81
4.1	Inleiding	81
4.2	Onderzoeksmethode	81
4.2.1	Dataverzamelings technieken.....	82
4.2.2	Data-analyse technieken.....	82
4.2.3	Kwaliteitscriteria	83
4.2.4	Kwaliteitstechnieken.....	83
4.2.5	Respondenten	84
4.2.6	Discussie	84
4.3	Algemene rationale Psychomotorische therapie	85
4.4	Kerngebieden	87
4.4.1	Interventies gericht op zelfbeeld	87
4.4.2	Interventies gericht op emotie	88
4.4.3	Interventies gericht op interactie.....	90
4.4.4	Interventies gericht op cognitie	90
4.5	Werkwijzen.....	91
4.6	Doelen.....	93
4.6.1	Zelfbeeld	93
4.6.2	Emotie	94
4.6.3	Interactie	94
4.6.4	Cognitie.....	94
4.7	Methode	95
4.8	Werkvormen en technieken.....	96
4.9	Fasering, intensiteit en duur.....	100
4.10	Uitwerking kerngebied emotie: PMT & spanningsregulatie	101
4.10.1	Inleiding.....	101
4.10.2	Fase 1: Aandachtsgebied lichaamsbewustzijn.....	101
4.10.3	Fase 2: Aandachtsgebied copingvaardigheden	103
4.10.4	Fase 3: Aandachtsgebied interactie	106
4.10.5	Fase 4: Aandachtsgebied cognitie	108
5	Review van kwalitatief en kwantitatief onderzoek.....	111
5.1	Inleiding	111
5.2	Systematic review	111
5.3	Conclusies naar aanleiding van de systematic review	124
5.3.1	Dramatherapie	124
5.3.2	Muziektherapie.....	125
5.3.3	Beeldende therapie.....	126
5.3.4	Dans-bewegingstherapie	127
5.3.5	Psychomotorische therapie	128
5.3.6	Alle media	128
6	Kwalitatief proces-effectonderzoek.....	130
7	Kwantitatief effectonderzoek	131

7.1	Inleiding	131
7.1.1	Design	131
7.1.2	Effectrevaluatie	133
7.2	Kwantitatieve resultaten	135
7.2.1	Zelfbeeld	135
7.2.2	Emotie	136
7.2.3	Interactie	136
7.2.4	Cognitie	137
7.3	Discussie.....	137
	Literatuurlijst.....	146
	De auteurs.....	163
	Dankzegging	166
Bijlage 1	De vijf G's.....	169
Bijlage 2	De Roos van Leary	171

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 verbrokkelde 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*

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.

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 vrijetijdsbesteding (verkeerde vrienden). Deze jongeren hebben te weinig mogelijkheden zich aan de eisen van school en/of werk aan te passen. Hierdoor 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 (Ororio 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 Ruiter 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 niet 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 rijpender 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-

gedetineerden². 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 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

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

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 behandeldossiers 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.

Verschillende 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.

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.

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.
- *Behoeftbeginsel*: 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 delinquente gedrag en die te veranderen zijn, bijvoorbeeld sociale vaardigheden of omgang met delinquente 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-gedragsmatige 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 integriteitsbeginsel 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 opwinding 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 gematcht 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 (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

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

- 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 heeft 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.

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

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.

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 iets 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 voornamelijk 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 specifiek 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

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.

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
- 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.

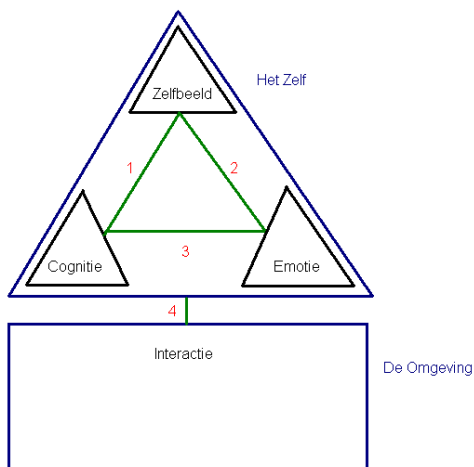
Specifieke doelen binnen de vaktherapie worden geformuleerd door een algemene probleemanalyse op te stellen van de problematiek (indien dit niet al gedaan is). Vervolgens wordt in overleg met het team en de jongere gekozen op welk (probleem)gebied men zich zal richten en hier vervolgens duidelijk omschreven 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'. Cyclischeit 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

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.

we verstaan onder werkwijze, methode, werkvorm en gehanteerde technieken binnen de vaktherapie. Hierbij sluiten wij aan bij het Handboek Creatieve Therapie⁹.

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.

⁹ Bron: Smeijsters (2008).

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,
- aanschilleren 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:

- Versterken 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 kliederen 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*
 - 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 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

- 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)
- 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 mediumaanbod 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
 - o 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
 - o In het medium op een positieve manier contact maken en oefenen met verschillende manieren van contact maken (non-verbaal, verbaal, fysiek)
 - o In het medium de rollen omdraaien en je verplaatsen in een ander
 - o De ander spiegelen, volgen, nadoen in het medium
 - o Realistische interactiesituaties uit verleden, heden of de toekomst uitwerken
- Werkvormen gericht op in het medium experimenteren met interactie
 - o Dezelfde opdracht verschillende keren uitvoeren en komen tot andere uitkomsten
 - o 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*
 - o Activeren: de vaktherapeut activeert de jongere tot deelname aan en het continueren van groepsactiviteiten
- *Ortho(ped)agogisch*
 - o Afstemmen: de vaktherapeut stemt zijn verbale en mediumgedrag af op de interactiemogelijkheden van de jongere
 - o 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 volgzaamheid. 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). Analooog 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).

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.

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.

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:

- *Kernoplettenheidsvaardigheden* 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 *equivalentimodus*), 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

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

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).

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

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.

- *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 lichamelijkeheid 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 muziek-therapeuten 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.

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

- 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.

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 *medium-eigen* 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 overal 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

INTERVENTIE PSYCHOMOTORISCHE THERAPIE

Pijke Dijkema, Sander Fauth en Thea Braun-de Bijl

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, 2009a; 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 'werkpleklernen';
- 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 PMT), 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, Josefien 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 Algemene rationale Psychomotorische therapie¹⁹

Psychomotorische therapie (PMT) is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag (Beroepsprofiel NVPMT, 2009).

Deze definitie maakt duidelijk dat de therapeut een bewegingssituatie op maat aanbiedt. Deze situatie wordt zodanig geconstrueerd dat de therapeutische doelstelling van de jongere gerealiseerd kan worden. Daarbij wordt jongeren de gelegenheid geboden om op zowel gedrags- als belevingsniveau een leer- c.q. ontwikkelingsproces door te maken, waarbij denken, voelen en handelen en de integratie daarvan in relatie tot de problematiek centraal staan. Voor jongeren in een Justitiële Jeugdinstelling of instelling voor Gesloten Jeugdzorg is het belangrijk om juist leer- en ontwikkelingsmogelijkheden te bieden op dit (gedrags- en belevings)niveau. Tijdens de puberteit verandert er veel. Niet alleen voor de ouders en de omgeving, maar vooral voor de pubers zelf. Hun lijf verandert, hormonen spelen op, interesses veranderen, cognitieve en sociale eisen nemen toe en de jongere wordt zich steeds meer bewust van zichzelf. Ook de hersenen veranderen enorm. De grootste ontwikkelingen zijn te zien in de (pre)frontale cortex. Dit gebied in de hersenen houdt zich onder andere bezig met functies zoals het onderdrukken van ongewenst gedrag, het maken van toekomstplannen, het op kunnen brengen van motivatie, het maken van weloverwogen keuzes, het bewust richten van de aandacht, het reguleren van emoties en het uitstellen van bevrediging (Sitskoorn, 2008). Voor 'gezonde' pubers zijn er dus al voldoende uitdagingen in deze levensfase. Jongeren binnen een JJI hebben echter vaak al een achterstand op verschillende ontwikkelingsgebieden en een netwerk dat onvoldoende ondersteuning biedt. Daarnaast hebben jongeren binnen een JJI vaak een minder goed ontwikkeld coping-repertoire om de bij de ontwikkelingsfase behorende problemen op het gebied van lichamelijke en bewegen

¹⁹ Met dank aan de meelezers André de Heus, Pim Hoek, Jeroen Kats, Robbert Otte, Jaap-Harmen Smit, Patrick Spee, Evelien Wolters.

het hoofd te bieden. Het is daarom noodzakelijk specifieke hulp te bieden ten aanzien van bewegen en lichaamsbeleving (Emck en Smit in: De Lange, 2005). Door alle veranderingen die een jongere in deze levensfase ondergaat, lijkt het zinvol om niet enkel op cognitief niveau behandeling aan te bieden, maar juist ook op gedrags- en belevingsniveau. Binnen PMT kan een jongere oefenen en experimenteren met nieuw gedrag en kan ook nieuwe (correctieve) ervaringen opdoen met zijn (veranderende) lijf. De jongere kan ontdekken wat zijn sterke kanten zijn of wat hij leuk vindt om te doen. Hierbij staat vooral het ervaren in het hier en nu centraal, zodat het voor een jongere gemakkelijker is om zich de nieuwe ervaringen en vaardigheden eigen te maken.

PMT is daarmee primair een *experientiële* therapievorm; de essentie is de ervaring ten opzichte van bewegingsgedrag en lichaamsbeleving. Dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gevoelens, gedachten en gedragingen, aansluitend bij de problematiek van de jongere.

Jongeren binnen een JJI worden zeer vaak aangemeld voor PMT vanwege een gebrekkige spanningsregulatie. Dit kan zich uiten door psychosomatische klachten, overaangepast gedrag (ook aan een negatieve peer group), woede-uitbarstingen of agressie. Omdat deze problematiek zo veel voorkomt en PMT in JJI's vooral ingezet wordt bij hulpvragen gericht op kunnen reguleren van spanning, is er voor gekozen om naast de algemene beschrijving van wat PMT doet binnen de diverse kerngebieden in een aparte paragraaf uitgebreid het behandelaanbod van PMT bij spanningsregulatie te beschrijven.

Er kan op diverse wijzen, vanuit diverse perspectieven, naar bewegen worden gekeken. Door Gordijn (1975) is al het onderscheid gemaakt tussen een biomedische benadering (waarbij men bijvoorbeeld spiertonus meet) en een gedragswetenschappelijke benadering. Bij de gedragswetenschappelijke benadering wordt bewegen gezien als een relationeel gebeuren, waarin de intentionaliteit (de betrokkenheid op de wereld) focus van aandacht is. Deze laatste gedachtegang is verder ontwikkeld en verfijnd en leidde tot het *relationele bewegingsconcept* zoals door Tamboer (1985, 1993) omschreven. Kort samengevat betreft dit een opvatting over bewegen, waarbij men kijkt naar het handelen van mensen, in die zin dat zij in het bewegen onlosmakelijk verbonden zijn met de omgeving en betekenissen onderkennen en realiseren. Voor de PMT is dit relationeel bewegingsconcept bij uitstek van belang omdat de doelstellingen van de therapie liggen op het gebied van (betekenisvol) handelen van mensen en niet op het verbeteren van fysiek functioneren vanuit een biomedische invalshoek, bijvoorbeeld het verbeteren van spierkracht.

Het relationele bewegingsconcept zoals hierboven beschreven wordt gezien als het belangrijkste uitgangspunt voor PMT. Dat betekent niet dat er niet tevens gebruik gemaakt wordt van andere benaderingswijzen. Zo wordt er soms ook gebruik gemaakt van substantiële, inspanningsfysiologische benaderingen (bijvoorbeeld bij conditieverbetering in relatie tot stemmingsverbetering (runningtherapie)), maar in dat geval wordt het biomedische referentiekader verbonden met psychosociale modellen. Hiermee komen we op een tweede belangrijk uitgangspunt voor PMT: het gebruik maken van een biopsychosociaal model voor het kijken naar gezondheid en klachten (in navolging van Engel, 1977; Sadock & Sadock, 2004). Dit model kan een framework zijn binnen de JJI en instellingen voor gesloten jeugdzorg voor diagnostiek en behandeling en wordt veel gehanteerd in de psychologie en de psychiatrie. Dit model onderscheidt drie subsystemen die elkaar voortdurend

wederzijds beïnvloeden: het *biologische*, *psychologische* en *sociale* systeem. De problematiek waarmee de jongere bij de psychomotorisch therapeut wordt aangemeld kan begrepen worden vanuit de interacterende subsystemen. De therapeut kan gebruik maken van interventies op het niveau van elk van de subsystemen.

Het bovengenoemde biopsychosociale model krijgt een specifieke invulling als men de problematiek van de jongere ook in een levensloopperspectief beschouwt. De therapeut beschouwt de problematiek in het licht van de levensgeschiedenis, het toekomstperspectief en de betekenis die deze voor de jongere hebben. De therapeut draagt uit dat in elke levensfase veranderingsprocessen mogelijk zijn.

Gezien de aard van de interventies is het ook van belang kennis te hebben van fasespecifieke ontwikkelingsaspecten. Elke levensfase brengt specifieke mogelijkheden en beperkingen in het cognitieve, sociale, emotionele en lichamelijke domein met zich mee. Een therapeut die met jeugd werkt, baseert zich deels op een ontwikkelingspsychologische theorie en heeft ook kennis van de motorische ontwikkeling nodig. Voor psychomotorisch therapeuten is het bovendien bij uitstek van belang om de subjectieve beleving van bewegen en lichamelijke ook in een levensloopperspectief te plaatsen. De problematiek wordt niet alleen geplaatst in levensloopcontext, maar ook in context van gender, cultuur, sociale klasse, etc. (diversiteitsperspectief) (Beroepsprofiel NVPMT, 2009).

4.4 Kerngebieden

Omdat de door PMT gekozen ingang van behandeling (bewegingsgedrag en het lijfelijk bewustzijn) zich leent voor elke problematiek waarbij gedrag en lichamelijk bewustzijn centraal staat zijn de doelen divers te noemen. De doelstellingen binnen PMT in de Justitiële Jeugdinstituten en de Gesloten Jeugdzorg worden op basis van de problematiek en de hulpvraag van de jongere en zijn systeem geformuleerd. Ten behoeve van de leesbaarheid worden de PMT doelen in dit document geschaard onder de in het kaderdocument genoemde kerngebieden zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie. Voorafgaand aan de beschrijving van de doelen wordt telkens de rationale van het psychomotorisch aanbod binnen het desbetreffende kerngebied gegeven.

4.4.1 Interventies gericht op zelfbeeld

Veel van de jongeren binnen een JJI hebben onvoldoende ondersteuning ervaren tijdens de kindertijd. Hierdoor hebben kinderen al op jonge leeftijd een niet realistisch zelfbeeld. In de puberteit verandert er zo veel in je lijf, denken en gevoel dat je jezelf als het ware opnieuw moet leren kennen. Het beeld dat pubers van zichzelf hebben, hun zelfbeeld, wordt vooral bepaald door anderen en door het ideaalbeeld dat de media hen voorhoudt. Geen wonder dat pubers onzeker zijn en die onzekerheid vaak overschreeuwen. Om te kunnen weten 'Wat kan ik' en 'Wat wil ik' zul je eerst moeten weten 'Wie ben ik'. Door hier in een veilige omgeving mee te experimenteren kan een jongere leren realistischer naar zichzelf en zijn vaardigheden te kijken (Heffels, 2006; Emck en Smit (in: De Lange, 2005; Sitskoorn, 2008).

Jongeren die in een JJI terecht zijn gekomen hebben over het algemeen een ruime geschiedenis van faalervaringen achter de rug. Meestal zijn één of meerdere scholen mislukt, zijn zij afgewezen door een peergroup waar geen gedragsproblemen spelen en zijn er veel conflicten thuis geweest (Kaplan & Saddock, 1998). Al deze ervaringen hebben een negatieve invloed op het zelfbeeld en daarmee ook het zelfvertrouwen van de jongere. Binnen de JJI markeren veel jongeren hun gebrek aan eigen waarde met een narcistische coping. Wanneer er meer eigenwaarde ontstaat is de narcistische coping minder noodzakelijk (uit: Pijke Dijkema (PD), werkdocument 2).

Het lichaamsbeeld van pubers is vaak verstoord. Daar komt bij dat er bij jongeren in een JJI door psychiatrische stoornissen ook stoornissen op kunnen treden in de psychomotoriek. Enkele voorbeelden daarvan zijn hyperactiviteit bij ontwikkelingsstoornissen, energieverlies bij depressies, spierspanning bij angststoornissen en stoornissen in de lichaamsbeleving bij traumatisering. Daarnaast hebben jongeren binnen een JJI vaak een minder goed ontwikkeld coping-repertoire om de bij de ontwikkelingsfase behorende problemen op het gebied van lichamelijkeheid en bewegen het hoofd te bieden. Het is daarom noodzakelijk specifieke hulp te bieden ten aanzien van bewegen en lichaamsbeleving (Emck en Smit (in: De Lange (red.), 2005). Specifiek voor PMT is dat er lijfelijk gewerkt wordt. Door het lijf opnieuw (positief) te ervaren, door sport en spel of juist relaxatie, kan het verstoorde lichaamsbeeld worden bijgesteld.

In PMT worden veel activiteiten ondernomen waarbij de therapeut de situaties zo kan manipuleren dat de jongere succeservaringen op kan doen. Hierdoor kan een jongere geleidelijk meer vertrouwen opbouwen in zijn leervermogen en in zijn ontwikkelde vaardigheden. Omdat sport over het algemeen belangrijk is voor jongeren is zijn sport en spelsituaties belangrijke activiteiten om het zelfvertrouwen te doen laten toenemen.

4.4.2 Interventies gericht op emotie

Het herkennen van emoties is voor veel jongeren binnen een JJI een groot probleem. Emoties worden vaak niet op tijd herkend en/of worden vervolgens vaak niet erkend of verkeerd benoemd. Hierdoor komt een gebrekkige agressieregulatie veel voor. Jongeren hebben vaak het idee dat de agressie hen overkomt en dat ze hier geen invloed op kunnen uitoefenen. Vroege (lichaams)signalen van spanning worden niet herkend. Wanneer spanningssignalen in het lijf niet worden herkend, kan spanning zich over een lange periode opbouwen. Veel jongeren zullen hierdoor psychosomatische klachten ontwikkelen, anderen zullen last krijgen van woedeuitbarstingen. Voor een goede stemmingsregulatie is het belangrijk dat een jongere herkent dat zich spanning opbouwt, dit leert een jongere doordat er aandacht wordt besteed aan zijn lichaamssignalen. Dit kan in bewegingsgerichte arrangementen vormgegeven worden, bijvoorbeeld tijdens boksvormen (Kuin, 2000) en door middel van lichaamsgerichte oefeningen plaatsvinden, bijvoorbeeld door gebruik van focusoefeningen.

Voor een positieve betekenisverlening is het belangrijk agressieregulatie niet op te vatten als het 'ontladen' van energie door catharsis (Boerhout, van der Weele, 2007). Een dergelijke opvatting, die past bij een mechanistisch, *substantieel* lichaamsbeeld (Tamboer, 1985) is theoretisch onhoudbaar en klinisch onverantwoord (Blom & Bosscher, 1983; De Groot en De Doncker, 2006; Glas e.a., 1980; Russelman, 1983;

1985; Sturkenboom, 1986). Uit empirisch onderzoek blijkt dat dit een averechts effect heeft (Bushman e.a., 1999 in: Boerhout, van der Weele, 2007), Geen & Quanty, 1977; Tavris, 1989 in: Simons (red.), 2007).

De boosheid kan worden versterkt, daarnaast wordt de emotie boosheid, gekoppeld aan agressief gedrag. Hierdoor leert een jongere dat agressie een normale reactie is bij boosheid. Alternatieven die wel zinvol kunnen zijn, zijn afleiding, zelfcontroletechnieken en mindfulness- en acceptatiebenaderingen (De Groot, 2006/7).

Veel emotionele problemen hangen samen met belastende en traumatische ervaringen uit het verleden (Croon, 1995 in: Hamming, 2003). Bij traumatische ervaringen zoals seksueel misbruik of mishandeling is sprake van een extreem verlies van controle. Machteloosheid is een veel voorkomend woord in het relaas van slachtoffers. Het vertrouwen in zichzelf en in de medemens, de zekerheid van het dagelijks bestaan en het gevoel van onkwetsbaarheid gaan verloren. Machteloosheid, confrontatie met geweld en ervaren doodsdreiging kunnen diepe sporen achterlaten (Aarts en Visser, 1999; Schreuder, 2003). In de praktijk van de behandeling blijkt dat deze diepe sporen juist ook in het lichaam achtergelaten worden. Traumatische ervaringen hebben een verwoestend effect op de lichaamsbeleving (De Lange en Bosscher, 2005). Veel jongeren die een trauma hebben meegemaakt zijn gejaagd en overprikkeld, ze verkeren in een toestand waarin hun lichaam zich voortdurend in een “fight or flight” toestand bevindt. Er is veel wantrouwen ten opzichte van anderen. Het gegeven dat een mens zich in sommige situaties wel veilig kan voelen wordt jongeren met een trauma als het ware opnieuw aangeleerd. PMT reikt de jongere technieken aan waarmee spanningen gereguleerd kunnen worden door aan te grijpen op de lichaamsbeleving. Zo draagt PMT bij aan het terugwinnen van een gevoel van veiligheid en controle (Aarts en Visser, 1999; Hattum en Hutschemaekers, 2007). PMT is dus voor een deel gericht op het verminderen van symptomen, zoals spanningspijnen en andere lichamelijke klachten door het ontspannen van de spieren. Ook wordt gestreefd naar het verminderen van de gevoeligheid voor uitlokkende factoren die herbelevingen opwekken en het reduceren van angst, onrustgevoelens en woede-uitbarstingen (De Bijl, 2004).

Een ander belangrijk onderdeel van PMT bij de verwerking van trauma bestaat uit het onder woorden brengen van beelden die worden opgeroepen door lichamelijke activiteiten. Door de hyperactivering van het sympathische zenuwstelsel kan tijdelijk een eind komen aan het talig opslaan van herinneringen (als gevolg van verminderde activiteit van de hippocampus) en schakelt het zenuwstelsel over op zintuiglijke en beeldende herinneringsvormen (grotere activiteit van de amygdala) (Bremner, 1999). Voor therapeuten wordt dit duidelijk wanneer jongeren zich plotseling, in beelden of in gevoelens, weer dingen gaan herinneren, vaak voordat zij er woorden voor hebben; dit wordt ook wel omschreven als het lichaamsgeheugen. Voor een behandeling impliceert dit de noodzaak om de losse, ongewenste en zich opdringende beelden om te vormen tot een verhaal dat verteld kan worden (Jol, 1997). Bij jongeren waarbij dit de centrale problematiek is kan er voor gekozen worden om door middel van focusoefeningen stil te staan bij de lichamelijke sensaties die deze beelden met zich meebrengen en kunnen copingstrategieën worden aangereikt om deze sensaties te verdragen. Er vindt hierbij habituatie en contra-conditionering van de controlled stimulus plaats.

4.4.3 Interventies gericht op interactie

Veel van de problemen die jongeren binnen een JJI ervaren zijn gerelateerd aan de interactie met anderen. Dit kunnen zowel volwassenen (ouders/autoriteiten) zijn als leeftijdsgenoten. Om te komen tot een adequate omgang met anderen is het belangrijk dat een jongere al voldoende basis heeft binnen de kerngebieden zelfbeeld en emoties. Een jongere moet zich bewust zijn van zijn eigen grenzen, dit lukt niet wanneer een jongere zijn lichaamssignalen nog niet kan herkennen. Ook zal een jongere voldoende zelfvertrouwen moeten hebben om deze grenzen te durven aangeven. Door een gebrek aan sociale en probleemoplossende vaardigheden kunnen jongeren vaak alleen maar op een agressieve en opstandige manier reageren op anderen (Boendermaker, 2003). Binnen het kerngebied interactie is het van belang dat een jongere leert niet alleen zijn eigen lichaamssignalen te herkennen, maar ook op een acceptabele manier aan de ander aan te geven wat hij prettig vindt en wat niet. Daarnaast zal een jongere de signalen die de ander geeft moeten leren herkennen en respecteren. Wanneer dit lukt zal een jongere kunnen leren te onderhandelen en in gesprek te gaan met een ander i.p.v. een discussie te voeren. Binnen PMT zijn er veel mogelijkheden om samenwerkingsopdrachten te doen, met de therapeut of met groepsgenoten. In deze veilige situatie kan een jongere goed experimenteren met nieuw gedrag. Bij interactie is communicatie erg belangrijk, communicatie is niet alleen verbaal, maar voor een groot deel ook non-verbaal. Bij PMT is er ook uitgebreide aandacht voor de non-verbale communicatie, het gaat vaak niet zozeer om wát iemand zegt, maar hoe dit wordt gezegd.

Naast het hierboven beschreven vaardigheidsaspect van interactie is empathie een zeer wezenlijk onderdeel van de ontwikkeling van een jongere. Empathieproblemen liggen achter veel delicten ten grondslag en hebben uiteenlopende oorzaken. Doordat er in PMT tal van oefeningen aangeboden worden waarbij rekening gehouden moet worden met de ander en waarbij er ook voor de veiligheid van de ander gezorgd moet worden, komt empathie vanzelf in oefeningen naar voren. Aan de ene kant kan een jongere hierdoor meer bewust worden gemaakt van de invloed die hij heeft op zijn omgeving met zijn gedrag, aan de andere kant kan een jongere ook ervaren dat er met hem rekening gehouden wordt, dat dit vanzelfsprekend kan zijn en wordt het gebruik van empathie als het ware gemodelleerd.

4.4.4 Interventies gericht op cognitie

Een belangrijk kenmerk van jongeren in een JJI is dat zij zich slecht kunnen verplaatsen in de gedachten, gevoelens en intenties van anderen en de neiging hebben acties van anderen direct vijandig te interpreteren. Uit onderzoek is gebleken dat veel delinquente jongeren verschillende cognitieve tekorten (belemmeringen om gebeurtenissen adequaat op te merken en te interpreteren) en een gebrek aan sociale en/of probleemoplossende vaardigheden hebben (Dodge en Newman, 1981; Van Nieuwenhuijzen, 2004). De onjuiste of gekleurde cognities die een jongere heeft zijn een belangrijke oorzaak voor het gebruik van inadequate copingstrategieën. De jongere neemt selectief waar en gaat er al snel van uit dat iemand zich vijandig tegenover hem opstelt. Hierdoor worden eerder angstige of boze gevoelens geactiveerd met bijpassende reactiepatronen. Een disfunctionele cognitie kan worden veranderd. Omdat cognities zo'n centrale plek innemen in het ontstaan en voortbestaan van gedragsproblematiek zal tijdens het behandelen van de andere kerngebieden altijd aandacht besteed moeten worden aan het bewust worden

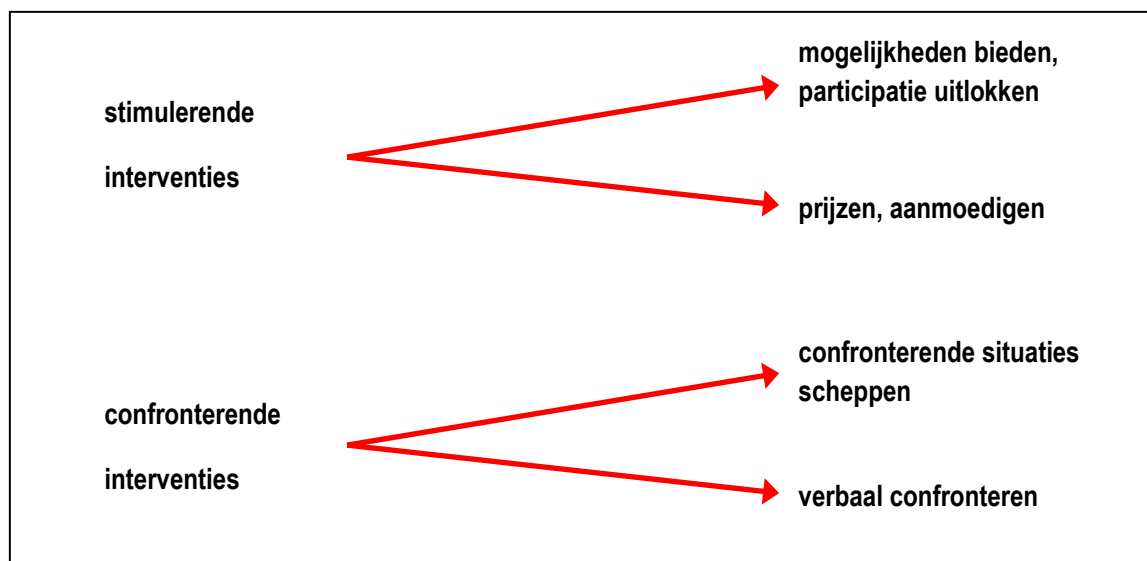
en toetsen van de eigen cognities (zie *Handleiding basismethodiek JJI*, 2008). In die zin is cognitie net zozeer als de andere kerngebieden onlosmakelijk met de andere kerngebieden verbonden. Cognitie wordt in dit kerngebied dan ook vooral als mogelijk aangrijpingspunt gezien, er wordt niet vanuit gegaan dat er bij de andere kerngebieden geen aandacht voor de cognities zal zijn.

Het veranderen van disfunctionele cognities kan worden bereikt door de jongere te leren om zich bewust te worden van zijn automatische gedachten en de assumpties achter deze gedachten. Instrumentele assumpties kunnen worden onderzocht op effectiviteit en conditionele assumpties en kernassumpties kunnen worden onderzocht op waarheid door deze te toetsen. Binnen PMT komen disfunctionele cognities vaak tijdens werkvormen naar boven. In de nabespreking kunnen de cognities uitgevraagd worden. Omdat jongere makkelijker reflecteren op net meegemaakte situaties bieden de PMT werkvormen goede gelegenheid tot cognitief onderzoek. Het is de taak van de therapeut de transfer te maken naar situaties buiten de therapie waarbij de in de PMT opgespoorde cognities ook naar voren komen. Binnen PMT kunnen jongeren direct gedemonstreerd worden dat andere cognities tot ander gedrag leidt.

Naast het opsporen en behandelen van disfunctionele cognities biedt PMT de mogelijkheid cognitieve vaardigheden zoals probleemoplossend denkvermogen te trainen. Hierbij worden eerst de cognitieve vaardigheden aangereikt en worden deze vervolgens in spel geoefend.

4.5 Werkwijzen

Tijdens PMT wordt gebruik gemaakt van bewegingsgeoriënteerde en lichaamsgeoriënteerde werkwijzen (Fahrenfort 1987). Hierbij maakt het geen verschil vanuit welke school gewerkt wordt. Het is niet eenvoudig deze werkwijzen van elkaar te scheiden, ook bij lichaamsgeoriënteerde werkwijzen wordt er immers bewogen. Het meest wezenlijke karakter van bewegingsgeoriënteerde activiteiten is dat zij de aandacht van de cliënt primair op de buitenwereld en op het 'hier en nu' richten. In navolging van Gordijn (1975 en 1982 in: Fahrenfort 1987) wordt dit wel aangeduid als: "*het passeren van het lichaam*". Dit houdt in dat het lichaam wordt vergeten doordat de cliënt geheel opgaat in de buitenwereld. Hierbij kan gedacht worden aan individuele of teamsporten en diverse aan sport en bewegingsonderwijs verwante vormen en aan bewegen op muziek. Van groot belang is de wijze waarop de therapeut zich tijdens deze vormen opstelt en de wijze waarop hij ingaat op de uitingen en gedragingen van de cliënt(en). Hierbij kan gedacht worden aan: uitlokken, proberen initiatief te krijgen, steunen, stimuleren, opjatten, confronteren, zicht op eigen gedrag bijbrengen. Er kunnen twee hoofdcategorieën interventies worden onderscheiden. Namelijk: stimuleren en confronteren. Deze categorieën kunnen worden onderverdeeld (zie figuur 1).



Figuur 1: Interventiecategorieën bij bewegingsgeoriënteerde werkwijzen van PMT

Fahrenfort (1987) noemt drie potentiële therapeutische effecten van bewegingsgeoriënteerde therapie:

- Door met inzet deel te nemen aan een bewegingsactiviteit worden ervaringen opgedaan die het psychisch functioneren direct ten goede komen: het “passeren van het lichaam”, opgaan in de buitenwereld en (daardoor) genieten van de activiteit.
- Bewegingsactiviteiten bevorderen een vorm van contact die directer is dan de dagelijkse omgang; daardoor maken ze leerprocessen mogelijk met betrekking tot menselijke relaties.
- Bewegingsactiviteiten maken leerprocessen mogelijk op het terrein van de fysieke prestaties en daaraan gekoppelde gevoelens van zelfwaardering en zelfvertrouwen.

Lichaamsgeoriënteerde methoden vragen primair aandacht van de cliënt voor het eigen lichaam en leggen soms het accent bij het verleden. Diverse lichaamsgeoriënteerde methoden trachten de aandacht van de cliënt volledig op de binnenwereld te richten, voorbijgaand aan het interpersoonlijke hier en nu. Hierbij kan worden gedacht aan: ontspanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen, Pessoa-oefeningen (oefeningen die gericht zijn op het non-verbaal uiten van emoties en het ontvangen van de juiste respons hierop), bio-energetica, massage, vertrouwensoefeningen en oefeningen in non-verbale expressie.

In het voorjaar van 1999 is er een start gemaakt met het opstellen van producten op het gebied van PMT (Van Hattum en Hutschemaekers, 2007). Tijdens dit traject is er gekozen voor een ordening naar analogie van de door De Jonghe voorgestelde indeling van steunende therapie tot openleggende en inzichtgevende therapie (De Jonghe, 1987; 1988a; 1988b, in Van Hattum en Hutschemaekers, 2007). Deze indeling is gebaseerd op enkele continue schalen, maar in de werkgroep is er destijds op pragmatische gronden voor gekozen een opdeling te maken in vijf prototypische werkvormen c.q. werkwijzen. In deze interventiebeschrijving zal deze opdeling worden overgenomen.

- *Steunend*

Deze werkwijze is gericht op het creëren van ontspanning en veiligheid, en het handhaven van het evenwicht. Het doel is niet direct therapeutisch, wel worden therapeutische technieken gebruikt. Een veelheid van methodieken wordt gebruikt om de cliënt tot rust te brengen of om hem enige afstand te geven tot zijn klachten.

- *Pragmatisch-structurerend*

Bij deze werkwijze is het doel het herstel van het evenwicht en het beperken van de invaliderende gevolgen van de stoornis. Deze werkwijze is pragmatisch omdat hierbij een veelheid van technieken wordt gehanteerd en omdat rekening wordt gehouden met de beperkte tijd en mogelijkheden van de cliënt.

- *Directief-klachtgericht*

Deze werkwijze richt zich op klachtenreductie en heeft doorgaans een kortdurend karakter. Vaak wordt in deze varianten gewerkt met protocollen.

- *Focaal-inzichtgevend*

Bij deze werkwijze wordt gewerkt met een focus en begrensde mogelijkheden in de tijd. Doel is inzicht en verwerking van een specifiek probleem.

- *Inzichtgevend-plus*

Bij deze werkwijze bepaalt de cliënt zijn eigen tempo en thema's in de behandeling, met als doel dat inzicht in de aard en oorzaken van de problematiek ontstaat waardoor geleidelijk een persoonlijkheidstransformatie optreedt.

De werkwijze is vaak niet afhankelijk van het behandel doel en zelfs niet van de werkvorm, maar veel meer van de mogelijkheid tot zelfreflectie en de motivatie van de jongere. Over het algemeen kan gesteld worden dat de prototypische werkvorm inzichtgevend-plus binnen deze setting nauwelijks voorkomt. Vaak zal er pragmatisch-structurerend, directief-klachtgericht en focaal-inzichtgevend worden gewerkt. Ook wordt er steunend gewerkt, dit is echter vaak aan het begin van de behandeling, waardoor een jongere de tijd krijgt om een werkrelatie op te bouwen met de therapeut.

4.6 Doelen

De belangrijkste doelen van PMT binnen de beschreven kerngebieden zijn hieronder beschreven.

4.6.1 Zelfbeeld

Hoofddoel: versterken van een reëel zelfbeeld

Subdoelen:

- leren kennen van eigen fysieke mogelijkheden
- verstevigen van het zelfrespect / de eigenwaarde
- vergroten van het zelfvertrouwen
- realistischer naar jezelf (ook je lijf) en eigen vaardigheden/ probleemgedrag leren kijken

- vergroten van het inzicht in wat je zelf veroorzaakt/ kunt beïnvloeden
- voor jezelf opkomen én afgestemd op de ander handelen (assertief)
- problemen leren oplossen, copingstrategieën m.b.t. probleemsituaties uitbreiden

4.6.2 Emotie

Hoofddoel: beter kunnen omgaan met emoties

Subdoelen:

- bewustwording van (lichamelijke) kenmerken bij het oplopen van emotie/spanning
- (h)erkennen van emoties
- bewustwording van / differentiëren van gradaties binnen één emotie
- vergroten van het gedragrepertoire m.b.t. het uiten van emoties (emotionele copingvaardigheden)
- vergroten van de stemmingsregulatie
- verbeteren van de zelfbeheersing (zelfcontrole en frustratietolerantie vergroten, impulsiviteit verminderen)
- (rouw/trauma) verwerking
- aanleren van passende ontspanningstechnieken

4.6.3 Interactie

Hoofddoel: verbeteren van de interactie

Subdoelen:

- leren omgaan met grenzen van zichzelf en die van de ander (ervaren, aangeven en respecteren)
- (h)erkennen van non-verbaal gedrag
- het inzicht in eigen interactiepatronen vergroten
- uitbreiden van sociale vaardigheden
- vergroten van het gedragsrepertoire en handelingsbekwaamheid m.b.t. verschillende interactieposities.

4.6.4 Cognitie

Hoofddoel: veranderen van disfunctionele cognities

Subdoelen:

- verbeteren van de waarneming
- disfunctionele cognities (h)erkennen
- disfunctionele cognities omzetten in functionele cognities
- het eigen aandeel zien in ontstane conflicten (rolwaarneming), om verandering te realiseren
- verantwoordelijkheid nemen voor het eigen handelen

- verbeteren van opvattingen, waarden en normen, die criminaliteit of geweld goedpraten
- leren structureren

4.7 Methode

PMT is een professionele behandelingsvorm die zich kenmerkt door het planmatig en doelgericht construeren en manipuleren van *bewegings- en beleavingsarrangementen* in een *psychotherapeutische context* (Beroepsprofiel NVPMT, 2009).

Vanuit deze achtergrond maakt PMT ook het gebruik van constructen uit psychotherapeutische referentiekaders. Kort samengevat zijn drie hoofdstromingen daarbij van belang.

Ten eerste het *humanistisch psychologisch model*: vanuit de methodiek van client centered therapy is aandacht voor thema's als lichaamsbewustzijn (felt sense, awareness) en (non)verbale expressie van emoties.

Ten tweede het *psychodynamische model*, waarbij innerlijke conflicten en de uiting daarvan in het waarneembare (bewegings)gedrag voor de PMT van specifiek belang zijn.

Ten derde het *cognitief-behaviouristisch model*, waarbij cognitief-gedragstherapeutische methoden handvatten bieden voor het ontwikkelen van systematisch opgebouwde programma's voor gedragstraining in combinatie met het bewerken van disfunctionele cognities. Van daaruit zijn diverse relaxatietechnieken ontwikkeld. Ook voor de PMT belangrijke concepten als competentiebeleving en zelfbeeld zijn aan dit kader verwant.

PMT kan plaatsvinden in groepen en baseert zich dan mede op theorieën uit de groepsdynamica. Het betreft daarbij theorievorming over onder andere therapeutische factoren van groepen en hoe deze optimaal te benutten zijn. Daar waar psychomotorisch therapeuten werken met gezinnen of delen van het gezin wordt gebruik gemaakt van systeemtheoretische benaderingen (dit therapieaanbod is nog in ontwikkeling binnen de JJI's en Gesloten Jeugdzorg). Net als voor de groepsdynamica geldt ook hier dat de theorievorming over non-verbale aspecten van interactie van extra belang is voor de PMT.

Hoewel van iets andere orde, is ook de theorievorming vanuit oosterse benaderingswijzen over methodieken als yoga en meditatie van belang. Deze werkwijzen dringen toenemend door in de reguliere psychotherapie (denk aan Mindfulness Based Stress Reduction) en vertonen tevens verwantschap met in de PMT gehanteerde werkwijzen betreffende het lichaamsbewustzijn.

De hier beschreven theoretische achtergronden zijn zeker niet volledig. Het geeft aan vanuit welke kaders psychomotorisch therapeuten hun handelen vormgeven en hun vak ontwikkelen.

Naast de vakinhoudelijke methodieken en psychotherapeutische referentiekaders, sluiten psychomotorisch therapeuten in hun behandeling ook aan bij de algemene basismethodiek die binnen alle JJI's wordt gehanteerd, YOUTURN. Binnen deze basismethodiek wordt gebruik gemaakt van het competentiegericht werken en van EQUIP.

Het competentiegericht werken richt zich op het verminderen van probleemgedrag en het leren van vaardigheden aan jongeren zodat zij de taken waarvoor zij nu en in de toekomst worden gesteld op een adequate wijze kunnen vervullen. Elke ontwikkelingsfase van een mens heeft eigen zogenoemde 'ontwikkelingstaken'. Om de ontwikkelingstaken goed te kunnen uitvoeren heeft men specifieke vaardigheden nodig. Dit vermogen wordt in de literatuur '(sociale) competentie' genoemd. Slot (1988) definieert dit begrip als 'het geheel van vaardigheden dat iemand nodig heeft om de ontwikkelingstaken waarmee hij of zij wordt geconfronteerd op een adequate wijze te vervullen'. Competentie wordt gezien als een evenwicht tussen taken en vaardigheden (Youturn basismethodiek, 2009).

Centraal in de theorievorming rond EQUIP staan het sociaal-informatie-verwerkingsmodel (SIP: Social Information Processing) van Crick en Dodge (1994) en de ontwikkelingstheorie van het moreel besef van Kohlberg (1976). De wijze waarop er met de jongere wordt gewerkt is de zogenoemde 'peer intervention', een groepsmethodiek waarbij de dynamiek en positieve invloed van groepsgenoten wordt gebruikt om de morele ontwikkeling en de cognitieve vaardigheden van de jongere te bevorderen.

Door aan te sluiten bij deze methodiek kunnen aspecten vanuit de PMT-behandeling sneller duidelijk gemaakt worden aan jongeren, bijvoorbeeld omdat dezelfde, voor de jongeren herkenbare, terminologie gesproken wordt.

4.8 Werkvormen en technieken

Zelfbeeld

Werkvormen gericht op het verstevigen van het zelfrespect / de eigenwaarde

- Het spelen en experimenteren met verschillende materialen.

Werkvormen gericht op het vergroten van het zelfvertrouwen

- Samen ontdekken welke activiteiten een jongere leuk vindt en de activiteiten zo opbouwen
- dat hij succeservaringen opdoet.
- Opdrachten waarbij een jongere stevig leert staan en hierbij zijn stem gebruikt.

Werkvormen gericht op het leren om realistischer naar jezelf (ook je lijf) en de eigen vaardigheden/ probleemgedrag kijken

- Parcours uitzetten waarbij eerst de prestaties geschat worden, vervolgens de activiteit wordt uitgetoond en schatting wordt bijgesteld en ten slotte het parcours wordt afgelegd.
- Opdrachten waarbij de nadruk wordt gelegd op het herkennen van lichaamssignalen.
- Bijvoorbeeld na inspanning, maar ook bij controlled approach of opdrachten met blind rondleiden.
- Samenwerkingsvorm waarbij de jongere een andere rol krijgt dan die hij normaal gesproken zou hebben. Mogelijk neemt de therapeut de rol in die de jongere normaal gesproken zou hebben.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het vergroten van het inzicht in wat je zelf veroorzaakt/ kunt beïnvloeden

- Tijdens de bijeenkomst of werkvorm momenten inbouwen waarop de jongere zelf leert kiezen.
- Spel zonder regels, de jongere moet zelf regels invoeren.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het voor jezelf opkomen én afgestemd op de ander handelen (assertief)

- Binnen de aangeboden werkvorm op een trainingsgerichte manier nee leren zeggen en je mening durven geven. De therapeut kan binnen de werkvormen afspraken die zijn gemaakt overtreden en de jongere motiveren om hierop te reageren.
- Werkvormen kiezen waar de jongere minder affiniteit mee heeft en de jongere motiveren om hier zijn mening over te geven.
- Samenwerkingsvormen waarbij het lichaam fysiek in contact komt met anderen, waaronder acrobatiek en stoeivormen.

Werkvormen gericht op het leren oplossen van problemen, copingstrategieën m.b.t. probleemsituaties uitbreiden

- Aanbieden van samenwerkingsvormen. De samenwerking bewust mis laten lopen en de jongeren motiveren om hierop te reageren. Probleemoplossend gericht verwoorden.

Emotie

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op de bewustwording van (lichamelijke) kenmerken bij het oplopen van emotie/spanning

- Controlled approach: op de ander aflopen, grenzen aangeven, daarbij bewustwording van lichaamssignalen.
- Blind lopen/rondgeleid worden.
- Boksen tegen een dikke mat in combinatie met de spanningsthermometer, wanneer de spanning tot een van tevoren bepaalde hoogte oploopt stapt de jongere uit de kring (rond de mat) en probeert weer rustig te worden.

Werkvormen gericht op het (h)erkennen van emoties

- Een houding aannemen, spiegelen. Komt de houding werkelijk zo over als de jongere in gedachten had?
- De jongere op verschillende momenten binnen een sessie proberen te laten benoemen welke emotie hij op dat moment ervaart (of in een bespreking van een situatie die week, heeft ervaren).
- Huiswerkopdrachten met de vijf G's (zie bijlage 1). Een jongere voor iedere dag één situatie kort laten beschrijven waarbij hij de gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolgen opschrijft.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het bewust worden van / differentiëren van gradaties binnen één emotie

- Gebruik van de spanningsthermometer.

Werkvormen gericht op het vergroten van het gedragrepertoire m.b.t. het uiten van emoties (emotionele copingvaardigheden)

- Sport- spelvormen waarbij er wordt gespeeld terwijl er een basisemotie wordt uitgedrukt.
- Speelse werkvormen en kinderlijk spel. Bijvoorbeeld het overspelen van een ballon, eventueel de ballon overspelen met verschillende materialen. Aanvulling: emoties op de ballon tekenen en deze verwerken in het overspelen. Bijvoorbeeld met badmintonraket op ballon bij boosheid.

Werkvormen gericht op het vergroten van de stemmingsregulatie

- Onderzoeken welke activiteiten de stemming van een jongere gunstig beïnvloeden.
- Maken van een signaleringsplan, eventueel gekoppeld aan een spanningsthermometer of stoplicht. Wat kun je doen om je stemming/spanning te reguleren? Wat zijn stressoren en beschermende factoren?
- Werkvormen waarbij cliënt wordt uitgedaagd om copingvaardigheden in te zetten t.b.v. stemmingsregulatie.

Werkvormen gericht op het verbeteren van de zelfbeheersing (zelfcontrole en frustratietolerantie vergroten, impulsiviteit verminderen)

- Vormen waarbij de spanning oploopt, wanneer een jongere merkt dat hij geïrriteerd raakt, stopt hij zichzelf en past geoefende ontspanningstechnieken toe. Wanneer een jongere nog niet zijn eigen lichaamssignalen herkent, zal de therapeut de jongere stoppen op het moment dat die ziet dat de spanning van de jongere oploopt.
- Samenwerkingsopdrachten waarbij van te voren moet worden nagedacht over de manier van aanpak. Wordt er niet van te voren overlegd, dan zal de opdracht niet lukken.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op (rouw/trauma) verwerking

- Symbolisch werken, bijvoorbeeld een eigen veilige plek maken.
- Activiteiten waarbij het lijf weer opnieuw wordt gewaardeerd, bijvoorbeeld spelvormen, maar ook rugmassage waarbij er met een bal over de rug van de jongere wordt gerold.

Werkvormen gericht op het aanleren van passende ontspanningstechnieken

- Uitproberen van verschillende ontspanningstechnieken, de technieken die aansluiten bij de jongere kunnen verder ontwikkeld worden door deze toe te passen in spanningsvolle situaties binnen de therapie.

Interactie

Werkvormen gericht op het leren omgaan met grenzen van zichzelf en die van de ander (ervaren, aangeven en respecteren)

- Controlled approach: op de ander aflopen, grenzen aangeven, daarbij bewustwording van lichaamssignalen.

- Te veel beladen, de therapeut probeert zoveel mogelijk materialen aan een jongere te geven (geeft van te voren niet het doel van de opdracht) gaat de jongere door tot alles valt, of geeft hij op tijd zijn grens aan?

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het (h)erkennen van non-verbaal gedrag

- Samenwerkingsvormen waarbij niet wordt gesproken, bijvoorbeeld het naknopen van een touw waarbij het touw niet losgelaten mag worden, parcours met samengeknoopte handen of voeten.
- Houdingen spiegelen.

Werkvormen gericht op het vergroten van het inzicht in eigen interactiepatronen

- Samenwerkingsvormen waarin de rol van de jongere wordt geplaatst in de roos van Leary (zie Bijlage 2). Er kan geëxperimenteerd worden met de tegenovergestelde rol.
- Rollenspelen, waarbij een situatie wordt nagespeeld uit de dagelijkse situatie, therapeut en jongere wisselen van rol.

Werkvormen gericht op het uitbreiden van sociale vaardigheden

- Binnen de aangeboden werkvorm op een trainingsgerichte manier nee leren zeggen en je mening durven geven. De therapeut kan binnen de werkvormen afspraken die zijn gemaakt overtreden en de jongere motiveren om hierop te reageren.
- Aanbieden van samenwerkingsvormen. De samenwerking bewust mis laten lopen en de jongeren motiveren om hier een geschikte oplossing voor te bedenken/ toe te passen.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het vergroten van het gedragsrepertoire en handelingsbekwaamheid m.b.t. verschillende interactieposities

- Eigen ruimte maken d.m.v. controlled approach oefeningen en vervolgens een ander buiten deze ruimte houden op verschillende wijzen. De persoon buiten de ruimte probeert op allerlei manieren juist in de ruimte te komen. Rollen wisselen.

Cognitie

Werkvormen gericht op het verbeteren van de waarneming

- Met verschillende ballen over de rug van de jongere rollen, waarbij de jongere probeert de ballen van elkaar te onderscheiden.
- Proberen een houding objectief te beschrijven. Duidelijk onderscheid maken tussen objectief en subjectief.
- Met de ogen dicht rondlopen over een parcours dat de ander heeft gemaakt.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het (h)erkennen van disfunctionele cognities

- Situaties binnen en buiten de sessies beschrijven door middel van de vijf G's (gebeurtenis, gedachten, gevoel, gedrag en gevolg), waarbij in dit geval de nadruk ligt op "gedachten".
- Gebruik maken van het benoemen van de denkfouten van YOU-TURN (egocentrisme, goed praten/ verkeerd benoemen, uitgaan van het ergste, anderen de schuld geven), het bespreken van situaties binnen en buiten PMT.

Werkvormen gericht op het omzetten van disfunctionele cognities in functionele cognities

- Binnen een activiteit een jongere proberen te laten benoemen wat hij denkt en bespreken of dit een realistische of steunende gedachte is. Wanneer dit een niet realistische of storende gedachte blijkt te zijn, experimenteren met een andere gedachte.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het leren om het eigen aandeel te zien in ontstane conflicten (rolwaarneming), om verandering te realiseren

- Rollenspelen, waarbij een situatie wordt nagespeeld uit de dagelijkse situatie, therapeut en jongere wisselen van rol.

Werkvormen gericht op het verantwoordelijkheid leren nemen voor het eigen handelen

- Spel zonder regels, de jongere moet zelf regels invoeren.
- Activiteiten met leiden/volgen.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het verbeteren van opvattingen, waarden en normen, die criminaliteit of geweld goedpraten

- Gebruik maken van het benoemen van de denkfouten van YOU-TURN, binnen het bespreken van situaties binnen en buiten PMT.
- Situatie persoonlijk maken, wat als dit jou (of je familie) zou gebeuren.

Werkvormen gericht op het leren structureren

- Concentratieopdrachten. Bijvoorbeeld, balansoefeningen terwijl therapeut probeert af te leiden.

4.9 Fasering, intensiteit en duur

Binnen iedere behandeling zijn er verschillende fases te onderscheiden. De kennismakings- of observatiefase is de fase waarin de veiligheid gecreëerd wordt om in te kunnen werken met de jongere. Hierin wordt vooral steunend en structurerend gewerkt. Daarna volgt de verdiepingsfase, waarin afhankelijk van de draagkracht van de jongeren steeds meer oefengericht, ervaringsgericht, inzichtelijk of confronterend wordt gewerkt. Tot slot volgt de afsluitende fase, waarin de jongere op een steunende wijze voorbereid wordt op het kunnen toepassen van het geleerde in het dagelijks functioneren. Dit kan worden beschreven met behulp van vijf besproken prototypische werkvormen c.q. werkwijze. Niet iedere jongere zal alle fasen doorlopen, wanneer de jongere voldoende basisvaardigheden en zelfinzicht heeft, kan er bijvoorbeeld direct inzichtgevend plus gewerkt worden. Met andere jongeren zal er enkel steunend of pragmatisch-structurerend gewerkt kunnen worden. Ook binnen een sessie kan er een opbouw zijn in fasen, zo kan er voor gekozen worden om steunend te starten of juist af te sluiten.

De duur van PMT-behandelingen zijn afhankelijk van het type behandeling. Sommige behandelingen zijn geprotocolleerd en afgebakend in tijd, zoals weerbaarheidstrainingen. Andere behandelingen worden opgesplitst in deelmodulen. Dit heeft te maken met de concentratiespanne van de jongeren zelf: ze willen snel resultaat zien van waar ze voor in behandeling zijn. Het aanbieden van deelmodulen (8

weken) zorgt ervoor dat jongeren langer gemotiveerd blijven. Daarnaast is er een praktische reden van het aanbieden van deelmodulen, omdat de verblijfsduur van jongeren in een JJI soms beperkt is.

4.10 Uitwerking kerngebied emotie: PMT & spanningsregulatie

4.10.1 Inleiding

Agressieregulatie is een veel voorkomend probleem, waarbij jongeren vaak het idee hebben dat de agressie hen overkomt. Vroege (lichaams)signalen van spanning worden niet herkend. Voor een goede stemmingsregulatie is het belangrijk dat een jongere door aandacht te besteden aan lichaamssignalen herkent dat hij spanning opbouwt. Wanneer een jongere spanning herkent, kan er onderscheid gemaakt worden tussen verschillende emoties en gradaties hierin. Binnen spanningsvolle situaties kan worden geoefend en geëxperimenteerd met passende copingvaardigheden. Door een gebrek aan sociale en probleemoplossende vaardigheden kunnen jongeren vaak alleen maar op een agressieve en opstandige manier reageren op anderen (Boendermaker, 2003). Binnen het aandachtsgebied interactie is het van belang dat een jongere leert niet alleen zijn eigen lichaamssignalen te herkennen, maar ook op een acceptabele manier aan de ander aan te geven wat hij prettig vindt en wat niet. Daarnaast zal een jongere de signalen die de ander geeft moeten leren herkennen en respecteren.

Uit onderzoek is gebleken dat veel delinquente jongeren verschillende cognitieve tekorten (belemmeringen om gebeurtenissen adequaat op te merken en te interpreteren) en een gebrek aan sociale en/of probleemoplossende vaardigheden hebben (Dodge & Newman, 1981). De jongere neemt selectief waar en gaat er al snel van uit dat iemand zich vijandig tegenover hem opstelt. De onjuiste of gekleurde cognities die de jongere heeft zijn een belangrijke oorzaak voor het gebruik van inadequate copingstrategieën. In de veilige situatie binnen de PMT kan de jongere goed experimenteren met nieuw gedrag en onjuiste cognities toetsen en bijstellen.

Binnen de PMT kan een werkvorm meerdere keren uitgevoerd worden, waardoor een jongere direct effect kan merken van een ander denkpatroon. Binnen het hoofddoel Spanningsregulatie zijn de vier oorspronkelijke kerngebieden gemodificeerd en aangepast. Binnen de *Handleiding PMT/ Spanningsregulatie* worden zij aandachtsgebieden genoemd. De aandachtsgebieden zijn: lichaamsbewustzijn, copingvaardigheden, interactie en cognitie.

4.10.2 Fase 1: Aandachtsgebied lichaamsbewustzijn

Rationale

Om op een goede manier om te leren gaan met spanning moet een jongere zich bewust zijn van zijn lichaam. Binnen PMT wordt hier op verschillende manieren aandacht aan besteed. Eerst wordt een jongere geleerd wat ontspanning is, zodat spanning gemakkelijker herkend kan worden. Dit wordt gedaan door verschillende ontspanningstechnieken aan te bieden, een jongere kan zo ontdekken wat voor hem de meest passende techniek is en hiermee gaan oefenen. Verder wordt er vooral aandacht besteed aan de waarneming van de jongere. Een jongere oefent met het beter waarnemen van zichzelf

(het lichaamsbeeld), de omgeving en zijn spanningssignalen. Hierbij wordt tijdens de opdrachten zo veel mogelijk geprobeerd te checken of de waarneming klopt. Wat neemt de jongere waar, wat ziet de therapeut, zijn er objectieve waarnemingen mogelijk, etc.

Doelen

Hoofddoel: vergroten van het lichaamsbewustzijn

Subdoelen:

- Aanleren van passende ontspanningstechnieken
- Versterken van een reëel lichaamsbeeld
- Verbeteren van de waarneming
- Bewustwording van (lichamelijke) kenmerken bij het oplopen van emotie/spanning

Werkwijzen

Binnen dit deel van de behandeling worden steunende interventies gebruikt, gericht op het creëren van ontspanning, veiligheid en het opbouwen van een werkrelatie. Er wordt doorgaans naast een jongere gestaan en op een stimulerende wijze samen met hem gekeken naar hoe en waar oplopende spanning bij de jongere waar te nemen is en wat hem kan helpen om deze spanning af te laten vloeien.

Methode

Er wordt veelal gewerkt vanuit de lichaamsgeoriënteerde invalshoek van de PMT om de begrippen spanning en ontspanning voelbaar te maken bij de jongeren. Voor het creëren van veiligheid en ontspanning worden ook van bewegingsgeoriënteerde methodieken gebruik gemaakt. Er wordt gebruik gemaakt van ontspanningsoefeningen volgens Jacobson, focusoefeningen en van technieken uit de cognitieve gedragstherapie, zoals modeling, beloning en onderzoeken van prettige spanningsverlagende activiteiten.

Werkvormen

Werkvormen gericht op het aanleren van passende ontspanningstechnieken

- Uitproberen van verschillende ontspanningstechnieken (Jacobson, ademhaling, imaginatie, grounding), de technieken die aansluiten bij de jongere kunnen verder ontwikkeld worden door deze toe te passen in spanningsvolle situaties binnen de therapie.
- Ontspannen door sport en spel. Samen met de jongere verschillende inspannende activiteiten bedenken en uitvoeren. Wanneer een jongere hier plezier aan beleeft zal hij ook kunnen ontspannen.

Werkvormen gericht op het versterken van een reëel lichaamsbeeld

- Het maken van een lichaamstekening op ware grootte: wat schat de jongere in en hoe is het in werkelijkheid.

Werkvormen gericht op het verbeteren van de waarneming

- Rugmassage waarbij er met verschillende ballen over de rug van de jongere wordt gerold, de jongere probeert te herkennen welke bal er wordt gebruikt en welke bal hij het prettigst vindt.

- Proberen een houding objectief te beschrijven. Duidelijk onderscheid maken tussen objectief en subjectief.
- Met de ogen dicht rondlopen over een parcours dat de ander heeft gemaakt.
- Zintuiglijke waarneming: voelen onder doek, proeven, ruiken, eigen aardappel herkennen, snoepje, mandarijn.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op de bewustwording van (lichamelijke) kenmerken bij het oplopen van emotie/spanning

- Jacobson, spanning laten oplopen en verminderen.
- Opdrachten waarbij de nadruk wordt gelegd op het herkennen van lichaamssignalen. Bijvoorbeeld na inspanning, maar ook bij controlled approach of opdrachten met blind rondleiden.
- Controlled approach: op de ander aflopen, grenzen aangeven, daarbij bewustwording van lichaamssignalen.
- Oefeningen die steeds spannender/moeilijker worden, bijvoorbeeld: wiebelbank, matjeplof (sprong vanuit wandrek naar mat, waarbij de mat steeds verder weg wordt geplaatst), jongleren, klimmuur, trampoline, Blind lopen/rondgeleid worden.
- Overgooien met bal, steeds harder, verschillende ballen.
- Boksen tegen dikke mat in combinatie met spanningsthermometer, wanneer spanning tot een van te voren bepaalde hoogte oploopt stapt de jongere uit de kring (rond de mat) en probeert weer rustig te worden.
- Werkvormen aanbieden waarbij over de grens van de jongere wordt gegaan. Bijvoorbeeld bij iedere fout tijdens badminton een extra gewicht of een jongere steeds meer materiaal laten vasthouden. Welke lichaamssignalen neemt een jongere waar, wat betreft lichamelijke spanning (er wordt steeds meer inspanning geleverd) en ook emotionele lichaamssignalen (de grens van de jongere wordt overschreden).

Technieken

De psychomotorisch therapeut stelt zich begripvol op en is er in zijn interventies op gericht een sfeer van ontspanning en veiligheid te creëren. De jongeren worden geënthousiasmeerd en gemotiveerd om deel te nemen aan de diverse activiteiten. De therapeut helpt met het reflecteren op de activiteiten die de jongere heeft gedaan. Er kan gewerkt worden met belonen.

4.10.3 Fase 2: Aandachtsgebied copingvaardigheden

Rationale

Deze fase is vooral gericht op experimenteren, oefenen en daardoor het eigen maken van verschillende vaardigheden. Er wordt een veelheid van oefensituaties aangeboden, waarbij er zoveel mogelijk wordt gekeken wat probleemsituaties zijn voor de jongere.

In de vorige fase is de jongere zich bewust geworden van (lichamelijke) spanningssignalen en heeft hij ontdekt dat hij hier invloed op kan uitoefenen. Nu kunnen er verschillende technieken worden uitprobeerd in oefensituaties. Het doel in deze fase is copingvaardigheden ontdekken en uitproberen.

Een bekend misverstand is dat de jongere zijn boosheid moet afreageren, uit onderzoek blijkt dat dit een averechts effect heeft (Geen & Quanty, 1997; Travis, 1989). De boosheid kan worden versterkt, daarnaast wordt de emotie boosheid gekoppeld aan agressief gedrag. Zinnvolle alternatieven zijn afleiding, zelfcontroletechnieken en mindfulness- en acceptatiebenaderingen (De Groot, 2007). De jongere kan binnen PMT deze alternatieven uitproberen en eigen maken. De jongere oefent met het sturen van zijn gedrag en het structureren van de situatie, ook kan er in deze fase begonnen worden met het onderscheiden van verschillende emoties. Wanneer de jongere in staat is emoties beter van elkaar te onderscheiden zal hij beter in staat zijn om een goed gedragsalternatief te kiezen.

Doelen

Hoofddoel: Ontdekken en eigen maken van passende copingvaardigheden

Subdoelen:

- (H)erkennen van emoties
- Bewustwording van / differentiëren van gradaties binnen één emotie
- Leren structureren
- Realistischer naar jezelf en de eigen vaardigheden/ probleemgedrag leren kijken
- Vergroten van het gedragsrepertoire m.b.t. het uiten van emoties (emotionele copingvaardigheden)
- Verbeteren van de zelfbeheersing (zelfcontrole en frustratietolerantie vergroten, impulsiviteit verminderen)

Werkwijzen

In deze fase zullen pragmatisch-structurerende interventies op de voorgrond staan. Er wordt vanuit een veilige context geëxperimenteerd en geoefend met vaardigheden, waarmee de jongere meer kennis krijgt over zijn eigen spanning en middels geleerde vaardigheden structuur aan kan brengen om in spanningsvolle situaties te kunnen handelen. De attitude van de therapeut is daarbij stimulerend, structurerend en directief.

Methode

Er wordt gebruik gemaakt van Mindfulness-Based Stres Reduction, Het 5-G schema , cognitieve copingvaardigheden, waaronder Stop – Denk – Doe, en het oefenen van gewenst gedrag.

Werkvormen

Werkvormen gericht op het (h)erkennen van emoties

- De jongere op verschillende momenten binnen een sessie proberen te laten benoemen welke emotie hij op dat moment ervaart (of in bespreking van een situatie die week, heeft ervaren).
- Huiswerkopdrachten met de vijf G's (zie Bijlage 1). Een jongere voor iedere dag één situatie kort laten beschrijven waarbij hij de gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolgen opschrijft.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het bewust worden van / differentiëren van gradaties binnen één emotie

- Gebruik van de spanningsthermometer bij spanningsoplopende werkvormen, stoppen bij bepaalde spanning, teruggaan naar lagere spanning.

Werkvormen gericht op het leren structureren

- In stappen iets aanpakken, zelf een spel of tijdsplanning maken, stop denk doe.
- Samenwerken, parcours maken.
- Blindemannetje sturen in parcours.
- Tactiek afspreken met jezelf of je team of medespeler.
- Moeilijke opdracht geven, grote bal in basket zonder handen gebruiken.
- Hoe ruim ik heel veel rommel op.
- Je eigen manier in spel vinden, hoe pak ik een spel aan.

Werkvormen gericht op het leren om realistischer naar jezelf en de eigen vaardigheden/ probleemgedrag kijken

- Parcours uitzetten waarbij eerst de prestaties geschat worden, vervolgens de activiteit wordt uitgeprobeerd en schatting wordt bijgesteld en ten slotte het parcours wordt afgelegd.
- Samenwerkingsvorm waarbij de jongere een andere rol krijgt dan die hij normaal gesproken zou hebben. Mogelijk neemt de therapeut de rol in die de jongere normaal gesproken zou hebben.
- Opdrachten die steeds moeilijker worden. Merkt een jongere wat hij nog wel kan en wat te moeilijk wordt. Bijvoorbeeld, hoepels steeds verder uit elkaar leggen, steeds moeilijker evenwichtsoopdrachten etc.

Werkvormen gericht op het vergroten van het gedragsrepertoire m.b.t. het uiten van emoties (emotionele copingvaardigheden)

- Sport- spelvormen waarbij er wordt gespeeld terwijl er een basisemotie wordt uitgedrukt.
- Speelse werkvormen en kinderlijk spel. Bijvoorbeeld het overspelen van een ballon, eventueel de ballon overspelen met verschillende materialen. Aanvulling: emoties op de ballon tekenen en deze verwerken in het overspelen. Bijvoorbeeld met badmintonraket op ballon bij boosheid.

Werkvormen gericht op het verbeteren van de zelfbeheersing (zelfcontrole en frustratietolerantie vergroten, impulsiviteit verminderen)

- Vormen waarbij de spanning oploopt, wanneer een jongere merkt dat hij geïrriteerd raakt, stopt hij zichzelf en past geoefende ontspanningstechnieken toe. Wanneer een jongere nog niet zijn eigen lichaamssignalen herkent, zal de therapeut de jongere stoppen op het moment dat die ziet dat de spanning van de jongere oploopt. Bv. jongleren
- Samenwerkingsopdrachten waarbij van te voren moet worden nagedacht over de manier van aanpak. Wordt er niet van te voren overlegd, dan zal de opdracht niet lukken (bijvoorbeeld: touw naknopen, wanneer het touw wordt vastgepakt mag er niet meer gepraat worden en niet meer worden los gelaten) (stop, denk, doe).
- Mikspelletjes, zoals basketbal met verschillende afstanden, vooraf inschatten met frisbee, door iets heen frisbeen.

Technieken

De psychomotorisch therapeut is sturend, geeft voorbeeldgedrag, stimuleert de jongeren tot het benoemen van emoties en oplopende spanning, bekrachtigt emotionele reacties en adequate copingvaardigheden van jongeren.

4.10.4 Fase 3: Aandachtsgebied interactie

Rationale

Net als in de vorige fase staat oefenen hier centraal. Er worden weer veel oefensituaties aangeboden. In deze fase wordt een link naar het dagelijks leven van de jongere nog belangrijker. De jongere wordt zoveel mogelijk gestimuleerd situaties uit het dagelijkse leven in te brengen, gedragsalternatieven te oefenen binnen PMT en deze uit te proberen buiten de therapiesituatie.

In de voorgaande fase heeft de jongere geleerd om in spanningsvolle situaties adequaat te reageren. Situaties waarin interactie plaatsvindt, zijn vaak spanningsvol. Goede communicatie is erg belangrijk, niet alleen verbale communicatie maar juist ook non-verbale communicatie. Bij PMT is er uitgebreide aandacht voor de non-verbale communicatie, het gaat vaak niet zozeer om wát iemand zegt, maar hoe dit wordt gezegd.

Wanneer dit lukt, zal de jongere kunnen leren onderhandelen en in gesprek gaan met een ander in plaats van discussies te voeren of ruzie te maken. Doordat veel jongeren in een JJI zich slecht kunnen verplaatsen in de gedachten, gevoelens en intenties van anderen en de neiging hebben acties van anderen direct vijandig te interpreteren, wordt het voor jongeren lastiger om de signalen van anderen juist te interpreteren (Dodge & Newman, 1981). Het verbeteren van de interactie is daarom een belangrijk doel binnen spanningsregulatie. Binnen PMT zijn er veel mogelijkheden om samenwerkingsopdrachten te doen, met de therapeut of met groepsgenoten.

Doelen

Hoofddoel: Verbeteren van de interactie

Subdoelen:

- (H)erkennen van non-verbaal gedrag
- Leren omgaan met grenzen van zichzelf en die van de ander (ervaren, aangeven en respecteren)
- Uitbreiden van sociale vaardigheden
- Voor jezelf opkomen én afgestemd op de ander handelen (assertief)
- Problemen leren oplossen, copingstrategieën m.b.t. probleemsituaties uitbreiden
- Vergroten van het gedragsrepertoire en handelingsbekwaamheid m.b.t. verschillende interactieposities
- Disfunctionele cognities (h)erkennen
- Disfunctionele cognities omzetten in functionele cognities

Werkwijzen

In deze fase blijft het belangrijk pragmatisch-structurend te werken. Het is voor jongeren een doel op zich om te ervaren wat voor effect bepaalde vaardigheden kunnen hebben op de interactie met anderen.

Er zijn echter ook jongeren met wie in deze fase focaal-inzichtgevend gewerkt kan worden. Dan komt via confronterende interventies meer aan bod wat achterliggende bewuste of onbewuste motieven van jongeren zijn om bijvoorbeeld agressief te reageren op bepaalde spanningsvolle situaties die gerelateerd zijn aan de interactie met leeftijdgenoten of volwassenen.

Methode

In deze fase van de behandeling worden aspecten van de basismethodiek YOUTURN, aspecten vanuit de cognitieve gedragstherapie en het competentiegericht werken geïntegreerd in de PMT. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van rollenspel, SOVA-methodieken, weerbaarheids- en probleemoplossingstraining.

Werkvormen

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het (h)erkennen van non-verbaal gedrag

- Samenwerkingsvormen waarbij niet wordt gesproken, bijvoorbeeld het naknopen van een touw waarbij het touw niet losgelaten mag worden, parcours met samengeknoopte handen of voeten.
- Houdingen spiegelen.
- Met video werken.

Werkvormen gericht op het leren omgaan met grenzen van zichzelf en die van de ander (ervaren, aangeven en respecteren)

- Controlled approach: op de ander aflopen, grenzen aangeven, daarbij bewustwording van lichaamssignalen.
- De chaos bewaken, materiaal naar iemand toegooiden, wat kun je hebben, wanneer raak je overprikkeld.
- Wiebelbank, wanneer zeg je stop?
- Grenzen opzoeken in spel, de moeilijkheidsgraad eenzijdig groter maken.
- Te veel beladen, de therapeut probeert zoveel mogelijk materialen aan een jongere te geven (geeft van te voren niet het doel van de opdracht) gaat de jongere door tot alles valt, of geeft hij op tijd zijn grens aan?

Werkvormen gericht op het uitbreiden van sociale vaardigheden

- Aanbieden van samenwerkingsvormen.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het voor jezelf opkomen én afgestemd op de ander handelen (assertief)

- Binnen de aangeboden werkvorm op een trainingsgerichte manier 'nee' leren zeggen en je mening durven geven. Techniek: De therapeut kan binnen de werkvormen, afspraken die zijn gemaakt overtreden en de jongere motiveren om hierop te reageren.
- Werkvormen kiezen waar de jongere minder affiniteit mee heeft en de jongere motiveren om hier zijn mening over te geven.

Werkvormen gericht op het leren oplossen van problemen, copingstrategieën m.b.t. probleemsituaties uitbreiden

- Aanbieden van samenwerkingsvormen. Techniek: De therapeut laat de samenwerking bewust mis lopen en motiveert de jongere om een oplossingsstrategie te bedenken en uit te voeren.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het vergroten van het gedragsrepertoire en handelingsbekwaamheid m.b.t. verschillende interactieposities

- Eigen ruimte maken d.m.v. controlled approach oefeningen en vervolgens een ander buiten deze ruimte houden op verschillende wijzen. De persoon buiten de ruimte probeert op allerlei manieren juist in de ruimte te komen. Rollen wisselen.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het (h)erkennen van disfunctionele cognities

- Situaties binnen en buiten de sessies beschrijven door middel van de vijf G's (gebeurtenis, gedachten, gevoel, gedrag en gevolg, (zie Bijlage 1), waarbij in dit geval de nadruk ligt op "gedachten".
- Gebruik maken van het benoemen van de denkfouten van YOUTURN (egocentrisme, goed praten/verkeerd benoemen, uitgaan van het ergste, anderen de schuld geven), het bespreken van situaties binnen en buiten PMT.

Werkvormen gericht op het omzetten van disfunctionele cognities in functionele cognities

- Binnen een activiteit een jongere proberen te laten benoemen wat hij denkt en bespreken of dit een realistische of steunende gedachte is. Wanneer dit een niet realistische of storende gedachte blijkt te zijn, experimenteren met een andere gedachte (weer met gebruikmaking van de Gedachten-Gevoel-Gedrag driehoek, zie Bijlage 1).

Technieken

De psychomotorisch therapeut stimuleert de jongeren samen te werken, sociale rollen te spelen en bekrachtigt daarin adequaat sociaal gedrag. Er worden problematische bewegingssituaties gecreëerd om bij de jongeren sociaal gedrag te ontlocken. Inadequaat gedrag en/of disfunctionele cognities worden omgebogen naar adequaat gedrag en functionele cognities. De jongeren worden gestimuleerd tot het geven van feedback aan elkaar en het reflecteren op eigen gedrag in spanningsvolle situaties. Spanningsvolle gebeurtenissen in de PMT worden door de therapeut gerelateerd aan gebeurtenissen die zich buiten de PMT afspelen. Er wordt gewerkt met thuisopdrachten gericht op het toepassen van vaardigheden in de leefgroep van de jongeren.

4.10.5 Fase 4: Aandachtsgebied cognitie

Rationale

In deze fase wordt zo veel mogelijk aangesloten bij de inbreng van de jongere. De therapeut is gedeeltelijk afhankelijk van de situaties die de jongere inbrengt en zal zich meer volgend opstellen dan in de andere fasen. Wanneer de jongere de vorige fasen met goed gevolg heeft doorlopen, is het van belang dat wordt vastgesteld dat de nieuwe vaardigheden ook worden toegepast buiten de (vaak) veilige therapie situatie. Hier wordt al vanaf het begin aandacht aan besteed door zoveel mogelijk koppelingen te maken tussen de praktijk binnen PMT en het dagelijks leven van de jongere door terug te koppelen naar de behandelcoördinator of groepsleiding. Maar voor sommige jongeren is dit niet voldoende. Dit kan twee oorzaken hebben: de jongere kan het lastig vinden om te generaliseren, het is dan van belang om de groepsleiding te betrekken bij PMT. Een andere oorzaak kan zijn dat de vaardigheden aanwezig

zijn maar er is te weinig inzicht in de eigen interactiepatronen en de effecten daarvan. Voor deze laatste groep is de laatste fase extra van belang.

Doelen

Hoofddoel: Vergroten van inzicht

Subdoelen:

- Vergroten van het inzicht in wat je zelf veroorzaakt/ kunt beïnvloeden
- Het inzicht in eigen interactiepatronen vergroten
- Het eigen aandeel zien in ontstane conflicten (rolwaarneming), om verandering te realiseren
- Verantwoordelijkheid nemen voor het eigen handelen

Werkwijzen

In deze fase van de therapie wordt gekeken naar de transfer naar het dagelijks toekomstig functioneren van de jongeren. Jongeren die weinig ontwikkeling qua zelfinzicht hebben doorgemaakt en moeite hebben met generaliseren zullen de PMT vanuit steunende interventies en met betrokkenheid van belangrijke volwassenen in hun omgeving afronden.

Waar het zelfinzicht en probleembesef bij jongeren wel in ontwikkeling is gekomen zal directief-klachtgericht en waar mogelijk focaal-inzichtgevend de transfer gemaakt worden.

Methode

Er wordt gebruik gemaakt van aspecten van de gedragsmatige en cognitieve therapie en de aspecten vanuit de groepsdynamica. De Roos van Leary wordt in de PMT ingezet om adequate interactiestijlen te oefenen, ervaren en eigen te maken.

Werkvormen

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het vergroten van het inzicht in wat je zelf veroorzaakt/ kunt beïnvloeden

- Tijdens de bijeenkomst of werkvorm momenten inbouwen waarop de jongere zelf leert kiezen.
- Spel zonder regels, de jongere moet zelf regels invoeren.

Werkvormen gericht op het vergroten van het inzicht in eigen interactiepatronen

- Samenwerkingsvormen waarin de rol van de jongere wordt geplaatst in de Roos van Leary (zie Bijlage 2). Er kan geëxperimenteerd worden met de tegenovergestelde rol.
- Rollenspelen, waarbij een situatie wordt nagespeeld uit de dagelijkse situatie. Therapeut en jongere wisselen van rol.

Werkvormen waarbij de nadruk ligt op het leren om het eigen aandeel te zien in ontstane conflicten (rolwaarneming), om verandering te realiseren

- Rollenspelen, waarbij een situatie wordt nagespeeld uit de dagelijkse situatie, therapeut en jongere wisselen van rol.

Werkvormen gericht op het verantwoordelijkheid leren nemen voor het eigen handelen

- Spel zonder regels, de jongere moet zelf regels invoeren.
- Activiteiten met leiden/volgen.

Technieken

De psychomotorisch therapeut moedigt jongeren aan cognitieve processen bij henzelf te uiten, disfunctionele gedachten op te sporen en om te buigen en ondersteunt jongeren daarbij.

Jongeren worden uitgedaagd sociale interactie juist te interpreteren en daar adequaat gedrag tegenover te zetten. Spanningsvolle gebeurtenissen in de PMT worden door de therapeut gerelateerd aan gebeurtenissen die zich buiten de PMT afspelen. Er wordt gewerkt met thuisopdrachten gericht op het toepassen van vaardigheden in de leefgroep van de jongeren.

HOOFDSTUK 5

REVIEW VAN KWALITATIEF EN KWANTITATIEF ONDERZOEK²⁰

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 systematic 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 systematic 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 systematic review zijn voor het RAAK project die studies

²⁰ 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 dansbewegingstherapie

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 ambulant en residentieel 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.²¹

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 agressie²²)

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'.

²¹ Op de website van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie is een review beschikbaar van vaktherapie in de forensische psychiatrie met volwassenen.

²² 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/CBO²³. De case studies, hier opgevat als de interpretatie van de deskundige vaktherapeut, bevinden zich op Niveau 4.²⁴

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.

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

²³ CBO staat voor: Centraal BegeleidingsOrgaan // Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg

²⁴ 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.

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 daarbinnen 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

Het is binnen het RAAK project niet gelukt voldoende kwalitatieve data voor psychomotorische therapie te verzamelen.

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 overwegingen²⁵. 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.

²⁵ 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										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

7.1.2 Effectevaluatie

Meetinstrumenten

Voor de start van de vaktherapeutische behandelfase en na 10 vaktherapeutische behandelsessies zijn vier meetinstrumenten afgenomen²⁶.

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.

Emotie

²⁶ 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.

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 met 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 behandelsessies 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 uitsluitsel 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 vaktherapie²⁷. 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 rationale van het multiple baseline design slechts gedeeltelijk gerealiseerd. Het design voldeed door het ontbreken van metingen na elke sessies 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 behandelpakket, 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)²⁸.

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

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

²⁷ 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.

²⁸ 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).

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 (Spreen, 2009; Spreen et al, 2010). Effecten op groepsniveau gelden niet standaard voor het individu. Spreen 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 individu 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)²⁹.

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 uiteengerafeld wordt. De onderzoeker is degene die het object beschrijft, 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

²⁹ 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.

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

- Aarts, PGH., & W.D. Visser (1999). *Trauma - diagnostiek en behandeling*.
- Abrams, B. (2010). Evidence-based music therapy practice: An integral understanding. *Journal of Music Therapy*, Vol. XLVII (4), 351-379.
- 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.
- Augusteijn, H.E.M. (2009). *Er was eens, in een Justitiële Jeugdinrichting hier ver vandaan...* Onderzoeksverslag afstudeerproject. Heerlen: Hogeschool Zuyd – Opleiding Creatieve Therapie.
- 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.
- 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.
- 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.
- Beck, R. & Fernandez, E. (1998). Cognitive-behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63-74.
- 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. (2008). *Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de tbs-sector: komen tot een evidence base onder zorgprogramma's*. Utrecht: NIFP.
- 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, T. de (2004). *PMT-interventies bij PTSS*. Scriptie Vrije Universiteit Faculteit der Bewegingswetenschappen.
- 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.
- 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.
- Boerhout, C. & Weele, K. van der (2007). Psychomotorische therapie en agressieregulatie. Een pilotonderzoek. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 3 (2), 11-18.
- 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 in a school within inpatient child psychiatry. A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 34 (3), 216-222.
- Bosch, L. M.C. van den & Meijer, S. (2002). *Zoeken naar balans. Dialectische gedragstherapie van A tot Z*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Bosch, L.M.C. van den, Meyer, S. & Backer, H.S. (red.) (2007). *Handboek dialectische gedragstherapie. De klinische praktijk*. Amsterdam: Harcourt Publishers.
- Bremner, J.D. (1999). Alterations in brain structure and function associated with post-traumatic stress disorder. *Seminars in Clinical Neuropsychiatry*, 4, 249-255.
- Brody, S. (1976). *The effectiveness of sentencing a review of the literature*. London: Pub HMSO.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 with 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.
- Dijkema, P. (2010). Hoe overkoepelend is een inventietheorie? Over integreren en positioneren. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 6 (3), 34-36.

- 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.
- Dodge, K.A., Newman, J.P. (1981). Biased decision-making processes in aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 375-279
- 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 & Dorelijers, Th.A.H. (2005). Risicotaxatie van geweldsrecidive bij jeugdigen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 511-518.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A. (2004). *The heroic client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Elliott, R. & Greenberg, L.S. (2001). *Essential research findings in counseling and psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Engel, G.L (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- 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 incarnated juvenile offenders. *Journal of Correctional Education*. Available at: www.findarticles.com/p/articles/mi_qa4111/is_200309/ai_n9292157
- Fahrenfort, J. (1987). *Psychomotorische therapie – een onderzoek naar het gebruik van bewegings- en lichaamsgeoriënteerde methoden in de psychiatrie*. Amsterdam: VU Uitgeverij.
- 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.
- 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.
- Gordijn, C.C.F., Brink, C van den, Meerdink, P., Tamboer, J.W.I. & Vermeer, A. (1975). *Wat beweegt ons?* Baarn: Bosch & Keuning
- 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.
- Hamming, M. (2003). Psychomotorische diagnostiek binnen het kinder- en jeugdpsychiatrisch zorgveld. Ontwikkeling van een PsychoMotorisch Diagnostisch Construct.
- Hanrath, J. (2009). Opvoeden in een gesloten jeugdinrichting: een contradictio in terminis? *Proces*, (88) 3, 182-189.
- Hattum, M. van & Hutschemaekers, G. (2007). *In beweging – de ontwikkeling van producten voor psychomotorische therapie*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Hanna, F.D. & Hunt, W.P. (1999). Techniques for psychotherapy with defiant, aggressive adolescents. *Psychotherapy*, 36 (1), 56-68).
- 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 risicjongeren*. Den Haag: WODC.
- Hendrickx, M. (2003). Psychometrische evaluatie van de Nederlandstalige versie van de Aggressie 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.
- Johnson, D. (2009). Examining underlying paradigms in the creative arts therapies of trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 36 (2), 114-120.
- Jol, D. (1997). Psychomotorische therapie bij posttraumatische stress-stoornis. *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 231-249.
- 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.
- Kaplin, H.I. & Sadock, B.J. (1998). *Synopsis of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Kil, J. (2010). Dancing behind Bars. In: S. Bender (Hrsg.). *Bewegungsanalyse von Interaktionen – Movement Analysis of Interaction*. Berlin: Logos Verlag.
- 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 (2004/2008). *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.
- Kuin F. (1996). Voorspelbaar boksen : een manier om volgens procesgerichte therapiebeginselen een agressiedysregulatie te behandelen. *Bewegen en hulpverlening*, 13, 53-65.
- 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.
- 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.
- Lamme, V. (2010). *De vrije wil bestaat niet. Over wie er echt de baas is in het brein*. Amsterdam: Bert Bakker.
- 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.
- Lange, J. de (red.) (2005). *Een vak apart – artikelen over psychomotorische therapie*. Utrecht: 't Web – Netwerk rondom bewegen.
- Leary, T. (1957). *The interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald Press.
- 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.
- 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 (2004). *Social information processing in children with mild intellectual disabilities*. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.

- 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.
- 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>.
- 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.
- 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
- Pylvänäinen, P. (2003). Body image: A tripartite model for use in Dance/Movement Therapy. *American Journal of Dance Therapy*, 25 (1), 39-55.
- 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: Trimbos 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.
- Sadock, B.J. & Sadock, V. (2004). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. Philadelphia : Lippincott, Williams, Wilkins.
- 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.
- Simons, J. (red.) (2007). *Actuele themata uit de psychomotorische therapie*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Sitskoorn, M. (2008). *Het maakbare brein – gebruik je hersens en word wie je wilt zijn*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- 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.
- Sloteroff, C. (1984). Drumming technique for assertiveness and anger management in the short term psychiatric setting for adult and adolescent survivors of trauma. *Music Therapy Perspectives*, 12, 111-116.
- 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. & Pénzes, 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.
- Slot, N.W. (1988). *Residentiële hulp voor jongeren met antisociaal gedrag*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- 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.
- 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.
- Swaab, D. (2010). *Wij zijn ons brein. Van baarmoeder tot Alzheimer*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact.
- Tamboer, J.W.I. (1985). *Mensbeelden achter bewegingsbeelden*. Haarlem: De Vrieseborch.
- Tamboer, J.W.I. (1993). *Filosofie van de bewegingswetenschappen*. Amersfoort: Academische Uitgeverij.
- 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.
- 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., Verhuist, F. C., & Ruiter, C. . (January 01, 2006). Signaleringslijsten psychische problematiek bij jeugdigen. *Kind En Adolescent : Tijdschrift Voor Pedagogiek, Psychiatrie En Psychologie*, 27, 1, 4.

- 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., Erftemeijer, 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.
- 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 (Ed.). *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.
- YOUTURN. *Basishandleiding* (2009). Stuurgroep Youturn. www.trimbos.nl
- 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 AUTEURS³⁰

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 Erkenningscommissie 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.

³⁰ 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 methodieontwikkeling 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) ³¹. 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:

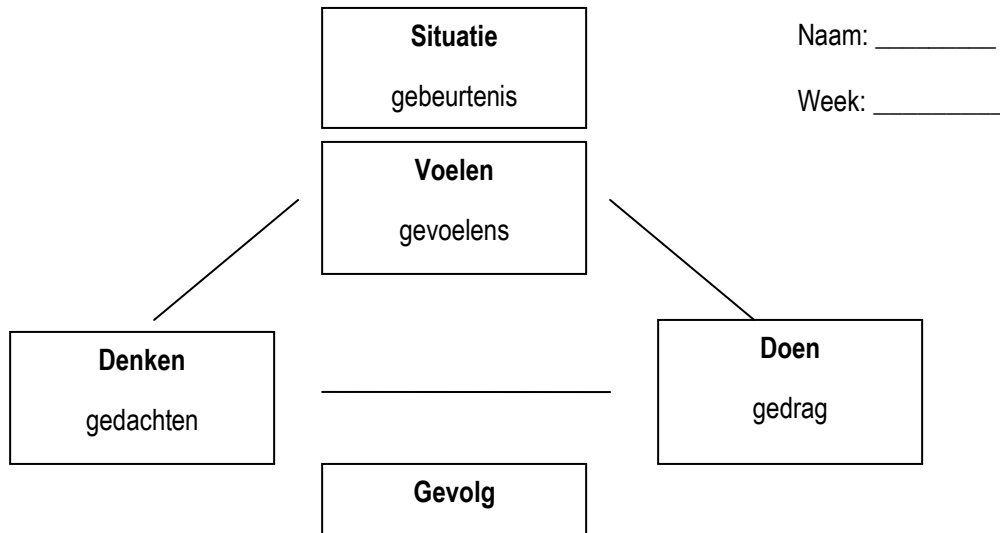
Algemeen projectleider	Dr. Henk Smeijsters, lector KenVaK, Hogeschool Zuyd
Projectleiders per vaktherapie	• Julie Kil MSc, MDATH, SRDATH, Hogeschool Zuyd • Drs. Han Kurstjens, SRMTh, Hogeschool Utrecht • Jaap Welten, MDTh, SRDTh, CP, ECP, Hogeschool Zuyd • Gemmy Willemars, MATH, SRATH, Hogeschool Utrecht • Pijke Dijkema, MPMTh, Accare

³¹ 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)

BIJLAGE 1 DE VIJF G'S



Gebeurtenis	Gevoel (of/ook spanning in lichaam)	Gedachte	Gedrag	Gevolg
1				
2				
...				
...				
7				
Wat valt je op?				

Noteer de volgorde van gevoel, gedachte en gedrag met 1,2,3, wat er het eerst was krijgt een 1, dan een 2 en dan 3.

BIJLAGE 2 DE ROOS VAN LEARY

