

Muziektherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg

Resultaten van praktijkgericht onderzoek

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

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

Muziektherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg

Resultaten van praktijkgericht onderzoek

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

KenVaK / KenVaK Publishers

2012

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

183 blz.
ISBN 978-94-91460-02-9
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 Jeugdinstellingen 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 jeugdinstellingen opgezet. Dit is een schoolvoorbeeld van praktijkgericht onderzoek: met en voor de praktijk, vernieuwend, gekoppeld aan het onderwijs én maatschappelijk zeer relevant. Niet voor niets is dit project bekroond met de prijs ‘Praktijkgericht onderzoek van het jaar 2011’.

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

Dr. Guusje ter Horst

Voorzitter HBO-raad

INHOUDSOPGAVE

Inleiding.....	7
1 De doelgroep van vaktherapie in de gesloten setting	9
1.1 Jongeren in de Justitiële Jeugdinrichtingen en de Gesloten Jeugdzorg.....	9
1.2 Algemeen beeld van deze jongeren.....	9
1.2.1 Problematiek	9
1.2.2 Stoornissen	13
1.2.3 Reactieve en proactieve agressie	14
1.3 De doelgroep van vaktherapie.....	16
1.4 Voorkomen van recidive.....	16
1.4.1 Recidive van jongeren na de JJI/de Gesloten jeugdzorg	16
1.4.2 What Works-principes.....	18
1.4.3 Specifiek werkzame factoren: thema's en aangrijpingspunten.....	24
2 Vaktherapie en dynamisch criminogene factoren bij de doelgroep	26
2.1 Inleiding.....	26
2.2 Dynamisch criminogene factoren.....	26
2.3 Vaktherapie, dynamisch criminogene factoren en protectieve factoren.....	31
2.4 Samenhang van de dynamisch criminogene factoren	33
2.4.1 Kerngebied Zelfbeeld.....	34
2.4.2 Kerngebied Emotie.....	35
2.4.3 Kerngebied Interactie.....	36
2.4.4 Kerngebied Cognitie	37
2.5 Schematisch overzicht	37
2.6 De interventie vaktherapie in de gesloten setting	38
2.6.1 Inleiding.....	38
2.6.2 Doelgroep van de vaktherapie	39
2.6.3 Selectie van de doelgroep.....	40
2.6.4 Doel en programmadoelen	44
2.6.5 Verbondenheid van kerngebieden.....	45
2.6.6 Doelen, werkwijzen, methoden, werkvormen en technieken per kerngebied	47
2.6.7 Protectieve factoren.....	59
3 Vaktherapie: een niet-cognitieve interventie	61
3.1 Inleiding.....	61
3.2 Een niet-cognitieve interventie	61
3.3 De werking van vaktherapie	64
3.4 Vaktherapie en andere psychotherapieën	70
3.4.1 Schemagerichte therapie	70
3.4.2 Dialectische gedragstherapie	72
3.4.3 Mentalisering bevorderende therapie	73
3.4.4 Cognitieve gedragstherapie	74
3.4.5 Discussie: wederzijdse beïnvloeding.....	77

4	Interventies muziektherapie	81
4.1	Inleiding	81
4.2	Onderzoeksmethode	81
4.2.1	Dataverzamelingstechnieken.....	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	Interventie Muziektherapie overkoepelend voor alle kerngebieden.....	85
4.3.1	De therapeutische alliantie.....	86
4.3.2	De kerngebieden zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie	86
4.3.3	Rationale	88
4.3.4	Werkwijzen	90
4.3.5	Werkvormen	90
4.3.6	Technieken	91
4.3.7	Generalisatie.....	94
4.4	Zelfbeeld	96
4.4.1	Doelen	97
4.4.2	Werkwijzen	97
4.4.3	Methoden.....	98
4.4.4	Werkvormen	99
4.4.5	Technieken	100
4.5	Emotie.....	100
4.5.1	Doelen.....	101
4.5.2	Werkwijzen	101
4.5.3	Methoden.....	102
4.5.4	Werkvormen	102
4.5.5	Technieken	103
4.6	Interactie.....	103
4.6.1	Doelen.....	104
4.6.2	Werkwijzen	104
4.6.3	Methoden.....	105
4.6.4	Werkvormen	106
4.6.5	Technieken	106
4.7	Cognitie	106
4.7.1	Doelen.....	107
4.7.2	Werkwijzen	107
4.7.3	Methoden.....	108
4.7.4	Werkvormen	108
4.7.5	Technieken	109
5	Review van kwalitatief en kwantitatief onderzoek.....	110

5.1	Inleiding	110
5.2	Systematic review	110
5.3	Conclusies naar aanleiding van de systematic review	123
5.3.1	Dramatherapie	123
5.3.2	Muziektherapie.....	124
5.3.3	Beeldende therapie.....	125
5.3.4	Dans-bewegingstherapie	126
5.3.5	Psychomotorische therapie	127
5.3.6	Alle media	127
6	Kwalitatief proces-effectonderzoek.....	129
6.1	Inleiding	129
6.2	Methode	129
6.2.1	Procesevaluatie	129
6.2.2	Programma-evaluatie	130
6.2.3	Data-analyse.....	132
6.2.4	Respondenten	133
6.2.5	Discussie	133
6.3	Kwalitatieve resultaten muziektherapie.....	135
6.3.1	De muziektherapeutische alliantie.....	136
6.3.2	Zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie.....	139
6.3.3	Conclusies en aanbevelingen.....	141
6.3.4	Discussie	142
7	Kwantitatief effectonderzoek	143
7.1	Inleiding	143
7.1.1	Design	143
7.1.2	Effectevaluatie	145
7.2	Kwantitatieve resultaten.....	147
7.2.1	Zelfbeeld	147
7.2.2	Emotie	148
7.2.3	Interactie	148
7.2.4	Cognitie.....	149
7.3	Discussie.....	150
	Literatuurlijst.....	158
	De auteurs.....	176
	Dankzegging	179

INLEIDING

Dit boek bevat de resultaten van het praktijkgericht onderzoek naar vaktherapie in zes Justitiële Jeugdinstellingen 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 gevalstudie. 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 tweearig 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 gevalstudie 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 Erkeningscommissie 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*

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

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

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

- *Psychiatrische problematiek*

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

- *Problemen op het relationele vlak*

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

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

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

- *Gebrekkige gewetensvorming*

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

- *Middelenmisbruik*

Bij de jongeren is veelvuldig sprake van middelenmisbruik.

En over het gezin / de gezinsproblematiek wordt gezegd:

- *Multi-problem gezin met beperkte opvoedingsvaardigheden*

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

- *Gebroken gezinnen en meerdere verblijfplaatsen*

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

- *Veel risicofactoren en weinig beschermende factoren*

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

- *Chroniciteit van de problematische situatie en verantwoordelijkheid*

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

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

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

1.2.2 Stoornissen

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

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

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

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

1.2.3 Reactieve en proactieve agressie

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

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

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

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

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

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

Reactief agressieve gedragsproblemen hangen samen met:

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

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

Proactief agressieve gedragsproblemen hangen samen met:

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

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

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

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

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

1.3 De doelgroep van vaktherapie

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

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

1.4 Voorkomen van recidive

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

1.4.1 Recidive van jongeren na de JJI/de Gesloten jeugdzorg

Onderzoek WODC

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

uiteenlopende dadergroepen van volwassenen en jongeren. Binnen de Recidivemonitor wordt onder andere gekeken welk deel van de (sub)groep recidiveert en na hoeveel tijd dat gebeurt (prevalentie en snelheid van recidive). Tevens wordt gekeken naar de omvang van de totale recidive in de (sub)groep. Daarnaast wordt voorspeld welke recidive op grond van de (statische) 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 jeugdinstellingen (JJI) is het hoogst. Zes jaar na uitstroom heeft 78% van deze groep één of meer nieuwe justitiecontacten, iets meer dan in de groep volwassen ex-gedeteneerden². Daarbij gaat het in meerderheid (+ 60%) om middelzware delicten, en in mindere mate (+ 15%) om zeer ernstige delicten of lichtere delicten (+ 25%).

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

Onderzoek Van Dam: recidive na jeugddetentie

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

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

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

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

Onderzoek NSCR: jongeren in de behandelrichting.

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

1.4.2 What Works-principes³

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

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

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.

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

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

resultaat afnemen.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Gezinsituatie

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 risicojongeren 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. Spijbelars 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 gematched op leeftijd, academische en sociale achtergrond. De delinquenten maakten aanzienlijk minder oogcontact, spraken minder, maar vertoonden meer onrustig gedrag (niet stil kunnen zitten, friemelen) en maakten meer grove motorische bewegingen. Deze gedragingen blijken te kunnen worden gerelateerd aan een lager niveau van sociale waarnemingsvaardigheden (Spence, 1981b). In een globale kwalificatie van sociale vaardigheden, sociale angst en de kans op een baan scoorde de groep delinquenten lager dan de groep niet-delinquenten.

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

Kernovertuigingen

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

Kernovertuigingen bestaan uit:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Vaktherapie, dynamisch criminogene factoren en protectieve factoren

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

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

Het betreft:

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

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

Het gaat om de volgende items van de SAVRY:

Ervaren stress en copingvaardigheden

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

Negatieve opvattingen en kernovertuigingen

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

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

Risikant gedrag en impulsiviteit

SAVRY item 18 betreft impulsiviteit en risikant gedrag.

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

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

Impulscontrole/woedebeheersing

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

Onvermogen om perspectief van de ander in te nemen

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

Leeftijdsgenoten

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

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

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

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

Protectieve factoren

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

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

2.4 Samenhang van de dynamisch criminogene factoren

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

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

2.4.1 Kerngebied Zelfbeeld

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.4.2 Kerngebied Emotie

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

Er kan sprake zijn van schommelingen in de stemming, impulsiviteit of riskant gedrag. De jongeren doen dingen zonder na te denken, reageren plotseling met intense emoties, zonder rekening te houden met de gevolgen. Zij hebben een groot probleem met het zelf reguleren van stemmingen, het onder controle houden van boosheid en (agressieve) impulsen, hebben vaak uitbarstingen waarbij ze anderen bedreigen, bang maken of letsel 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 Criminele kernovertuigingen</i>	11: Delinquente vrienden 17: Negatieve opvattingen	Zelfbeeld: onrealistisch zelfbeeld	Faalangstig Weinig zelfvertrouwen/ zelfoverschatting Gebrekkig zelfinzicht	P6: Veerkrachtige Persoonlijkheid
<i>Denkpatronen, gedrag en vaardigheden: Gebrek aan woedebeheersing en impulscontrole</i>	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: Gebrekkige sociale en probleem-oplossende vaardigheden</i>	11: Delinquente 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: Criminele kernovertuigingen</i>	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 strafresant 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 voorsnog 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 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

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

- Jongeren die 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 uitgetoond 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.

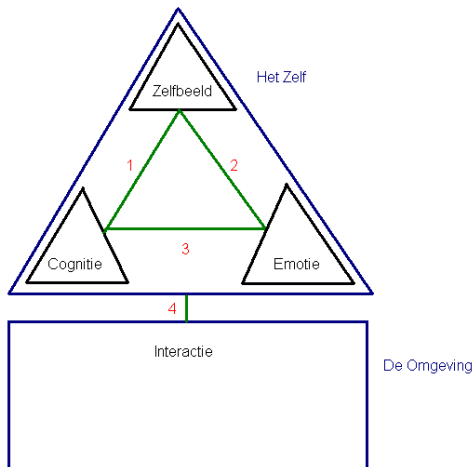
Specifieke doelen binnen de vaktherapie worden geformuleerd door een algemene probleemanalyse op te stellen van de problematiek (indien dit niet al gedaan is). Vervolgens wordt in overleg met het team en de jongere gekozen op welk (probleem)gebied men zich zal richten en hier vervolgens duidelijk omschreven 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. Deelementen 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 we verstaan onder werkwijze, methode, werkvorm en gehanteerde technieken binnen de vaktherapie. Hierbij sluiten wij aan bij het Handboek Creatieve Therapie⁹.

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

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

⁹ Bron: Smeijsters (2008).

Werkwijzen

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

Voorbeelden van werkwijzen zijn:

- *Supportieve werkwijze*

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

Binnen deze categorie is de volgende onderverdeling mogelijk:

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

- *Palliatieve werkwijze*

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

- *Ortho(ped)agogische / ontwikkelende werkwijze*

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

- *Re-educatieve werkwijze*

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

De categorie kent de volgende onderdelen:

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

- *Reconstructieve / Inzichtgevende-plus- werkwijze*

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

Methode

Een vaktherapeutische methode heeft als kenmerken dat ze:

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

Werkvormen

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

Voorbeelden van dergelijke werkvormen in verschillende media zijn:

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

Therapeutische technieken

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

Binnen een werkvorm kan de vaktherapeut verschillende therapeutische technieken toepassen.

Voorbeelden van technieken¹⁰ zijn:

- synchroniseren
- confronteren
- reflecteren

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

Kerngebied zelfbeeld

Kerdoel: Versterken van een reëel zelfbeeld

Subdoelen:

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

Werkwijzen

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

Methoden

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

Werkvormen¹¹

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

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

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

Technieken

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

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

Kerngebied Emotie

Kerdoel: Beter kunnen omgaan met emoties

Subdoelen:

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

Werkwijzen

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

Methoden

Psychotherapeutisch

- Rogeriaanse psychotherapie
- Cognitieve gedragstherapie
- Mentaliserende therapie
- Schematherapie

Vaktherapeutisch

- Analoge-procesmodel
- Lichaamsgerichte & bewegingsgerichte methoden

Werkvormen

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

- Werkvormen gericht op de waarneming zodat de jongere in het hier en nu blijft en niet emotioneel overspoeld raakt door herbeleving en niet extreem dissocieert
- Eenzelfde mediumactiviteit in verschillende emoties uitwerken
- Emotioneel verdiepende werkvormen
 - Een bepaalde emotie verder doorwerken door er verschillende werkvormen voor in te zetten (bijv. het maken van verhalen, raps/songteksten of gedichten)
 - De mediumactiviteit benaderen vanuit verschillende emotionele ingangen zoals:
 - de vier basisemoties (bang, boos, blij, bedroefd)
 - de vier elementen (aarde, water, lucht en vuur)
 - archetypen (de held, het kind, de moeder, de wijze)
 - werken met (structurerende) voorbeelden zoals afbeeldingen, gezichtsuitdrukkingen, collages, fotoreportages en/of muziekstukken om de verschillen tussen de emoties te verduidelijken
 - Traumatische ervaringen in het medium vormgeven (bijv. door het werken met tableaux vivant, geleide fantasie, verteltheater)
 - De koppeling leggen tussen lichaamssignalen en de emotie: zweten e.d. (tijdens werkvormen in het medium lichaamssignalen benoemen en koppelen aan emoties)
- Werkvormen specifiek gericht op ontladen en reguleren van boosheid en agressie
 - Binnen het medium spanning (woede) opwekken en gecontroleerd laten afvloeien:
 - door een te moeilijk/frustrerend 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
 - Bekrachten: de vaktherapeut bekrachtigt verbaal en in het medium de emotionele reacties van de jongere
 - Reflecteren: de vaktherapeut ondersteunt de jongere bij het reflecteren naar aanleiding van in het medium ervaren emoties
 - Actualiseren: de vaktherapeut benoemt emotionele ervaringen in het hier en nu en relateert deze ervaringen aan problematische emoties van de jongere
 - Generaliseren: de vaktherapeut relateert emotionele ervaringen in het medium aan problematische emoties buiten de therapie
 - Implementeren: de vaktherapeut geeft huiswerkopdrachten (gebaseerd op emotionele ervaringen in het medium) zodat de jongere de omgang met emoties op de afdeling kan oefenen
- *Palliatief*
 - De vaktherapeut stimuleert de jongere zich bewust te worden van fysiologische en emotionele reacties op traumatische (verdrongen) herinneringen
 - De vaktherapeut biedt steun en troost zodat de emotionele pijn die de jongere ondergaat, verzacht wordt

Kerngebied Interactie

Kerdoel: Verbeteren van de interactie

Subdoelen:

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

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

Werkwijzen

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

Methoden

Psychotherapeutisch

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

Specifieke modellen

- Sociaal competentiemodel
- Interactiewijzer

Vaktherapeutisch

- Analoge-procesmodel

Werkvormen

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

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

Technieken

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

Kerngebied Cognitie

Kerdoel: Veranderen van disfunctionele cognities

Subdoelen:

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

Werkwijzen

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

Methoden

Psychotherapeutisch

- Cognitieve gedragstherapie
- Schemagerichte therapie
- Directieve therapie

Vaktherapeutisch

- Analoge-procesmodel

Werkvormen

- Werkvormen gericht op plannen vooraf
 - o Voorafgaand aan een opdracht de jongere laten vertellen hoe hij denkt dat hij de opdracht gaat uitvoeren (dit naderhand evalueren)
 - o Vooraf gedragsalternatieven in het medium plannen
 - o 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*
 - o Stabiliseren: de vaktherapeut helpt de jongere bij het objectiever waarnemen, interpreteren en evalueren van situaties die acute dreiging oproepen
- *Ortho(ped)agogisch*
 - o 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
 - o Activeren: de vaktherapeut activeert de jongere tot het nadenken en praten over situaties
 - o Structureren: de vaktherapeut leidt en begeleidt in het medium zodanig dat de jongere kaders krijgt waarbinnen hij cognitieve vaardigheden kan ontwikkelen
 - o Aanmoedigen: de vaktherapeut moedigt de jongere aan om cognitieve aspecten van zijn problemen te uiten
 - o Ontlokken: de vaktherapeut lokt verbaal en in het medium leersituaties uit, gerelateerd aan het ontwikkelen van cognitieve vaardigheden
- *Re-educatief*
 - o Reflecteren: de vaktherapeut zet de jongere aan tot reflecteren over wat er in het medium gebeurd is
 - o Ombuigen: de vaktherapeut gebruikt de ervaring in het medium om cognitieve disfuncties te beïnvloeden
 - o Alternatieven bieden: de vaktherapeut gaat met de jongere een gestructureerde dialoog aan om alternatieve interpretaties te verwoorden
 - o Bekrachtigen: de vaktherapeut bekrachtigt verbaal correcte interpretaties
 - o Actualiseren: de vaktherapeut benoemt disfunctionele cognities in het hier en nu en relateert deze aan problematisch sociaal gedrag van de jongere
 - o Generaliseren: de vaktherapeut relateert disfunctionele cognities aan problematische interacties buiten de therapie
 - o Implementeren: de vaktherapeut geeft cognitieve huiswerkopdrachten zodat de jongere hiermee op de afdeling kan oefenen

2.6.7 Protectieve factoren

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

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

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

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

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

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

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

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

HOOFDSTUK 3

VAKTHERAPIE: EEN NIET-COGNITIEVE INTERVENTIE

Henk Smeijsters

3.1 Inleiding

Vaktherapie is een overkoepelend begrip voor vijf interventies: beeldende therapie, dansbewegingstherapie, 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

¹² Voorheen – toen er alleen sprake was van de eerste vier media (beeldende therapie, dansbewegingstherapie, 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).

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

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

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

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

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

3.3 De werking van vaktherapie

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

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

Interne werkmodellen en impliciet weten

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

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

Kernzelfervaringen en vitality affects

Vaktherapieën doen door middel van de activiteiten in het medium (beeldend, dans-beweging, drama, muziek, psychomotorisch) een appel op het niet-cognitieve, gevoelsmatige, intuïtieve weten dat in de neuropsychologie aangeduid wordt als *kernzelf* (Damasio, 2003). Binnen het kernzelf bepalen de *vitality affects* (Stern, 2000, 2010) de vorm die de kernzelfervaring aanneemt. *Vitality affects* zijn gekenmerkt door een patroon in de tijd dat tot stand komt door de combinatie van parameters zoals tempo, ritme, intensiteit, groeperingsvorm, beweging en aantal. Deze patronen van de *vitality affects* in het kernzelf vertonen grote overeenkomst met de vormgevende processen in de media die in de vaktherapieën gebruikt worden. *Vitality affects* van het kernzelf komen in het kunstzinnig medium op *analoge* wijze tot expressie (Smeijsters, 2008a/2010; 2008b/c). Analooq wil hier zeggen dat er overeenstemming bestaat tussen de vormen waarin gevoelens in het kernzelf optreden (de *vitality affects*) en kunstzinnige vormen. Bij analogie is er sprake van een fictieve situatie (de gebeurtenis in het medium), die echter in staat is reële kernzelfervaringen op te roepen. Er is sprake van een middengebied tussen ‘in vivo’ en ‘in vitro’ (zie ook Johnson, 2009). Juist deze combinatie is veilig en daardoor drempelverlagend.

De cliënt kan in vormgevende activiteiten in het medium dezelfde *vitality affects* ervaren die optreden 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; Dellemann, 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 (Dellemann, 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; Dellemann, 2009). Het gaat om *mentale veerkracht* en het versterken van competenties. We kunnen ook spreken van *probleemeigenaar* worden (Hutschemaekers e.a., 2008). Van probleemeigenaarschap is sprake als de cliënt de situatie herinterpreteert, het probleem verkleint, zijn sterke kanten versterkt, *empowerment* voelt door vertrouwen in eigen actorschap, het eigen probleemoplossend vermogen activeert en situaties regisseert.

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

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

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

Analogie

In de vaktherapie zijn de ervaringsgerichte situaties de spil van de behandeling en bovendien zijn de 'enactments' binnen de vaktherapie geen letterlijke herhalingen van het gebeuren buiten de therapie. Het zijn spelsituaties die als een analogie van het dagelijks leven gehanteerd worden (Smeijsters, 2008a/2010; 2008b/c). Kenmerkend voor deze spelsituaties is dat de context verschilt, maar dat het kernzelf op dezelfde manier wordt aangesproken. Juist deze combinatie van 'anders en toch hetzelfde' maakt het mogelijk dat cliënten zich openen voor ervaringen. Door dit verschil kunnen cognitief georiënteerde therapieën en vaktherapie elkaar goed aanvullen.

Van buiten naar binnen

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

Van binnen naar buiten

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

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

Neem als voorbeeld een situatie waarbij een jongere in een conflict met een ander zijn kwaadheid niet

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

Samengevat

Vaktherapie:

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

Overkoepelende vaktherapeutische doelen die hieruit afgeleid worden zijn:

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

3.4 Vaktherapie en andere psychotherapieën

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

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

3.4.1 Schemagerichte therapie

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.

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 *beschermermodi* (onthechte beschermer, boze beschermer, onthechte zelfsusser), het *kwetsbare kind* (vaak geblokkeerd door de beschermermodus), 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 beschouwd 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 *equivalentiemodus*), beschikt het niet over ik-grenzen en voelt het zich zeer bedreigd. Alles wat zich buiten afspeelt staat gelijk aan jezelf, het is alsof een eigen identiteit ontbreekt. In het andere geval is er teveel alsof (de *doen alsof-modus*). Dan voelen innerlijke toestanden niet als echt en voelt de persoon zich leeg. Er is geen innerlijk en je speelt altijd een rol.

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

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, dansbewegingstherapie, dramatherapie en muziektherapie gebeurt.

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

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,

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

- 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/langst management vaardigheden* door relaxatie
- *Versterken van de veerkracht (resilience enhancement)*, technieken zoals creativiteit, humor, spontaniteit, flexibiliteit en activiteit.
- *Psycho-educatie* die versterkt kan worden door creatieve vormen.

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

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

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

Vaktherapie kan dus bogen op en verwijzen naar bewezen effectieve factoren uit de CGT. Wanneer vaktherapie *in enge zin* vanuit een CGT kader vormgegeven wordt, onderscheidt zij zich in theoretisch opzicht niet van CGT. Vaktherapie onderscheidt zich op praktische wijze doordat bij een vaktherapeutische vormgeving van CGT de experiëntiële werkvormen tijdens de therapie centraal staan en de gesprekken vaak naar aanleiding van of als voorbereiding op de werkvorm plaatsvinden, terwijl bij CGT de gesprekken naar aanleiding van ervaringen uit het dagelijks leven centraal staan en in veel mindere mate oefeningen tijdens de therapie

sessie worden gedaan. Veelgebruikte CGT interventies (als vaardigheidstraining, exposure en gedragsexperimenten) kunnen een plek krijgen binnen vaktherapie. Deze worden in het medium waarbinnen gewerkt wordt aangeboden.

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

3.4.5 Discussie: wederzijdse beïnvloeding

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

Binnen de psychomotorische therapie wordt op een integratieve wijze gebruik gemaakt van verschillende theoretische referentiekaders. Vanuit het middel bewegen en 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 muziektherapeuten gaan veel meer uit van het ervaren en handelen 'in' de kunstmedia beeldend, dans-beweging, drama en muziek waarbij gebruik wordt gemaakt van de eigenschappen van het kunstmedium en van daaruit wordt gewerkt aan de probleemgebieden. Daarbij staan de probleemgebieden zelfbeeld, emotie en interactie centraal en is cognitie secundair.

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

Vaktherapie positioneren binnen de CGT en aanverwante therapieën¹⁷

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

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

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

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

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

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

therapie gebruik maakt van werkvormen die ook in dramatherapie worden toegepast illustreert dit. In feite naderen deze therapieën en beeldende therapie, dansbewegingstherapie, 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, kernoplettendheidsvaardigheden, 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

INTERVENTIES MUZIEKTHERAPIE

Han Kurstjens, Frederik Esbach & Heinz Reumers

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/constructivist inquiry.

4.2 Onderzoeksmethode

Practice-based evidence

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

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

Professionals als co-onderzoekers

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

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

4.2.1 Dataverzamelingstechnieken

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

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

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

4.2.2 Data-analyse technieken

- *coderen*: verschillende vormen van tekstcoderingen die uitmonden in de topicstructuur;

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

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

4.2.3 Kwaliteitscriteria

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

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

4.2.4 Kwaliteitstechnieken

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

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

4.2.5 Respondenten

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

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

DRAMA: de projectleden/auteurs Jaap Welten, Hilde Augusteijn, Sanne van der Kolm, Jorg de Man, 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 Interventie Muziektherapie overkoepelend voor alle kerngebieden

De ontwikkelaars hebben gekozen voor een indeling van de handleiding die past bij de muziektherapeutische praktijk:

- Therapeutische alliantie
- Kerngebieden
- Rationale
- Doelen
- Werkwijzen
- Methoden, werkvormen en technieken

Deze onderwerpen worden in deze paragraaf in algemene zin besproken en in de volgende paragrafen per kerngebied uitgewerkt. De muziektherapeuten nemen de therapeutische alliantie (Krupnick e.a., 1996) als uitgangspunt van de therapie. De toespitsing op een doel in termen van de kerngebieden is een dialogisch proces dat gestuurd wordt vanuit de therapeutische alliantie en de indicering door de verwijzer. Daarom staat de therapeutische alliantie vooraan in de handleiding. Kerngebieden, doelen, werkwijzen, methoden, werkvormen en technieken worden gekozen naar aanleiding van observaties door de

muziektherapeut in de eerste alliantiefase. Deze benadering kan worden omschreven als een contextgerelateerde en systematische, eclecticische aanpak.

4.3.1 De therapeutische alliantie

De muziektherapie start na een indicatie van een gedragswetenschapper – waarin meer of minder concreet de kerngebieden benoemd worden – met een intake- en observatieperiode. Deze fase is erg belangrijk om tot een functionele werkrelatie – de therapeutische alliantie – te komen. Dit is een belangrijk moment in deze setting, omdat de jongeren niet vanzelfsprekend gemotiveerd zijn. De meeste jongeren hebben wel affiniteit met muziek maar minder met therapie. Deze drempel moet worden geslecht in deze fase, waarin de therapeutische alliantie gevormd wordt.

Het gaat hier om meer dan het formuleren van een werkrelatie. Het is van belang dat er een alliantie –een bondgenootschap – kan ontstaan van wederzijdse vertrouwen en eerlijkheid. Vaak is juist het vermogen om een dergelijke relatie aan te gaan bij de jongere beschadigd. Een dergelijke relatie is onbekend of de jongere staat er wantrouwend tegenover vanwege eerdere negatieve ervaringen met een dergelijk contact. Om de alliantie te kunnen opbouwen zorgt de therapeut, dat de jongere zich gewaardeerd en veilig voelt. De therapeut stelt de jongere op zijn gemak en benadrukt dat deze baas over het eigen handelen zal blijven.

Daarnaast maakt de therapeut een inschatting of de indicatie past binnen het referentiekader van de jongere. De taal waarin de indicatie gesteld is, is voor de jongere vaak moeilijk te begrijpen. De muziektherapeut vertaalt de indicatie naar een muziektherapeutische werkwijze, zodat voor de jongere duidelijk wordt wat hij kan verwachten bij muziektherapie.

De therapeut is enerzijds eerlijk, vertelt over zichzelf, is duidelijk ten aanzien van doelen, hulpvraag en mogelijkheden binnen de muziektherapie. Ook worden de indiceringen openlijk besproken. Vanaf het begin wordt van de jongere zelfverantwoordelijkheid verlangd (zie ook Hutschemaekers e.a., (2006) over probleemeigenaarschap). Daarnaast wordt er ook onderhandeld. “What can I get out of it?”, is belangrijk voor de jongere. Een eerste rondgang door de muziekruimte met een vraag “Is er iets voor je bij?”, is daar onderdeel van. Inhoudelijk is er een eerste aanzet om de affiniteit met muziek te onderzoeken met vragen als: “Wat zou je willen?”, “Waar wil je aan proeven?” en “Laten we eens wat uitproberen.” Verder worden er impliciet en expliciet regels vastgesteld, zodat respect voor elkaar en het instrumentarium vanzelfsprekend zijn. In deze fase worden afhankelijk van de situatie diverse werkvormen gehanteerd. Voorbeelden zijn het onderzoeken en/of uitleggen van instrumenten en/of elektronische apparatuur, een experimentele improvisatie, het beluisteren van favoriete of juist onbekende muziek en het meer didactisch oefenen op een bepaald instrument.

4.3.2 De kerngebieden zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie

Voor de muziektherapeut is de muziek die de jongere samen met hem maakt het uitgangspunt, het belangrijkste aangrijpingspunt van de therapie. Natuurlijk maakt de therapeut ook op andere manieren contact, maar het specifieke van muziektherapie is dat hij handelt in de muziek. Terwijl hij dat doet legt hij de focus niet altijd op kerngebieden of stoornissen. Je zou kunnen spreken van een methodische naïviteit, tenminste vanuit het perspectief van een rationeel geprotocolleerd denkkader. Het is belangrijk om in gedachten en in de oren te houden dat muziek de ruggengraat van de muziektherapie is. Zo kan wellicht het beeld ontstaan van een muziektherapeut die reactief – reagerend op de probleembeschrijving van de jongere – een strategie bepaalt. Niets is minder waar.

De muziektherapeut is niet naïef, hij zet bewust het muzikale contact en de drang van jongeren om creatief en expressief bezig te zijn in. In de creatieve expressie en binnen dit contact komen ook de problemen aan de orde, die vervolgens inderdaad terug te vinden zijn in de indicatie. Maar het is belangrijk om de volgorde vanuit het perspectief van de muziektherapeut voor ogen te houden.

Het onderstaande voorbeeld kan duidelijk maken hoe de muziektherapeut dagelijks handelt en hoe binnen deze behandeling problemen en kerngebieden vanzelfsprekend aan de orde komen. Het is ook belangrijk om te blijven zien dat de kerngebieden niet los van elkaar, maar in een dynamische wisselwerking met elkaar aan de orde komen. Deze wisselwerking kan beschreven worden met de mediumdriehoek (Kurstjens & Baerends, 2006), een beeld waarmee duidelijk wordt dat de kerngebieden binnen de muziektherapie niet als losstaande fenomenen worden gezien.

De muziektherapeut reageert op (de muziek van) de jongere, want die is concreet en niet op zijn zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie, want dat zijn theoretische constructen.

Fabio komt binnen en wil graag een rap maken. Nou ja, hij zegt: “Ik gá een rap maken”. En hij wil ook de beat zelf maken, nadat de muziektherapeut hem op deze mogelijkheid gewezen heeft. Hij is geïnteresseerd in de mogelijkheden om zelf een beat¹⁹ te maken “want het is toch chill²⁰ als ook de beat van jou zelf is”. De muziektherapeut legt Fabio uit hoe dat proces in zijn werk gaat. Het blijkt echter moeilijker dan hij dacht. Het vergt veel concentratie, het duurt lang voordat het resultaat er is en hij moet van tevoren ongeveer weten hoe hij het wil laten klinken. Hij probeert het, maakt een begin en laat vervolgens zijn plan varen. De muziektherapeut vraagt nog “Je wilde toch een eigen beat?”. Maar Fabio ziet het niet meer zitten en wil gaan rappen. De muziektherapeut laat hem kant-en-klare beats horen en Fabio kiest er daar één van. In de rap

¹⁹ Begeleidende muziek van de rap

²⁰ Gaaf, mooi, goed

komt een stortvloed aan “fuck justitie, bitches, ho’s, gun’s en nigga’s”²¹ voorbij. Hij wordt duidelijk actief als hij rapt. Hij gaat erin op, verheft zijn stem en komt letterlijk en figuurlijk in beweging. De muziektherapeut geeft aan dat hij dit wel mag rappen, maar dat hij dit niet op cd kan meenemen aan het einde van de therapie. Er zijn normen die de muziektherapeut daarvoor hanteert. Straattaal, “fuck justitie” en vrouwonvriendelijke teksten zijn niet toegestaan. Fabio gaat in discussie, maar de muziektherapeut is onvermurwbaar. Fabio past zijn tekst aan, want hij wil graag een mixtape²² maken. De rap gaat nu over “in jilla zitten”²³ en de beat van het nummer “locked-up” van een bekende rapper past daar goed bij. De muziektherapeut wordt nu producer²⁴. Hij geeft stevige kritiek op de manier waarop Fabio rapt: “De intentie moet echt veel beter overkomen”. Take op take²⁵ volgt. Fabio wordt steeds energiever en dat is ook te horen op de opnames, hij is er zelf ook tevreden over. Dit is zowel volgens de muziektherapeut als volgens Fabio een mooi resultaat.

In dit realistische voorbeeld zijn alle kerngebieden gemakkelijk terug te vinden:

- zelfbeeld (het is chill als de beat ook van mijzelf is, de wens om een eigen cd te maken)
- emotie (de interventie van de muziektherapeut maakt dat Fabio met meer emotionele betrokkenheid gaat rappen)
- interactie (de muziektherapeut gebruikt de interactievorm producer-artiest om de eerste samenwerking vorm te geven, en van daaruit kan hij kritiek leveren)
- cognitie (in de rap zijn cognities van Fabio over vast zitten te horen)

In de volgende paragrafen zijn de voor de overzichtelijkheid kerngebieden apart beschreven, zodat zichtbaar wordt hoe de muziektherapeut inspeelt op problemen die zich op dat gebied afspeelen. Maar de werkelijkheid van de muziektherapeut is dynamischer en muzikaler dan dat, kerngebieden gaan vaak samen.

In de later volgende indeling per kerngebied wordt steeds gestart met een beschrijving van het betreffende kerngebied dat in dit project als uitgangspunt wordt genomen en vervolgens wordt toegelicht hoe bij muziektherapie dit kerngebied hoorbaar wordt.

4.3.3 Rationale

²¹ Straattaal: vrouwen, prostituees, wapens en zwarte mensen

²² Demo-cd, vaak wordt de eerste cd waarop een rapper zich presenteert zo genoemd

²³ Vast zitten

²⁴ Diegene die de opname leidt en de artiest feedback geeft op zijn prestatie

²⁵ Opname na opname

De meeste jongeren hebben wel iets met muziek, maar minder met therapie. Ze hebben allemaal hun favoriete muziek, vaak met als achtergrond een peer-group of subcultuur. Luisteren naar muziek is een laagdrempelige ingang om een eerste ingang te bieden voor therapie. Dit biedt veiligheid. Men hoeft zich niet direct actief bloot te geven maar geeft wel een eerste persoonlijke bijdrage in de therapie. Een andere mogelijkheid is het verkennen van de ruimte, het uitproberen van de diverse muziekinstrumenten, vragen kunnen stellen hoe iets werkt of bespeeld moet worden.

Van hieruit kan de therapeut eerste sturingen maken die relevant zijn voor het opbouwen van de alliantie en het specifieker worden van de probleemgebieden in relatie met de indicering. Vanuit deze situatie kan dan een muziektherapeutische doelstelling worden ontworpen.

Er wordt gewerkt IN het medium, in de muziek. De muziek die gemaakt wordt is niet een middel om het over buitenmuzikale ervaringen te hebben of onbewuste drijfveren bewust te maken. Het handelen en doen, experimenteren en contact krijgen met de affecten in de muziek zelf is van belang. Hierdoor komt het tot de herkenning van de eigen expressie en beleving.

Werken MET de muziek is minder vanzelfsprekend. Bij werken MET muziek is de muziek meer een aanleiding om tot een gesprek over gedrag en de achterliggende symboliek te geraken. Werken IN de muziek is een benadering waarbij steeds een terugkoppeling plaatsvindt naar de ervaring in het muzikale handelen.

Het *analoge procesmodel* (Smeijsters, 2006) is hier een belangrijk theoretisch kader. De centrale begrippen uit het analoge-procesmodel zijn de 'vitality affects' (Stern, 1985/2000, 2004, 2010), het 'kernzelf' (Damasio, 2003, 2010) en 'analogie' (Smeijsters, 2008c). In het vormgevend bezig zijn in de muziek, worden patronen hoorbaar die overeenstemmen met psychische patronen (vitality affects) die kenmerkend zijn voor het kernzelf. Muzikale vormgeving laat in muzikale klanken horen hoe iemand denkt, voelt en handelt. De muzikale patronen waarin het denken, voelen en handelen zich uit kunnen (h)erkend worden in het dagelijkse denken, voelen en handelen.

De therapeutische relatie met de jongere is een alliantie. Dit is een intensivering en verfijning van de samenwerking die past binnen de gesloten context. Zoals eerder opgemerkt is de jongere niet vanzelfsprekend gemotiveerd. Om toch tot een zinvolle invulling van de therapie te komen is er extra aandacht nodig ten aanzien van de eigen verantwoordelijkheid van de jongere. Hij moet zich medeverantwoordelijk voelen, probleemeigenaar worden (Hutschemaekers e.a., 2006) in de therapie. Dit cruciale aspect voor het welslagen van een optimistische werkrelatie kan ook onderbouwd worden met het begrip "Leiden können" uit de *morfologische muziektherapie* (Tüpker e.a., 1996). Het dubbelbegrip impliceert zowel "iets kunnen verdragen van pijn" alsook dit "aan kunnen gaan, erkennen," in de therapie. Dit vraagt aandacht voor het opbouwen van een zinvolle en vruchtbare samenwerking. Een en

ander is nader belicht in de paragraaf over de therapeutische alliantie in deze handleiding zoals al eerder beschreven.

De benadering vanuit *empowerment* (Smeijsters, 2008a/2010; Hutschemaekers e.a., 2006) is ook een belangrijk perspectief. Dit betekent een benadering van de jongere vanuit zijn kracht. Waar liggen zijn fascinaties, waar liggen zijn (muzikale) mogelijkheden? Het is van belang deze te ontdekken en als voorgrond te kiezen voor werkvormen, werkwijzen en technieken.

De productgerichte focus op een RAP of een Song in de muziektherapie van de jongere heeft zijn onderbouwing in de kracht van het verhaal, de narratieve. De jongere kan binnen het kader van de muzikale vorm zijn verhaal kwijt. Hiermee ontstaat een herkenning, een beleefd zelfbeeld. Ook maakt hij een persoonlijk statement naar zijn omgeving. Verder geeft het de opening voor een emotionele expressie in een vorm die adequaat en functioneel is.

De therapeut is de procesbewaker. Het proces is dan ook belangrijker dan het uiteindelijke product. Voor de jongere staat dit in deze werkcontext echter minder op directe voorgrond.

Deze procesfocus is vooral IN de muziek gecentreerd. In het proces staan muzikale dictie en articulatie, en niet tekstuele inhoud op de voorgrond. Juist de vormgeving in de muziek maakt dat een en ander persoonlijk wordt en identiteit en zeggingskracht krijgt (Kurstjens, 2010).

4.3.4 Werkwijzen

De werkwijzen die worden gehanteerd zijn:

Supportief	stabiliseren, steunen en activeren
Ortho(ped)agogisch	afstemmen, reflecteren, assimileren
Re-educatief	structureren, stimuleren, ombuigen, ontlokken, bekrachtigen
Palliatief	verminderen van (psychische) pijn, verliesverwerking

Werkwijzen krijgen vorm door middel van technieken (zie verderop) als: aansluiten en steunen, uitdagen, confronteren. De werkwijzen komen voort vanuit de therapeutische alliantie. In een hele therapie kan één van de werkwijzen gehanteerd worden, maar meestal is er tijdens het therapeutische proces sprake van faseringen en verschuiving van de ene naar de andere werkwijze. De palliatieve werkwijze heeft een wat aparte positie. Hier is vaak sprake van problematiek die verbonden is met rouw en verlies, trauma of existentiële problematiek. De werkwijzen worden nader toegelicht in de afzonderlijke hoofdstukken van de kerngebieden.

4.3.5 Werkvormen

Prominent binnen de werkvormen is het werken aan een product. In veel van de therapieën is een CD onderdeel van het eindresultaat. Binnen deze werkvorm zijn er vele variaties. Zo kan

er doelgericht aan een rap worden gewerkt, er kan gewerkt worden aan songwriting of er wordt muziek gecomponeerd. Binnen het maakproces wordt gewerkt met experiment, improvisatie en receptieve werkvormen. Ook iets instuderen en het leren bespelen van een instrument zijn onderdelen. Wat precies het eindproduct is en hoe er aan gewerkt wordt is afhankelijk van de jongere en de alliantie. In de onderdelen per kerngebied worden voorbeelden gegeven van te gebruiken werkvormen. Het product is de focus van de jongere, de therapeut is de procesbewaker.

4.3.6 Technieken

Definitie

Een techniek wordt hier opgevat als een muzikale handeling of interactie die de muziektherapeut inzet om een directe reactie bij de jongere op te roepen of om zijn ervaring vorm te geven (Bruscia, 1987).

Om de toegepaste technieken te beschrijven is gekozen voor een matrix (zie tabel 4.1). Horizontaal staan muzikale componenten beschreven, waarbinnen de muziektherapeut zijn techniek kan uitvoeren. Verticaal is een indeling van doelstellingen gebruikt, waarin de indeling in verschillende werkwijzen is terug te herkennen. Aansluiten & Steunen zal binnen een supportieve werkwijze veel worden gebruikt en Uitdagen en Confronteren zullen binnen een ortho(ped)agogische en re-educatieve werkwijze worden toepast. Het is belangrijk om te beseffen dat het hier gaat om doelstellingen op microniveau en niet over doelstellingen van een hele sessie of therapie.

Tabel 4.1 *Matrix toelichting op de muzikale componenten*

	Aansluiten & Steunen	Uitdagen	Confronteren
Ritme	bevestigen onderbouwen	versnellen vertragen	verschuiven onregelmatig maken zwaar accent op lichte tel geven "tegengestelde" maatdeling spelen
Harmonie	regelmatig schema spelen, akkoorden met brede betekenis spelen (bv. kwartakkoorden)	harmonische beweging uitbouwen	dissonante harmonie spelen atonaliteit gebruiken
Melodie	parafraseren	uitbouwen	Herhalen
Dynamiek	dynamische bewegingen	dynamische bewegingen	dynamische bewegingen

	volgen	uitbreiden	spiegelen, niet volgen
Timbre & Instrumentatie	zelfde timbre of instrument kiezen	vergelijkbaar timbre of instrument kiezen	contrasterend timbre kiezen
Vorm	muzikale cues geven, repertoire spelen	de jongere cues laten geven	werken vanuit stilte zonder verdere afspraak cues negeren

Ritme (variatie in tijd): ritme moet hier gezien worden als een containerbegrip voor de volgende muzikale fenomenen: tempo (snelheid van het muziekstuk), maat en ritme (variatie in toonduur).

Harmonie (samenklank en harmonische beweging): wanneer minimaal 2 tonen samenklinken is er sprake van harmonie. In dit verband wordt harmonie opgevat als het omgaan met samenklanken. Samenklank kan bijvoorbeeld dissonant (onwelluidend) of consonant (welluidend) zijn.

Melodie (variatie in toonhoogte): hieronder worden begrepen de toonvolgorde, herkenbare muzikale fragmenten, muzikale intervallen en modulatie.

Dynamiek: dynamiek wordt begrepen als het in de tijd verlopende verschil in klanksterkte. Voorbeelden zijn: crescendo (sterker worden), decrescendo (zachter worden) en sforzando (plotseling sterker worden).

Timbre en instrumentatie (variatie in (boven)toonkwaliteit): het gaat hier om het algemene verschijnsel klankkleur. De muziektherapeut kan variëren in klankkleur door zijn speelwijze op een bepaald instrument te veranderen. Denk bijvoorbeeld aan een warme of meer schelle klank op een gitaar. De muziektherapeut kan ook door een ander instrument te kiezen het timbre veranderen. Een bepaald ritme klinkt anders als het op een drumstel of een woodblock wordt gespeeld.

Vorm: hierbij wordt bijvoorbeeld gedacht aan de wijze van beginnen en eindigen. Gaat dat met een duidelijke afspraak of niet? Worden onderdelen van het muziekstuk herhaald? Ligt de vorm van tevoren vast of is er specifiek ruimte voor toeval en experiment? Is er sprake van een couplet-refrein-vorm of wordt een rondovorm gebruikt?

De muzikale component vorm is overkoepelend, dat wil zeggen dat de vorm in alle andere muzikale componenten zijn uitwerking kan hebben.

De – muzikale – technieken zullen door de muziektherapeut binnen elk kerngebied worden toegepast. Als er sprake is van technieken, die specifiek zijn voor een kerngebied, dan worden deze per kerngebied apart beschreven.

4.3.7 Generalisatie

De doelstelling van muziektherapie binnen een JJI is het verminderen van het recidiverisico. Het recidiverisico wordt gemeten met de SAVRY (Lodewijks, 2008). Het recidiverisico vermindert als risicofactoren zwakker en protectieve factoren sterker worden.

Analogie van de risicofactoren

Om aannemelijk te maken dat de muziektherapie effect heeft op de risicofactoren heeft de muziektherapeut de volgende aannames:

1. De problematiek die risicofactor was voor het plegen van het delict, bijvoorbeeld gebrekkige coping, is in theorie behandelbaar binnen de muziektherapie.
2. De problematiek is behandelbaar binnen de muziektherapie, omdat eenzelfde problematiek in de muziektherapie hoorbaar en zichtbaar wordt.
3. In de situatie waarin de muziektherapeut en de jongere het probleem aan den lijve ondervinden:
 - a) leert de muziektherapeut de jongere vaardigheden, zodat hij in de muziek beter met dit probleem kan omgaan.
 - b) helpt de muziektherapeut de jongere om zijn typische vormgevingspatronen eerst in de muziek en vervolgens (analoog hieraan) in de dagelijkse praktijk te herkennen en veranderen.
 - c) vermindert het probleem, doordat de jongere een corrigerende emotionele ervaring heeft.
4. De muziektherapeut stimuleert de jongere actief om aangeleerde vaardigheden toe te passen in het dagelijks leven.

Het verband tussen de risicofactoren uit de SAVRY en de kerngebieden die behandeld kunnen worden met muziektherapie wordt in het onderstaande schema 4.2 weergegeven (zie ook elders in dit boek).

Tabel 4.2 Het verband tussen de risicofactoren uit de SAVRY en de kerngebieden die behandeld kunnen worden met muziektherapie

Problematiek	Kerngebied	Savry: Risicofactor	Savry: Protectieve factor
Faalangstig Zelfoverschatting Gebrekkig zelfinzicht	Zelfbeeld: Onrealistisch zelfbeeld	11: Omgang delinquente leeftijdsgenoten 17: Negatieve opvattingen	P6 Veerkrachtige Persoonlijkheid
Tekorten in woedebeheersing Depressiviteit Stress c.q. weinig copingvaardigheden Weinig impulscontrole	Emoties: Emotionele problemen	13: Stress en gebrekkige coping 18: Impulsiviteit en riskant gedrag 20: Problemen met hanteren boosheid	P6 Veerkrachtige persoonlijkheid

Gebrek aan sociale vaardigheden Gebrek aan empathisch vermogen Egocentrisme/gebrek aan sociale perspectiefname Geen grenzen kunnen aangeven	Interactie: Problemen met interactie	11: Omgang delinquente leeftijdsgenoten 12: Afwijzing door leeftijdsgenoten 21: Gebrek aan berouw en empathie	P1: Prosociale betrokkenheid P4: Positieve houding tov autoriteit en interventie
Disfunctionele denkgewoonten Onjuist generaliseren Aandachtstekort en concentratieproblemen	Cognities: Problemen met cognitieve	12: Afwijzing door leeftijdsgenoten 17: Negatieve opvattingen 22: ADHD-problematiek	P4: Positieve houding tov autoriteit en interventie

Voorbeeld m.b.t. risicofactor “problemen met het hanteren van boosheid”:

1. Een jongere scoort hoog op de risicofactor “problemen met het hanteren van boosheid”. Omgaan met boosheid is een probleem waarvoor de muziektherapeut een aanbod kan doen. Zie hiervoor het onderdeel “Kerngebied Emotie” in deze handleiding.
2. De muziektherapeut gaat aan het werk met de jongere en observeert. Hij onderzoekt op welke wijze het probleem binnen de muziektherapie hoorbaar en zichtbaar wordt. De muziektherapeut plaatst de jongere in situaties waarin boosheid wordt opgeroepen en observeert vervolgens zijn reactie. Boosheid kan bij muziektherapie opgeroepen worden doordat muziek an sich deze emotie kan weergeven en evoceren (referentie). Daarnaast kan de muziektherapeut situaties creëren waarbinnen de jongere deze emotie kan gaan ervaren, bijvoorbeeld het mislukken van een opdracht of grensoverschrijding.
3. Als de problematiek zo wordt opgeroepen, kan de muziektherapie op verschillende manieren verandering van gedrag, afzwakking van de risicofactor binnen de muziektherapie bewerkstelligen:
 - De muziektherapeut duidt de problematiek, zodat inzicht in de problematiek kan ontstaan.
“Je gaf eerst aan dat er niets aan de hand was, maar het was aan jouw lichaamssignalen te zien dat je frustratie ervoer. Nu herken je dat beter”.
 - De muziektherapeut leert de jongere nieuwe vaardigheden aan, zodat hij in toekomstige situaties beter met de problematiek kan omgaan.
“Als je merkt dat je gefrustreerd raakt kun je beter even stoppen met waar je mee bezig bent en iets anders ontspannends gaan doen. Zo voorkom je dat je verder gefrustreerd raakt”.

- De muziektherapeut helpt de jongere om typische vormgevingspatronen te herkennen.
“Als je muziek gaat maken ben je heel erg bang om fouten te maken, dat lijkt op jouw faalangst die je in het dagelijks leven kan hebben.”
 - Indien de muziektherapeut een belangrijke ander voor de jongere is geworden kan een corrigerende emotionele ervaring plaatsvinden.
“De jongere uit zijn boosheid naar de therapeut er merkt dat dat niet beschadigend is voor de relatie. Hij krijgt zo meer vertrouwen in zichzelf en anderen.”
4. De muziektherapeut stimuleert de jongere om de nieuwe ervaring, het nieuwe inzicht of de nieuwe vaardigheden in verband te brengen met dagelijkse ervaringen, situaties buiten de therapie.
“Je hebt nu hier geleerd hoe je met jouw frustratie kunt omgaan. In welke situatie kun je dit komende week op de groep toepassen?”
 5. De muziektherapeut zal toetsen of de nieuwe ervaring, het nieuwe inzicht of de nieuwe vaardigheden ook buiten de muziektherapie, in het dagelijks leven op de groep effect hebben. Dit doet hij door gesprekken met de jongere, gesprekken met de mentor en het evalueren van de dagrapportage en behandelplanbesprekingen.

4.4 Zelfbeeld

Binnen deze handleiding muziektherapie komt zelfbeeld aan de orde als ‘zelfvertrouwen’ en ‘identiteit’.

Zelfvertrouwen

Het maken van muziek roept ervaringen op van zekerheid of onzekerheid over het eigen handelen. Het kan zijn dat tijdens de intake of de eerste fase van therapie duidelijk wordt dat een jongere een te negatief of een te geflatteerd beeld heeft van zijn mogelijkheden. Vaak is er dan sprake van een analogie met het dagelijks leven: jongeren die in het algemeen onzeker zijn over hun handelen, zijn dat meestal ook in de muziektherapie. Uitzonderingen hierop zijn jongeren met specifieke muzikale vaardigheden .

Muziektherapie kan jongeren helpen een realistisch zelfbeeld te ontwikkelen door hen te confronteren met hun mogelijkheden en onmogelijkheden.

Identiteit

Muziek is een belangrijk middel waarmee jongeren uitdrukking geven aan hun identiteit. De muziek die jongeren luisteren vertelt wat over hen. Uit onderzoek blijkt dat jongeren in te delen zijn in ‘luistertypes’ die muziek op een bepaalde manier gebruiken om uitdrukking te geven aan hun identiteit en hun stemming te beïnvloeden (Mulder, 2008). De toename van interesse in muziek tijdens de adolescentie blijkt uit de toename aan tijds- en geldinvestering van jongeren in deze levensfase. De muziek die jongeren binnen muziektherapie maken draagt de kenmerken van hun identiteit. Dit blijkt uit de voorkeur voor een bepaald

instrument, een bepaalde speelstijl, een bepaalde rol in de muziek. Hun identiteit toont zich in de muziek.

Daarnaast kan muziek specifiek ingezet worden om het zelfbeeld van de jongere uit te drukken. Dit gebeurt bijvoorbeeld als de jongere zegt: “Dat nummer gaat over mijn leven” of “Ik ben meestal zoals de bassist in een band, iedereen kan op mij bouwen”.

Muziektherapie kan jongeren helpen om uitdrukking te geven aan hun identiteit en deze te onderzoeken.

4.4.1 Doelen

Kerdoel **Verbeteren van het zelfbeeld**

Subdoelen

- Het versterken van het zelfrespect, de eigenwaarde en het zelfvertrouwen van de jongere
- De jongere realistischer leren kijken naar zichzelf en de eigen vaardigheden
- De jongere de mogelijkheid bieden om delen van zijn levensverhaal te reconstrueren

4.4.2 Werkwijzen

Supportief

De muziektherapeut versterkt het zelfvertrouwen van de jongere door gericht een beroep te doen op basale muzikale vaardigheden waar in principe ieder mens over beschikt. De muziektherapeut zorgt voor een muzikale context waarbinnen mislukken - in de beleving van de jongere - niet mogelijk is. De muziektherapeut heeft een ondersteunende attitude en bekrachtigt behaalde resultaten.

Ortho(ped)agogisch

De muziektherapeut creëert een context waarbinnen de jongere vaardigheden kan oefenen. Enerzijds moet de jongere zich veilig genoeg voelen om muzikaal te handelen, anderzijds moet de jongere voldoende uitgedaagd worden. De muziektherapeut draagt zorg voor een zachte confrontatie van de jongere met zijn mogelijkheden en onmogelijkheden. Een voldoende gevestigde therapeutische alliantie is van belang bij deze werkwijze. Deze moet sterk genoeg zijn, zodat de muziektherapeut kan aansturen op een werkzame spanning tussen de reële mogelijkheden van de jongeren en het beeld dat hij of zij daarvan heeft (Verhofstadt-Denève, 2007).

Re-educatief

De muziektherapeut creëert een context waarbinnen de jongere gelegenheid krijgt in de muziek, maar ook verbaal uitdrukking te geven aan zijn identiteit. Omdat identiteit vaak in woorden tot uiting komt is dit thema erg duidelijk bij rapmuziektherapie. Jongeren gebruiken rap om duidelijk te maken hoe zij zaken beleefd hebben, beleven of hoe zij over zaken denken. Hier ligt een sterke verbinding met het kerngebied emotie, omdat belangrijke elementen van de identiteit altijd sterke emotionele betekenis hebben.

Ook instrumentale (gecomponeerde of geïmproviseerde) muziek kan gezien worden als een uiting van identiteit. Dat kan binnen de narratieve context van een levensverhaal of door de titel van stuk, maar ook de muziek op zich heeft betekenis voor de identiteit. Speelt iemand graag alleen rustige, zachte muziek of speelt iemand juist graag heftige rock met elektrische gitaar of drumstel? Het is duidelijk dat hier een sterke verbinding met het kerngebied emotie aanwezig is.

De muziektherapeut heeft een explorerende attitude. Deze attitude vraagt om een therapeutische alliantie waarbinnen expliciet en impliciet toestemming gegeven wordt door de jongere om deze werkwijze te volgen. In de praktijk wordt sneller expliciet - "Ja ik ga akkoord met het behandelplan" - dan impliciet toestemming gegeven. Een tekort aan impliciete toestemming is merkbaar als de jongere weinig inhoud aanbrengt om het proces te laten verlopen.

4.4.3 Methoden

Existentieel dialectische ontwikkelingspsychologie

De muziektherapeut hanteert principes uit deze benadering – ontwikkeld door Verhofstadt-Denève (2007) – om jongeren te helpen tot een realistischer zelfbeeld te komen. Dat gebeurt door een constructieve crisis binnen het zelfbeeld van de jongere te veroorzaken, zodat een realistischer zelfbeeld ontstaat. De crisis bestaat er uit dat spanning ontstaat tussen verschillende delen van het zelf. Het zelf ontstaat door reflectie en antwoorden op de vragen:

- Wie ben ik?
- Wie zou ik willen zijn?
- Hoe zijn de anderen?
- Hoe zouden de anderen moeten zijn?
- Welke beeld hebben anderen van mij?
- Welk beeld zouden anderen van mij moeten hebben?

Bij problemen met het zelfbeeld is er vaak sprake van een spanning tussen: Wie ben ik? en Wie zou ik willen zijn? De muziektherapeut confronteert de jongere met deze vragen, zodat aanpassing van het zelfbeeld mogelijk wordt.

Een jongere zegt bijvoorbeeld: “Ik wil graag zingen” (Wie zou ik willen zijn?) “maar ik kan dat niet” (Wie ben ik?). De therapeut daagt de jongere uit om de eigen mogelijkheden wat zingen betreft te verkennen. Er ontstaat dan een constructieve spanning tussen het zelfbeeld (Ik kan niet zingen) en de realiteit (Ik kan best wel aardig zingen). Als resultaat hiervan past de jongere zijn of haar zelfbeeld aan, het zelfbeeld wordt realistischer.

Narratieve psychotherapie

De narratieve psychotherapie – zie Olthof en Vermetten (1994) – ziet therapie als een proces waarin cliënt en therapeut als personen met een deelnemend bewustzijn met elkaar zijn verbonden in een conversatie waarin zij gezamenlijk een werkelijkheid construeren waarover zijn het eens zijn en die bovendien een optie biedt op verandering.

De narratieve benadering ziet het zelfbeeld als een verhaal dat de mens over zichzelf vertelt: “Op de vraag wie wij zijn, antwoorden we met een verhaal. In dialoog vormen we ons verhaal: we selecteren, rangschikken en benoemen gebeurtenissen in een zinvol verband. Dit geeft ons een gevoel van continuïteit. Wanneer we worden getroffen door onbegrijpelijke, verdrietige, noodlottige of absurde voorvallen in ons leven, moeten we hierover ons verhaal kunnen ontwikkelen. Cliënten, c.q. jongeren, zien vaak geen perspectief meer en kunnen slechts een gefragmenteerd verhaal over zichzelf vertellen. Doordat de jongeren hun verhaal vertellen verandert het verhaal, dus ook het zelfbeeld. De muziektherapeut geeft de jongere de gelegenheid om door middel van muzikale werkstukken delen van zijn (levens)verhaal te vertellen. Dit gebeurt impliciet, doordat de jongere zich uitdrukt in muziek en expliciet doordat de jongere zich in tekst, rapteksten, songteksten of gedichten uitdrukt. Behalve het verhaal zelf – vervat in woorden – kan de jongere bij muziektherapie door gebruik te maken van muzikale middelen emotie en gevoel aan zijn verhaal toevoegen.

Rapmuziektherapie

Rapmuziektherapie is zeer bruikbaar vanwege de populariteit van deze muziekstijl bij jongeren. Er zijn twee benaderingen mogelijk. De benadering van Eligan (2004), gaat in op de tekst zelf die jongeren rappen. Daarnaast is er de muziektherapeutische methode (Hakvoort, 2008), waarbij het niet direct uitmaakt wat je rapt, maar hoe je rapt. De manier van emoties uiten en expressie is belangrijk. Deze methode sluit aan bij de interventietheorie (Smeijsters, 2010) die stelt dat veranderingen nodig zijn op het niveau van het voelend kernzelf en de somatische stempels.

4.4.4 Werkvormen

Werkvormen gericht op een eindproduct

Binnen de muziektherapie wordt vaak productgericht gewerkt. Het eindproduct – vaak een cd – waarmee de therapie wordt afgesloten draagt bij aan de identiteitsvorming en zelfvertrouwen van de jongere. De cd geeft weer: “Dit kan ik” en “Dit ben ik”. Doordat de

jongere zijn of haar eindproduct presenteert aan belangrijke anderen zoals een familielid, de mentor of een behandelcoördinator, wordt de werking van de muziektherapie versterkt.

Werkvormen gericht op het ervaren van handelingscompetentie

Binnen de muziektherapie wordt gewerkt met werkvormen die jongeren met een laag zelfvertrouwen helpen om zich competent te voelen. De werkvormen zijn zo ingericht dat de jongeren – ook zonder enige muzikale vooropleiding – muzikaal competent kunnen handelen. Kenmerkend voor deze werkvormen is de zeer hoge kans op succeservaringen. De kans op succes is groot omdat weinig technische vaardigheden vereist zijn en de werkvormen gemakkelijk te begrijpen en uit te voeren zijn.

Werkvormen gericht op het maken van een compositie

Binnen de muziektherapie wordt gewerkt met werkvormen die gericht zijn op het maken van een compositie. Dit kan een lied, rap of instrumentaal stuk zijn. In deze compositie werkt de jongere muzikaal en/of narratief een thema met betrekking tot zijn identiteit uit.

4.4.5 Technieken

Alle technieken, zoals deze in het begin van de handleiding zijn beschreven zal de muziektherapeut toepassen. Deze technieken zijn niet specifiek voor het kerngebied zelfbeeld.

Technieken die wel specifiek zijn voor het kerngebied zelfbeeld zijn:

- Complimenten geven over het behaalde resultaat
- De jongere confronteren met het (mogelijke) verschil tussen gestelde doelen en behaalde resultaten

4.5 Emotie

Emotie stuurt het denken, voelen en handelen. Denken, voelen en handelen gebeuren in een bepaald tempo, met een bepaald ritme, met een bepaalde dynamiek, in een bepaalde vorm. Als de jongere muziek gaat maken, wordt de wijze waarop hij denkt, voelt en handelt in de muziek hoorbaar. Op deze wijze wordt de emotie van de jongere op analoge wijze vertaald naar muzikaal gedrag (Smeijsters, 2005, 2006, 2008a/b/c).

Denken kan op de volgende manieren hoorbaar worden: chaotisch of gestructureerd, snel of langzaam. Voelen kan op de volgende manier: snel wisselend, gelijkblijvend, spontaan, ingehouden of juist explosief. Handelen kan op de volgende manieren gebeuren: snel, impulsief, ondoordacht of planmatig.

Je kunt denken, voelen en handelen niet los van elkaar zien, het samenspel tussen deze drie vinden we analoog in de muziek terug in de muzikale componenten (Hegi, 1999). De muzikale componenten *toonhoogte* (melodie), *ritme* (metrum/tempo/maat), *dynamiek*

(klanksterkte), *timbre* (klankkleur), *harmonie* (samenklank) en *vorm* maken het mogelijk dat emotie hoorbaar wordt in de muziek, zij vormen als het ware het medium waarin de emotie tot uiting komt. Dit doet zich niet alleen in het therapeutisch contact voor, maar is analoog aan muzikale processen en het alledaagse leven.

4.5.1 Doelen

Kerdoel **Beter kunnen omgaan met emoties**

Subdoelen

- De jongere leren om basisemoties (bang, boos, blij en bedroefd) bij zichzelf te herkennen
- De jongere leren om gradaties binnen een emotie te onderscheiden
- De Jongere helpen om zijn emoties te reguleren (zelfcontrole en frustratietolerantie vergroten, impulsiviteit verminderen en leren ontspannen)
- De jongere leren om uitdrukking te geven aan gevoelens en emoties

4.5.2 Werkwijzen

Supportief

Binnen de supportieve werkwijze komen doelstellingen als het verbeteren van de emotionele aanpassing, het bereiken van emotioneel evenwicht en het ontwikkelen van controlemechanismen voor emoties aan bod. Hierbij is de rol van de therapeut steunend. Hij waarborgt de veiligheid, heeft oog voor non-verbale reacties en uitingen van de cliënt en nodigt de cliënt uit tot samenwerking. De therapeut structureert, bevestigt bij oefeningen de (muzikale) inbreng van de cliënt en geeft actief leiding.

Ortho(ped)agogisch

Bij de ortho(ped)agogische werkwijze zijn de doelen: leren omgaan met emotionaliteit en ontwikkelen van emotionele vaardigheden. De rol van de therapeut is steunend en ontwikkelend: hij nodigt de jongere uit expressief te zijn en helpt het vermogen om expressief te zijn ontwikkelen.

Re-educatief

Bij de re-educatieve werkwijze worden het uiten en reguleren van emoties en het vergroten van de frustratietolerantie als doelen nagestreefd. De rol van de therapeut is directief-klachtgericht: hij structureert en corrigeert door zijn muzikale inbreng, is direct (directief), en focaal-inzichtgevend: hij is empathisch confronterend en stuurt aan op innerlijke conflict(en).

Palliatief

Binnen de palliatieve werkwijze zal verzachten van emotionele pijn (trauma) het doel zijn en is de rol van de therapeut lichamenlijk en psychisch gericht. Hij heeft oog voor de lichaamstaal van de cliënt (*zweten, beven*, spanning en ontspanning) en is nadrukkelijk gericht op de (lichamelijke) beleving (gelaatsuitdrukking, houding, gebaren) in het hier en nu. Deze lichamenlijke signalen hebben een direct verband met de gevoelens die de cliënt in het kernzelf (Damasio, 2003). Daarnaast helpt de therapeut bij het vormgeven, verkennen en verwerken van het trauma. Doordat de jongere zijn beleving van het trauma vormgeeft in een muzikaal narratief kan het hanteerbaar worden.

4.5.3 Methoden

Gebruikt wordt een combinatie van muziek- en therapeutische en andere methoden.

Als Hiphop als muziekstijl aansluit bij de belevingswereld van de jongere(n) is *Rapmuziektherapie* zeer bruikbaar. In deze methode maakt het niet direct uit wat je rapt, maar hoe je rapt (Hakvoort, 2008). De manier van emoties uiten is belangrijk. Deze methode sluit aan bij het eerder genoemde analoge-procesmodel.

Een andere insteek is de methode die Eligan (2004) beschrijft in zijn boek 'Rap Therapy'. Binnen de verbale psychotherapie gebruikt hij rapmuziek om problemen, die jongeren niet graag met volwassenen delen, toch bespreekbaar te maken.

Deze muziektherapeutische methoden worden gecombineerd met *Gedragstherapie*, waarbij men probeert ongewenste emoties te doen veranderen door een constructieve manier van emoties uiten en het *Competentiemodel*, waarbij men gebruik maakt van de bestaande competenties van de jongeren en het versterken ervan.

4.5.4 Werkvormen

Werkvormen met een emotioneel speels karakter

Er zal een muzikaal spelgericht aanbod plaatsvinden, waarbij het doel is dat de jongere ontspant en plezier beleeft aan muziek maken. Mogelijkheden zijn: muziek beluisteren, coveren, componeren, spelen, zingen, rappen en beatboxen.

Werkvormen gericht op de waarneming

De muziektherapeut zet werkvormen in die de aandacht van de jongere richten op het hier-en-nu, zodat deze niet overspoeld wordt door emoties of ernstig dissocieert.

Werkvormen gericht op verdieping

De muziektherapie zet werkvormen in om bepaalde emoties aandacht te geven. Bijvoorbeeld door eenzelfde activiteit vanuit de vier basisemoties uit te voeren of door emotiesymbolen te koppelen aan muziekfragmenten.

Werkvormen gericht op het doorwerken van emoties

De muziektherapeut zet werkvormen in die een specifieke emotie oproepen. De jongere krijgt zo de mogelijkheid om met het reguleren van deze emotie te oefenen. Een van de mogelijkheden is om de jongere een te moeilijke muzikale opdracht te geven. Tegelijkertijd wordt de jeugdige mogelijkheden aangeleerd om zichzelf gerust te stellen.

Werkvormen om de psychische pijn te verzachten

Traumatische ervaringen van de jongere in muziek vormgegeven.

4.5.5 Technieken

Alle technieken, zoals deze in het begin van de handleiding zijn beschreven zal de muziektherapeut toepassen. Deze technieken zijn niet specifiek voor het kerngebied emotie, maar hebben wel allemaal een effect op de emotie. Als de muziektherapeut geleidelijk harder gaat spelen leidt dit bij de jongere tot een andere emotionele beleving dan wanneer de muziektherapeut geleidelijk zachter speelt. Als de muziektherapeut op een drumstel meespeelt leidt dit tot een andere gevoelservaring dan wanneer hij met een ritme-ei meespeelt.

Technieken die wel specifiek zijn voor het kerngebied zelfbeeld zijn:

- interesse tonen voor en (muzikale) informatie geven over de voorkeursmuziek van de jongere
- onderscheid maken tussen associatief, normatief en technisch luisteren
- benoemen van lichamelijke signalen die naar emoties kunnen verwijzen

4.6 Interactie

Interactie is een vanzelfsprekend aspect van muziek maken en dus van muziektherapie. De muzikant gaat in interactie met zijn medespelers. Hij luistert en kijkt naar hen, reageert daar op en ook het omgekeerde gebeurt. Daarnaast kan er binnen muziek sprake zijn van een rolverdeling, die invloed heeft op de interactie: de dirigent, de producer, de artiest of het bandlid. Muzikale, niet verbale interactie, is voor mensen vanzelfsprekend. De pasgeboren baby heeft de mogelijkheid met een “muzikale taal” met zijn moeder over zijn emoties te communiceren (Stern, 1985/2000; Honing, 2009). De vitality affects van de emoties krijgen vorm in muzikale klanken die door de ouders herkend en muzikaal beantwoord worden. Tenzij er sprake is van neurologische defecten kunnen deze mogelijkheden in muziektherapie worden aangesproken.

De muziektherapeut maakt gebruik van deze muzikale interactie van muziek om therapeutische doelen te bereiken. Omdat de muzikale interactie gelijk staat aan de interpersoonlijke ontmoeting op een doorleefd niveau, heeft muziektherapie belangrijke effecten in de relationele sfeer (Stern, 1985/2010; Smeijsters, 2010).

De muziektherapeut maakt gebruik van de laagdrempelige interactiemogelijkheden van muziek, om de jongere te helpen zich op een gemakkelijke wijze zichzelf tegenover de ander emotioneel te uiten. De muziektherapeut kan in de muzikale interactie een relatie met de jongere opbouwen. Hierbij moet wel gezegd worden, dat hoewel deze werkwijze vanuit het ontwikkelingsperspectief misschien laagdrempelig is, dit niet altijd zo wordt ervaren door de jongeren.

De muziektherapeut maakt gebruik van rolverdelingen zoals de verdeling producer (muziektherapeut) en artiest (jongere) om het voor de jongere gemakkelijk te maken een product te realiseren, waarin hij zichzelf kan uitdrukken. Door deze rolverdeling voelt de jongere zich vrijer om zichzelf uit te drukken.

De muziektherapeut maakt gebruik van improvisatievormen, zodat de jongere zich binnen deze werkvorm vrij kan bewegen. Zo kunnen eigen interactiepatronen van de jongere hoorbaar en zichtbaar worden, bijvoorbeeld de neiging om zichzelf steeds aan te passen. Deze werkvormen worden gebruikt om de jongere inzicht te geven in zijn interactiepatronen, maar ook om hem oefenruimte te bieden voor nieuwe interactiepatronen.

4.6.1 Doelen

Kerdoel **Het verbeteren van de interactie**

Subdoelen

- Het bekrachtigen van constructieve interactiepatronen
- De jongere helpen om inzicht te krijgen in problematische interactiepatronen
- De jongere stimuleren om nieuwe interactiepatronen toe te passen

4.6.2 Werkwijzen

Supportief

De muziektherapeut creëert een relationele en muzikale context waarbinnen de jongere uitgenodigd wordt om met de therapeut op speelse wijze de interactie aan te gaan. Eventuele moeilijkheden die de jongere heeft bij het aangaan van deze interactie worden door de muziektherapeut gecompenseerd. Een gebrek aan zelfvertrouwen wordt gecompenseerd door een setting waarbinnen mislukking niet mogelijk is. Een (overmatige) behoefte aan controle

wordt gecompenseerd door het aanbieden van een rol waarin de jongere deze controle kan uitoefenen.

De therapeut heeft bij deze werkwijze een ondersteunende attitude.

Ortho(ped)agogisch

De muziektherapeut creëert een context waarbinnen de jongere wordt uitgedaagd om met nieuwe interactiepatronen en 3 nieuwe rollen te experimenteren. Moeilijkheden die de jongere ondervindt in de interactie worden niet gecompenseerd, maar expliciet opgezocht. De muziektherapeut draagt er zorg voor dat de jongeren in een voor hem veilige setting nieuwe constructieve ervaringen opdoet.

De attitude van de therapeut is bij deze werkwijze confronterend en explorerend.

Re-educatief

De muziektherapeut heeft als doel dat de jongere binnen de therapie nieuwe interactiepatronen aanleert en deze in het dagelijks leven toepast. De muziektherapeut biedt een context waarbinnen de jongere door middel van muziektherapeutische oefeningen inzicht kan verkrijgen in zijn gedrag. Het hangt af van het probleeminzicht van de jongere in hoeverre het medium wordt ingezet om de jongere duidelijk te maken wat er met de probleemomschrijving, de indicatie bedoeld wordt. Vervolgens worden nieuwe interactiemogelijkheden binnen de muziek geoefend. De jongere wordt aangemoedigd om deze nieuwe mogelijkheden in het dagelijks leven op de leefgroep toe te passen. De attitude van de therapeut is bij deze werkwijze focaal inzichtgevend.

Individueel werken

In de JJI en de Gesloten Jeugdzorg wordt voornamelijk individueel gewerkt met muziektherapie. De reden is dat er op deze wijze een laagdrempelige en veilige setting voor de jongere wordt gecreëerd. Nadeel kan zijn, dat onderlinge interactiepatronen van jongeren zo niet geobserveerd en behandeld kunnen worden.

4.6.3 Methoden

De muziektherapeut maakt in het actief muziek maken gebruik van de interactietechnieken van Bruscia (1987) om de interactie tussen de muziektherapeut en de jongere zoals deze hoorbaar wordt in de muziek te sturen. Daarnaast maakt hij gebruik van de Roos van Leary (Leary, 1957) om binnen de samenwerking met de jongere de interactie te sturen. Door te werken met de Roos van Leary kan hij aansluiting zoeken bij de jongere of door bewust zijn interactiestijl te kiezen het gedrag van de jongere beïnvloeden.

4.6.4 Werkvormen

Werkvormen gericht op het aansluiten bij de interactiepatronen van de jongere

De muziektherapeut sluit bij deze werkvormen aan bij interactiepatronen die voor de jongere bekend, vertrouwd en veilig zijn. Daarvoor maakt hij gebruik van interactiepatronen die gebruikelijk zijn binnen muzikale activiteiten zoals het leren bespelen van een instrument en de samenwerking tussen producer en artiest.

Werkvormen gericht op het inzicht in interactiepatronen

De muziektherapeut biedt werkvormen aan die interactiepatronen van de jongere inzichtelijk maken. Binnen de muziek worden situaties geënceneerd die analoog zijn aan situaties die de jongere in het dagelijks leven meemaakt. Doel van deze werkvormen is het uitlokken en inzichtelijk maken van interactiepatronen.

Werkvormen gericht op het oefenen van nieuwe interactiepatronen

De muziektherapeut biedt de jongere door middel van muziektherapeutische oefeningen de gelegenheid te oefenen met nieuwe interactiepatronen. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan oefenen met leiding nemen en leiding ontvangen. Tevens kunnen binnen deze groep werkvormen specifieke sociale vaardigheden geoefend worden.

4.6.5 Technieken

Alle technieken, zoals deze in het begin van de handleiding zijn beschreven zal de muziektherapeut toepassen. Deze technieken zijn niet specifiek voor het kerngebied interactie, maar hebben wel een effect op de muzikale interactie. Als de muziek van de therapeut mooi past bij de muziek die de jongere speelt, geeft dat een andere beleving van de interactie dan wanneer het spel van de therapeut dissonant klinkt bij de muziek van de jongere.

Voorbeelden van technieken die wel specifiek zijn voor het kerngebied interactie zijn:

- de analogie benoemen tussen interacties in de muziek en interacties op de groep
- een specifieke rolverdeling toepassen: dirigent, producer, artiest of bandlid
- in lichaamshouding de status “boven” of “onder” aannemen.

4.7 Cognitie

Naast taal is muziek, door haar opbouw en samenhang, het opslaan van informatie in het geheugen, een fundamenteel aspect van de menselijke cognitie. Zonder cognitieve verwerking bestaat muziek niet (Honing, 2009). Muziektherapie kan zich richten op de cognitieve en

structureerbare vermogens van de jongere. Dit is vooral van belang wanneer deze zijn aangetast, bijvoorbeeld door psychoses.

Met muziektherapie is het mogelijk contact te maken met een jongere als andere wegen afgesloten zijn. Dit kan het geval zijn als cognitieve en verbale vaardigheden weinig ontwikkeld of zelfs geheel afwezig zijn, maar ook wanneer een jongere overmatig rationaliseert.

Het kerngebied cognities heeft bij muziektherapie de minste prioriteit. De interventietheorie gaat ervan uit dat dit kerngebied door de cognitieve gedragstherapie wordt behandeld. Een aantal werkvormen en technieken die de muziektherapeut toepast zijn echter wel te plaatsen binnen een cognitief gedragstherapeutisch kader. Er worden gedachtes uitgedaagd, er wordt gebruik gemaakt van exposure en gedrag wordt uitgelegd aan de hand van het 5G-model. Tijdens de therapie zijn er vele momenten waar aandacht wordt besteed aan de transfer van gedrag en opvattingen naar de situatie buiten de therapie. Daarnaast sluit de muziektherapeut indien mogelijk aan bij de algemene (cognitief gedragstherapeutische) methodiek YouTurn, die in alle justitiële jeugdinstellingen wordt toegepast. Muziektherapie heeft altijd impact op de cognities, maar de weg loopt meestal via de ervaring in de muziek.

4.7.1 Doelen

Kerdoel **Veranderen van disfunctionele cognities**

Subdoelen

- De jongere helpen om realistische opvattingen te ontwikkelen
- Verbeteren van de waarneming
- De jongere leren om de waarneming te objectiveren

4.7.2 Werkwijzen

Supportief

Binnen de supportieve werkwijze zullen de volgende doelstellingen van belang: het eigen aandeel in ontstane conflicten zien, het verbeteren van cognitieve aanpassingen, vergroten van het empathisch vermogen, het ontwikkelen van cognitieve controlemechanismen. Hierbij is de rol van de therapeut steunend (waarborgen van veiligheid, oog hebben voor non-verbale reacties en uitingen van de jongeren, de jongeren uitnodigen en aanmoedigen tot samenwerking) en structurerend (bevestigend zijn bij oefeningen en (muzikale) inbreng van de jongeren en actief leidinggeven).

Ortho(ped)agogisch

Bij de ortho(ped)agogische werkwijze wordt het ontwikkelen van cognitieve vaardigheden nagestreefd. Doelen zijn: bijdragen tot een betere waarneming, vergroten van het

concentratievermogen en de aandacht leren vasthouden. De rol van de therapeut is steunend en ontwikkelend.

Re-educatief

Bij de re-educatieve werkwijze zijn de doelen: veranderen van probleemgedrag, zichzelf leren structureren, zelf bewuste innerlijke conflicten oplossen, conditionele assumpties omzetten in positieve waarneming. Hierbij is de rol van de therapeut *directief-klachtgericht* (hij structureert en corrigeert door zijn muzikale inbreng, is direct (directief), maakt gebruik van humor) en *focaal-inzichtgevend* (hij is empathisch confronterend en stuurt aan op cognitieve disfuncties).

4.7.3 Methoden

Binnen de cognitieve therapie (Beck et al, 1979; Ellis & Backx, 1996) staan de cognities van de jongere, zoals zijn gedachten, fantasieën, herinneringen en opvattingen over gebeurtenissen centraal. Het is eigenlijk een kortdurende, gestructureerde therapievorm die op het heden en de toekomst gericht is.

Door cognitief georiënteerde trainingen tijdens de therapie en binnen allerhande huiswerkopdrachten toe te passen komt de jongere gaandeweg tot nieuwe gedachten en ander, positiever, gedrag.

Een nieuwe toevoeging aan de cognitieve therapie is de Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT). Hier staat niet de inhoud van de cognities ter discussie, maar wordt er gestreefd naar een andere houding tegenover gedachten, gevoelens en lichamelijke reacties. Deze houding kenmerkt zich door toelaten, niet-oordelen en acceptatie. De muziektherapeut past elementen uit deze therapievorm toe binnen muziektherapeutische oefeningen.

Door cognitieve therapie toe te passen binnen vormen van rapmuziektherapie en gebruik te maken van de competenties van de jongeren is de aansluiting bij de belevingswereld van de jongere gemakkelijker dan bij de louter verbale aanpak.

4.7.4 Werkvormen

De muziektherapeut maakt gebruik van werkvormen die weliswaar vanuit de muziektherapeutische praktijk zijn ontstaan, maar wel in een cognitief of cognitief gedragstherapeutisch kader beschouwd kunnen worden.

Een voorbeeld van de cognitief gedragstherapeutische techniek exposure:

Iets doen wat je eng vindt.

De muziektherapeut begeleidt de jongere bij het doen van iets, waarvan hij eerder inschatte dat hij het niet zou aandurven. Dit kan bijvoorbeeld het zingen van een lied voor anderen, of het presenteren van een eigen gemaakt muziek product zijn.

4.7.5 Technieken

Alle algemene muziektherapeutische technieken, zoals deze in het begin van de handleiding zijn beschreven zal de muziektherapeut toepassen. De muziektherapeut zal op deze wijze de muzikale ervaring van de jongere beïnvloeden. Deze technieken zijn dus niet specifiek voor het kerngebied cognitie en zijn ook geen 'cognitieve' technieken. De muziektherapeut zal in de gesprekken voorafgaand, eventueel tijdens en na de muziektherapeutische oefening wél gebruik maken van (gespreks)technieken die je specifiek cognitief zou kunnen noemen. Hierbij gebruikt hij ook cognitieve gedragstherapeutische technieken uit de basismethodiek 'YouTurn'.

Voorbeelden hiervan zijn:

- het uitdagen van cognities, het uitvragen van cognities die de muzikale ervaring bij de jongere heeft opgeroepen
- de jongere inzicht geven in de keten oorzaak (gedachten en gevoelens) en gevolg (gedrag)
- vragen: welke denkfout maak je nu?
- analogiseren: de jongere actief verbanden laten inzien tussen zijn gedrag in de therapie en de dagelijkse praktijk

HOOFDSTUK 5

REVIEW VAN KWALITATIEF EN KWANTITATIEF ONDERZOEK²⁶

Henk Smeijsters

5.1 Inleiding

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

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

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

5.2 Systematic review

Nji

Het Nederlands Jeugd Instituut (Nji) heeft, onafhankelijk van het RAAK project, een systematische review uitgevoerd naar het effect van creatieve therapie (Bartelink & Boendermaker, 2009). Er werd onder andere in PsychINFO, de Cochrane Collaboration en

²⁶ 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.

Campbell Collaboration gezocht. Kwaliteitscriteria die voor primaire studies werden aangelegd zijn: de aanwezigheid van een controlegroep (al dan niet gerandomiseerd), een duidelijk omschreven interventie, een heldere beschrijving van de statistische methoden, effectmaten en conclusies. Uit deze systematische review zijn voor het RAAK project die studies 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:
 - o "Music therapy"
 - o "Art therapy"
 - o "Dance therapy"
 - o "Movement therapy"
 - o "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 voorsnog 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	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.

			(n=23)		
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, opwinding, 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 eclecticische (ES=0,89), psychodynamische en humanistische benadering dan bij gedragsmodellen (ES=0,38).
Baker & Homan (2007)	Jonge zwarte delinquenten in opsluiting	Kwalitatief	Analyse van teksten, evaluatielijsten en interviews	RAP lessen boden jongeren de mogelijkheid door middel van positieve taal niet de negatieve aspecten van hun leven uit te drukken, maar juist de positieve. In de ogen van de respondenten nemen organiserend vermogen, zelfwaardering, reflectieve vermogens en productgericht werken toe. De toename van het 'creatieve zelf' leidt in de buitenwereld tot vriendschappen, respect en trots.
Krout (2007)	Delinquente adolescenten	Literatuur review	N.v.t.	Een van de besproken studies (Arnett, 1991) wijst uit dat 80% van de geïnterviewde mannelijke heavy metal fans (n=52) gitaar wil leren spelen. Turner (1996) wijst erop dat adolescenten een goede relatie opbouwen met een muziektherapeut die gitaar kan spelen. Kennedy (1998) onderzocht jongere delinquenten in de leeftijd van 12-19 jaar en stelde vast dat het leren van muzikale vaardigheden gecombineerd met cognitieve strategieën de zelfwaardering vergroot.

	Choi, Lee & Lee (2008)	Kinderen met zeer agressief gedrag (n=48)	Experimentele groep met groepsmuziektherapie (n=24) versus controlegroep zonder behandeling (n=24)	Child Behavior Checklist, Aggression Problems Scale (Parents), Child Aggression assessment Inventory (Teachers), Rosenberg Self-esteem Scale (Parents)	De muziektherapiegroep vertoonde op alle meetinstrumenten statistisch significante verbeteringen tussen voor- en nameting (minder agressie, meer self-esteem). In de controlegroep traden geen veranderingen op. De vergelijking tussen experimentele en controlegroep op de drie meetinstrumenten bij de nameting was telkens significant ($p < .001$ of $p < .05$).
Beeldende Therapie					
	Baillie (1998)	Gevangenis voor mannelijke jongeren tussen 17 en 21 jaar	Case studies	N.v.t.	De jongeren laten gevoelens toe en kunnen deze weergeven, breken door psychische blokkades, leren chaotische indrukken structureren, kunnen boosheid reguleren.
	Matto (2002)	Kinderen die ambulante en 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 pro sociaal 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.	<p>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%).</p> <p>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%), vermeerdert het gevoel van controle (55%), leidt tot meer tolerantie en acceptatie voor anderen (50%).</p>

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 meetinstrumenten, 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<p>Bij thema 'Kruitvat onder controle':</p> <ul style="list-style-type: none"> -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 <p>Bij thema 'Agressief':</p> <ul style="list-style-type: none"> -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.²⁷

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 agressie²⁸)

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

²⁷ Op de website van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie is een review beschikbaar van vaktherapie in de forensische psychiatrie met volwassenen.

²⁸ Alhoewel emotie niet identiek is aan agressie, is er in dit overzicht voor gekozen emotie en agressie bij elkaar te plaatsen.

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

Conclusie

De meta-analyse en het experiment bevinden zich op Niveau 2 van de hiërarchie die gehanteerd wordt bij de richtlijnontwikkeling van Trimbos/CBO²⁹. De case studies, hier opgevat als de interpretatie van de deskundige vaktherapeut, bevinden zich op Niveau 4.³⁰

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

²⁹ CBO staat voor: Centraal BegeleidingsOrgaan // Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg

³⁰ 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.

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

Overige bevindingen

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

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

Conclusie

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

5.3.3 Beeldende therapie

Onderzoeksmethode

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

Resultaten op probleemgebieden van delinquente jongeren

Zelfbeeld

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

Emotie

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

Interactie

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

Cognitie

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

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

Overige bevindingen

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

Conclusie

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

5.3.4 Dans-bewegingstherapie

Onderzoeksmethode

Er werd een meta-analyse gevonden met 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 correlatieve 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, correlatieve 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 correlatieve 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 gevalstudie.

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

Han Kurstjens & Henk Smeijsters³¹

6.1 Inleiding

In een bijeenkomst met de onderzoekers van de betrokken instellingen werd halverwege de looptijd van het onderzoek gebrainstormd over het onderzoeksdesign. Diverse designs werden besproken zoals de randomized controlled trial (RCT), quasi-experimentele opzetten, meervoudige case studies, veranderingsonderzoek, doelrealisatieonderzoek, de N = 1 methode en actieonderzoek.³² Uiteindelijk koos de meerderheid van de betrokken onderzoekers voor een meervoudige gevalstudie met proces- en effectevaluaties, zowel kwalitatief als kwantitatief.

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

6.2 Methode

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

6.2.1 Procesevaluatie

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

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

³¹ Met dank aan alle vaktherapeuten en jongeren die aan de uitvoering hebben deelgenomen.

³² Zie voor de diverse designs Van Yperen & Veerman (2008).

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

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

6.2.2 Programma-evaluatie

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

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

Tabel 6.1.1 geeft een overzicht van alle kwalitatieve en kwantitatieve momenten van dataverzameling.

Tabel 6.2.1 Evaluatiemomenten periode februari - september 2010

Week nr	OBSERVATIEPERIODE						Voormeting	BEHANDELINGSPERIODE										Namenlijst	
	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	X	

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

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

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

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

<p><i>Sessiebeoordelingslijst</i></p> <p>Vragen</p> <ul style="list-style-type: none">• Wat in de afgelopen sessie was het leukste? Waar voelde je je goed bij?• Waarom?• Wat was het spannendste?• Waarom?• Wat is je het meest bijgebleven?• Heb je iets nieuws geleerd / ontdekt? Denk aan:<ul style="list-style-type: none">○ Wat je in spel / muziek / beeldend / dans / beweging kunt maken○ Wat dit over jezelf zegt○ Hoe je je voelt○ Hoe je met anderen omgaat○ Hoe je over dingen en mensen denkt○ Hoe je over jezelf denkt○ Hoe tevreden je bent over wat je gemaakt / gedaan hebt (geef een cijfer tussen 0 en 10)○ Waarom je wel / niet tevreden bent• Wat in de afgelopen sessie was niet leuk? Waar voelde je je niet goed bij?• Waarom?

Naast de sessiebeoordelingslijsten werd na 10 vaktherapeutische behandlesessies een *Cliëntveranderingsinterview* afgenomen (CVI, ontleend aan het *Change Interview* van Elliott e.a., 2001). Het is een kwalitatief instrument, in te vullen door de vaktherapeut en cliënt en duurt 30 minuten (zie kader). Het *cliëntveranderingsinterview* werd door de vaktherapeut en jongere samen ingevuld. Van deze

gesprekken werden audio-opnamen gemaakt. De analyse gebeurde door de projectleider en de deelnemende therapeut.

<i>Cliëntveranderingsinterview</i>
Vragen
<ul style="list-style-type: none">• Wat uit alle sessies was het leukste? Waar voelde je je goed bij?• Waarom?• Wat was het spannendste?• Waarom?• Wat is je het meeste bijgebleven?• Wat in de sessies heeft je het meeste geholpen?• Heb je iets nieuws geleerd / ontdekt? Denk aan:<ul style="list-style-type: none">○ Wat je in spel / muziek / beeldend / dans / beweging kunt maken○ Wat dit over jezelf zegt○ Hoe je je voelt○ Hoe je met anderen omgaat○ Hoe je over dingen en mensen denkt○ Hoe je over jezelf denkt○ Hoe tevreden je bent over wat je gemaakt / gedaan hebt (geef een cijfer tussen 0 en 10)○ Waarom je wel / niet tevreden bent• Kun je dit gebruiken buiten de therapie?• Wat uit alle sessies was niet leuk? Waar voelde je je niet goed bij?• Waarom?• Waren er buiten de therapie andere positieve zaken?• Waren er buiten de therapie storende zaken?

6.2.3 Data-analyse

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

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

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

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

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

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

6.2.4 Respondenten

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

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

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

6.2.5 Discussie

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

Een nadeel van deze manier van evalueren is het verbale karakter. Deze jongeren zijn verbaal niet sterk. De meeste interviews duurden daarom heel kort en de data waren soms karig. Het laat wederom zien hoe belangrijk het is behalve een non-verbale en non-cognitieve behandeling voor deze jongeren ook een non-verbale/non-cognitieve vorm van evalueren te ontwikkelen.

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

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

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

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

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

6.3 Kwalitatieve resultaten muziektherapie³³

Aan dit uitvoerende praktijkonderzoek hebben twee muziektherapeuten deelgenomen. Ze zijn werkzaam in de JJI Het Keerpunt in Cadier en Keer en Den Hey-Acker in Breda. Bij elkaar hebben deze muziektherapeuten het onderzoek afgenomen bij zes jongeren die in behandeling waren. Het uitvoerende praktijkonderzoek is van start gegaan in juni 2010 en heeft geduurd tot 31 augustus 2010. Een behandeling bestond uit 5 observatie- en behandelsessies, een uit 7 sessies, vier behandelingen van 10 sessies en een observatietraject van 4 sessies. Dit observatietraject zal apart worden meegenomen in het onderzoek.

De therapeuten hebben bij de uitvoering allen de handleiding gevolgd (zie Hoofdstuk 4).

Het effectonderzoek naar muziektherapie heeft tijdens het onderzoeksproces enkele beperkende feiten moeten accepteren die de case load en het aantal opgevoerde therapieessies betreffen. Een van die beperkende feiten was de deadline voor het aanleveren van de data hetgeen een bijstelling van eerder gestelde doelen omtrent het aantal data tot gevolg had. De resultaten moeten in dit daglicht worden gezien. Daardoor zijn de kerngebieden in de behandeling minder gearticuleerd. De focus ligt vooral op de startfase van de therapie waar het vestigen van een werkrelatie centraal staat, en de gerichtheid op een centraal kerngebied nog in ontwikkeling is. Deze fase van tot stand komen van de therapeutische alliantie is, zoals uit eerder onderzoek bleek, wel een zeer belangrijk item in de muziektherapie.

De *data* bestaan in totaal uit :

- 51 procesverslagen van de muziektherapeuten
- 51 sessiebeoordelingslijsten
- 3 cliëntveranderingsinterviews aan het einde van de sessies
- 8 intervisiegesprekken

De kerncategorieën komen niet overeen met de kerngebieden gevonden in het pilotonderzoek (zie Hoofdstuk 2). De kerngebieden zijn wel terug te vinden in de resultaten, maar hebben een andere prioriteit binnen het geheel. In de data-analyse zijn de volgende kerncategorieën gevormd:

- De muziektherapeutische alliantie
- Zelfbeeld, met als subcategorieën:
 - Emotie
 - Interactie
 - Cognitie

³³ De deelnemende muziektherapeuten waren Frederik Esbach in Den Hey-Acker en Heinz Reumers in Stichting Jeugdzorg St. Joseph.

De onderstaande resultaten zijn gebaseerd op de data van de 5 cliënten die 7 of meer sessies muziektherapie hebben gehad.

6.3.1 De muziektherapeutische alliantie

De onderzoeksdata zijn vooral verkregen uit de start van de therapieën. In deze fase staat het opbouwen van een werkrelatie die zinvol is op de voorgrond. De therapeut is in deze fase nieuwsgierig naar de afstemming van het contact, met een focus op muzikale mogelijkheden. De meeste jongeren hebben wel iets met muziek maar minder met therapie. Dit uit zich in de kennismakingsfase door de attitude van de therapeut. De therapeut begint vooral met het exploreren van de (muzikale) interesses, de muzikale verwachtingen en de (muzikale) bagage van de jongere.

In deze fase wordt bewust de meer probleemgerelateerde indicatie en verwijzing niet als ingang gekozen. De therapeut wil even “bewust naïef” zijn in de interactie. Hij is op zoek naar het “hoe”, de manier waarop zich de problematiek toont, met als doel een onderbouwde ingang te vinden om een gerichte interventie te kunnen beargumenteren. Dit uit zich in inleidende zaken als:

“Ik ben ..., ...dit is de ruimte waarin we kunnen werken...,... kijk maar eens rond, is er iets bij dat je interesseert?”

De jongere komt binnen met impliciete of expliciete verwachtingen die in merendeel een verwachting zijn ten aanzien van muzikale mogelijkheden. Soms is er al een song/RAP tekst gemaakt, een groot muzikaal doel. Maar de insteek kan ook minder gearticuleerd zijn, bijvoorbeeld de verwachting dat men een instrument leert bespelen.

Vanuit de eerste screening van muzikale interesses en verwachtingen wordt er al snel een muzikaal actieve setting gecreëerd door de muziektherapeut.

“Laten we eens luisteren naar die “boerenmuziek”, die ken ik niet.”
“Je kent al een paar akkoorden op de gitaar, laat dit eens horen.”
“Ah, je hebt een keyboard. Kun je iets met die hier staat?”
“Hé, die muziek ken ik niet, vertel er eens iets over. Ik ben wel nieuwsgierig.”

De jongeren hebben een muzikale voorkeur in stijl en artiesten. De therapeut is hierin geïnteresseerd en vraagt door naar het waarom en hoe, en de functie die deze muziek in het dagelijkse leven van de jongere heeft. Reacties van de jongeren waren:

“Als ik op mijn kamer zit geeft me dit rust.”
“Dit doet me denken aan thuis, vroeger.”
“Dit is cool, toch?”

De alliantiefase kenmerkt zich door het zoeken naar een ingang die een dialoog mogelijk maakt. De dialoog wordt mogelijk door een ingang te zoeken die de jongere vertrouwen geeft in de situatie. Deze ingang is op de achtergrond steeds gerelateerd aan een van de kerngebieden.

Een voorbeeld is een jongere die een hekel heeft aan praten, omdat dit refereert aan gesprekken met de groepsleiding, de overheid enz. Als echter in de muziektherapie het praten gebeurt naar aanleiding van de muziek van de jongere, ervaart deze een opluchting. In de reflectie na afloop wordt dit bevestigd als een zeer prettige ervaring.

De therapeut gaat vooral op zoek naar een ingang bij de jongere. Hij observeert de vermijdingskanten, maar vooral ook de positieve aanknopingspunten. Weerstand tegen gevoelsexpressie in de communicatie wordt bijvoorbeeld omzeilt met een concreet voorstel om eens de gitaar te proberen en na te praten over wat moeilijk en makkelijk was en waarom. Daarmee wordt impliciet naar een beleving van de jongere gevraagd.

De therapeut is in deze fase bezig met het inventariseren van de verschillende kerngebieden op een experimenterende wijze. Steeds zijn er relaties met interactie, beleving/emotie, de eigen mening van de jongere en vooral de manier waarop hij dit communiceert en laat horen in zijn muzikale vormgeving.

Deze eerste observaties monden uit in muzikale werkvormen, als experiment, die aansluiten bij de jongere. Dit kan het beluisteren van specifieke muziek zijn, het uitproberen door middel van improvisaties, het uitleggen van hoe een instrument werkt, het aanleren van basistechnieken op een instrument, het voordoen van hoe je kunt spelen, of onderhandelen over een product.

Uit de sessie-interviews blijkt dat deze grondhouding van de therapeut al snel eerste, zij het prille, effecten teweegbrengt bij de jongere. Enkele uitspraken na 1 of 2 sessies:

“Het leukst vond ik eigenlijk het zingen. Dat had ik niet verwacht. Dat ik dat durfde. Wel spannend, maar ik werd er vrolijk van.” (indicatie: werken aan zelfvertrouwen, praten over gevoelens).

“Dat drummen met jou waar je uit de maat ging en me in de war bracht. Ik vond dat leuk. Ik werd er niet kwaad over, en dat we er over gepraat hebben. Dat helpt.” (indicatie: regulering agressie, minder impulsief reageren op frustratie).

“Dat ik mijn gevoel moest aangeven na het luisteren naar de muziek was moeilijk. Maar dat je me geholpen hebt vind ik fijn. Dat was rustig. Ik moet vaker gaan luisteren naar mijn gevoel dat ik heb en dat dan zeggen.” (indicatie: belevingen bespreekbaar maken, zelfvertrouwen over jezelf krijgen).

“Dat je me even snel die akkoorden leerde op de gitaar was wel tof.” (indicatie: zelfvertrouwen, jezelf durven laten zien)

De cliëntveranderingsinterviews laten zien dat de aandacht voor de alliantie positief werkt op de jongere. Hij voelt zich gekend en geaccepteerd als persoon. Dit is de aanzet om meer van zichzelf te laten horen en het experiment aan te gaan met nieuw gedrag in plaats van vermijgend gedrag.

“Muziek is belangrijk. Het overleg en het praten helpt nu wel. Ik moet niet zomaar een opdracht doen waar ik niks van snap. Je legt het me uit en dat helpt. Ik voel me nu op mijn gemak hier. Dat was eerst niet zo.”

“Ik vond het in het begin wel spannend om te komen. Ik praat niet graag. Maar nu vind ik het wel OK. Je leert me iets waar ik wat mee kan, op de gitaar bedoel ik, die akkoorden enzo leren...”

Als conclusie ten aanzien van de kerncategorie muziektherapeutische alliantie kan worden gezegd dat de open en geïnteresseerde attitude van de therapeut al snel leidt tot een gevoel van vertrouwen bij de jongere. Al snel worden er openingen gemaakt om meer van zichzelf te laten zien en horen, en is er de bereidheid om onbekende en beladen gebieden te betreden. Centraal staat de functie die de muziek hierin speelt. De persoonlijke affiniteit ten aanzien van muziek en de verwachtingen van de jongere worden geaccepteerd en gerespecteerd. Dit zorgt ervoor dat het vooringenomen beeld van de jongere over “therapie” (praten, problemen etc.) al snel op de achtergrond raakt en ruimte ontstaat voor het leren van iets nieuws (zoals de jongeren dit benoemen).

De jongeren zijn meestal minder gemotiveerd voor therapie, maar hebben wel iets met muziek. In de alliantiefase, en ook in het therapieverloop wordt deze betrokkenheid bewust meegenomen. De therapeut is daardoor erg gericht op de muziek en vooral op de wens van de jongere om aan een product te werken. Binnen deze productgerichte benadering is de therapeut steeds alert op het proces en de doelen.

Het werken aan een product komt tot uitdrukking in de houding van de therapeut. Deze vertaalt zich in posities die gerelateerd zijn aan contexten waar productgericht gewerkt wordt.

De therapeut is:

- Muzikant
- Producer
- Componist
- Tekstschrijver
- Toehoorder
- Muziekleraar

Enkele voorbeelden uit de interviews:

“Wat jij daar meespeelde was wel lekker voor wat ik wilde zeggen.”

“Die akkoorden die je me leert op de gitaar helpen me wel om op mijn kamer minder alleen te rammen op dat ding.”

“Je hebt gelijk dat het nog nergens naar klinkt. Ik moet wat rustiger aan doen voor ik tevreden ben met de sound.”

De productgerichte focus, op een RAP of een song, in de muziektherapie bij jongeren, heeft zijn onderbouwing in de kracht van het verhaal, de narratieve. De jongere kan binnen het kader van de

muzikale vorm zijn verhaal kwijt. Hiermee ontstaat een herkenning, een beleefd en ervaren zelfbeeld. Ook maakt hij een persoonlijk statement naar zijn omgeving. Verder geeft het de opening voor een emotionele expressie in een vorm die adequaat en functioneel is. Een stukje levensverhaal of een belangrijke gebeurtenis krijgt zo vorm en overzicht. Hoewel het onderzoek maximaal slechts 10 sessies beslaat, is al een eerste aanzet over deze werking zichtbaar. Enkele voorbeelden:

“Als we dit liedje af hebben wil ik het wel laten horen in de groep, dan snappen ze waarom ik zo doe.”

“Op deze RAP kan ik trots zijn. Die moeten mijn moeder en mijn meisje eigenlijk horen.”

6.3.2 Zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie

Uit het onderzoek naar de beschrijving van de muziektherapeutische interventie bleek al dat de kerngebieden als separate categorieën minder herkend worden als voorgrond voor handelingsinterventies. Vooral in het beperkt aantal sessies dat binnen dit onderzoek is meegenomen is de uitkristallisatie in kerngebieden nog diffuus. Dit is in de handleiding muziektherapie uitvoerig onderbouwd.

Wel is het zelfbeeld, met accenten op zelfwaardering, egosterkte, identiteit enz. een centraal gebied dat bij de jongeren die in behandeling zijn een rol speelt. Zelfbeeld wordt gezien als een overkoepelend begrip dat zich manifesteert in deelcategorieën die afwisselend in het therapeutisch proces meer of minder nadruk krijgen. De indicering is vaak gericht op deelaspecten, maar de therapeutische benadering vraagt vaak een omweg.

De deelcategorieën stemmen overeen met de kerngebieden emotie, interactie en cognitie.

In de data van de procesevaluatie is een mix van deze kerngebieden aanwezig. Deze zijn echter niet rechtlijnig relevant vanuit indicaties en hulpvragen. Bij de jongeren spelen alle gebieden een rol. Bij de meesten staan er een of meerdere op de voorgrond gezien de indicatie, maar binnen de therapeutische interventie is die voorgrond meestal niet de juiste ingang voor behandeling. Deze voorgrond is meestal beladen waardoor in de reacties van jongeren afweer, ontkenning en dergelijke de overhand krijgen.

De therapeut kiest daarom een benadering via de affiniteit (vanuit de observaties uit de alliantiefase) als ingang voor de therapie. Dit vanuit het idee dat emotie, interactie en cognitie interfererende factoren zijn die het zelfbeeld vormen, omvormen, beïnvloeden en bewerkbaar maken.

De indiceringen en werkwijze van de therapie zullen in enkele casusvoorbeelden worden gedocumenteerd.

Casusvoorbeeld 1

De jongere is geïndiceerd met leerdoelen over het vergroten van het zelfvertrouwen en het leren bespreken van gevoelens.

Een van de eerste oefeningen is “door elkaar spelen”. Deze oefening frustreerde de jongere deels, maar erover praten hielp hem om erkenning te krijgen voor zijn gevoel en zijn mening over de ervaring.

“Ik vond het een gespannen gevoel. Maar erover kunnen vertellen was wel een opluchting. Ik werd niet meteen boos. Dit moet ik eens vaker op de groep gaan doen.”

Daarna werd er gezongen. De jongere voelde zich daar eerst ongemakkelijk bij, maar de ervaring gaf hem veel zelfvertrouwen.

*“Ik kan dit, het is spannend maar ik heb er plezier in.”.
“Ik word er vrolijk van, misschien kunnen we een eigen nummer maken.”
“Dan heb ik iets om trots op te zijn.”*

Reacties van de jongere in het eindgesprek:

“Wat heeft het meest geholpen? Ik kan mijn gevoel aangeven, op de groep werkt dit. Dat geeft me zelfvertrouwen. Eigenlijk twee dingen in een!”

“Jouw manier van aanpakken heeft me geholpen. Niet zomaar een opdracht “dit moet je doen”, maar overleg, erover praten wat ik leuk en moeilijk vind.”

Deze casus toont hoe de afstemming van de therapeut op de attitude van de jongere een opening creëert naar reflectie, een vertaling naar de dagelijkse situatie en cognitieve verwerking van de ervaringen vanuit de muzikale werkvormen.

Casusvoorbeeld 2

Bij de jongere van 16 jaar uit deze casus is er sprake van ernstige seksuele problematiek, PDD-nos, verwaarlozing en een instabiele opvoedingssituatie. De insteek voor muziektherapie is: wat zijn de mogelijkheden in het bespreken van wat hem bezighoudt? Deze indicatievraag is een mix van zelfbeeld, emotie en interactie.

Tijdens de eerste sessie is de therapeut bewust blanco en weet hij weinig van de jongere. Hij stelt voor een open improvisatie te beginnen. De jongere kiest voor een keyboard en begint te spelen. Hij zegt iets te willen gaan maken. Praten wil hij liever niet.

De vrije improvisatie zet de therapeut aan vooral sfeergeluiden te maken en af te stemmen op de muziek van de jongere. Even niets willen en afwachten. Aansluiten lukt, maar de inbreng van de therapeut lijkt bij verandering niet meegenomen te worden.

In het nagesprek blijkt de jongere vooral met componeren bezig te zijn. Hij was positief over de houding van de therapeut.

“Ik wil mijn eigen CD krijgen om rustiger te worden. Dat helpt in plaats van dingen kapot gooien. Ik ben niet zo’n prater, maar dit is wel rustgevend.”

In de vervolgsessies let de therapeut vooral op zijn mogelijkheden om mee te mogen spelen, een rol te hebben in de vormgeving van een eerste song over persoonlijke zaken. Muzikale bevestiging en positieve aanmoediging staan op de voorgrond.

In deze casus is te zien en te horen hoe de therapeut de muzikale affiniteit en positionering van de jongere in de interactie meeneemt in zijn beslissingen. De jongere krijgt een eigen ruimte. De reacties uit de interviews zijn dan ook :

“Geruststellend.”

“Ik kan op zoek naar nieuwe muziek.”

“Ik word rustiger en kan nu tegen slecht nieuws over mijn moeder. “

“Ik kan zelf muziek maken, en het klinkt ook nog.”

“Muziektherapie heeft een positieve invloed op mij.”

“Ik speel keyboard op mijn kamer. Dat helpt nog niks, maar dat gaat wel komen.”

In deze casus wordt een aanzet zichtbaar om via de muzikale vormgeving een gezondere interactie te laten ontstaan waarbinnen gevoelens een plek krijgen. De reflectie van de jongere laat ook een cognitieve transfer zien naar gedrag in het dagelijkse leven.

6.3.3 Conclusies en aanbevelingen

De resultaten van het onderzoek hebben een sterke focus op de therapeutische alliantie. Deze is erg belangrijk om tot een relevant samenwerkingsverband te komen en de jongere aan te zetten iets te willen leren en te veranderen. Gezien de doelgroep en de vaak mindere motivatie voor therapie, maar wel voor muziek is de insteek muziekgecentreerd en wordt er vaak naar een product gewerkt. De therapeut zal hier procesbewaker moeten zijn. De attitude van de therapeut is benoembaar in posities die zich voordoen rond het komen tot een product.

Het product kan een sterke werking hebben in termen van een narratieve: een persoonlijk verhaal van bijvoorbeeld life-events, verwerking, toekomstperspectieven en zelfbeeld.

De verschillende kerncategorieën zijn in dit onderzoek nog lastig expliciet te maken. Dit komt doordat de therapie in de startfase verkeert. In deze fase staan experimenteren en exploreren op de voorgrond. Pas in een latere fase kan de focus meer op een centrale kerncategorie komen te liggen. Wel kan gezegd worden dat de kerncategorie Zelfbeeld een overkoepelende plaats inneemt en dat de andere categorieën daar deelaspecten van zijn.

De onderzoeksgegevens laten zien dat er na 10 sessies toch al eerste aanzetten aanwezig zijn die wijzen op het begin van bewustwording van de problematiek, van transfer en muzikale persoonlijke verbinding.

Aanbevelingen die hieruit volgen zijn: het onderzoek uitbreiden naar een grotere case load, tijdens het onderzoek een langer proces volgen en onderzoek uitbreiden naar meer therapeuten. Dit biedt mogelijkheden voor nadere differentiatie van de kerncategorieën. Vanuit deze gegevens bestaat bij de therapeuten de behoefte te komen tot een methodebeschrijving voorzien van een theoretische onderbouwing.

6.3.4 Discussie

In zijn algemeenheid kan gezegd worden dat de resultaten indicatief zijn voor het belang van vaktherapie bij deze doelgroep. Sterk is dat elke sessie vergezeld ging van een evaluatiemoment door de jongere en de vaktherapeut en dat de vaktherapeut door de projectleider daarop bevraagd werd. De *kwalitatieve proces- en effectevaluatie* werd gerealiseerd. Dat de kwalitatieve inhoudsanalyse werd uitgevoerd door de projectleiders versterkt de trustworthiness van de uitkomsten.

Maar de uitkomsten kunnen toch slechts als voorlopig beschouwd worden. Daarvoor zijn een aantal redenen aan te wijzen.

Het proces- en effectonderzoek was door de looptijd van het RAAK project van korte duur en er was slechts een gering aantal jongeren beschikbaar. Bovendien lopen bij de diverse media de analyses uiteen. Dit was het gevolg van het feit dat de uitvoering de praktijk volgde en daarom afgestemd werd op de problematiek die zich op dat moment in de praktijk voordeed.

De sessiebeoordelingslijst en het cliëntveranderingsinterview waren nogal geënt op psychotherapie met ouderen. In het werken met licht verstandelijk gehandicapte jongeren (LVG) die tot weinig reflectie in staat zijn voldoen zij niet echt. De antwoorden van de jongeren waren dan ook zeer beknopt. Van tevoren is hier rekening mee gehouden door de vragen af te stemmen op de jongeren en de tijd te bekorten. Desalniettemin zijn de uitkomsten beperkt. Enerzijds laat dit zien hoe belangrijk het is met deze via een non-verbaal medium jongeren te werken. Anderzijds zijn daardoor de verbale beschrijvingen te zeer afhankelijk van de reflectie door de therapeuten. Dat neemt niet weg dat door het groot aantal verslagen de optelsom van al deze korte antwoorden toch iets zegt over wat jongeren beleven aan vaktherapie.

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 overwegingen³⁴. 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 parallele 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.

³⁴ 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

Week nr	OBSERVATIEPERIODE						Voormeting	BEHANDELINGSPERIODE										Namening		
	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	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 afgenomen³⁵.

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.

³⁵ Na de 10 behandelsessies liep de therapie door, voor de meting na 10 sessies werd gekozen in verband met de looptijd van het RAAK project.

Emotie

Hiervoor werd de *Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch* (BDHI-D)(Lange, Hoogendoorn, Wiederspahn & De Beurs, 2005) gebruikt, in te vullen door de jongeren, met een duur van 10 minuten.

De BDHI-D meet hostiliteit en neiging tot agressief gedrag. Er zijn 40 items. Enkele voorbeelden:

- “Vaak voel ik me alsof ik een vat buskruit ben dat op exploderen staat”
- “Mijn bloed gaat koken als iemand me voor gek zet”
- “Ik ben vaker geïrriteerd dan de mensen weten”
- “Ik voel me wel eens wrokkig als ik mijn zin niet krijg”

De items worden gescoord met waar = 1, onwaar = 0. Per schaal wordt de somscore berekend. De schaal voor *directe agressie* (uitingen) heeft een minimale score van 0 en een maximale van 16. De schaal voor *indirecte agressie* (ingehouden agressie) heeft een minimale score van 0 en een maximale van 19. Een hoge score verwijst in beide gevallen naar een hoge hostiliteit. De derde schaal is de schaal voor *sociale wenselijkheid*.

Interactie

Gebruikt werd de *Taken en Vaardigheden van Adolescenten* (TVA)(Van der Knaap, Beenker & Bijl, 2004). Gekozen werd voor de verkorte versie, sectie I, II, IV + vragen 104 t/m 106, in te vullen door de mentor, met een duur van 15 minuten.

Het betreft verschillende domeinen:

- *Omgaan met leeftijdsgenoten* (24 items), bijvoorbeeld: “De jongere gaat om met vrienden die een positieve invloed op hem hebben”.
- *Autonomie en zelfsturing* (26 items), bijvoorbeeld: “De jongere aanvaardt het feit dat er mensen zijn die wat over hem te zeggen hebben”.
- *Seksualiteit en relaties* (14 items), bijvoorbeeld: “Bij toenaderingsgedrag waarbij sprake is van speels/plagerig lichamelijk contact schat de jongere goed in hoe ver hij kan gaan”.
- *Behoud en versterking van het sociaal netwerk* (3 items), bijvoorbeeld: “De jongere doet moeite om, binnen de beperkingen van de geslotenheid van een JJI, contact te houden met overige familie en vrienden”.

De beoordeling gebeurt met een 5-puntsschaal met 1 = geldt helemaal niet, 5 = geldt helemaal.

Per afzonderlijke schaal wordt de somscore berekend: *Omgaan met leeftijdsgenoten*, minimaal 24, maximaal 120; *Autonomie en zelfsturing*, minimaal 26, maximaal 130; *Seksualiteit en relaties*, minimaal 14, maximaal 70; *Behouden en versterking sociaal netwerk*, minimaal 3, maximaal 15.

Een hoge correspondeert met een hoge competentie.

Cognitie

Gebruikt werd de *Hoe ik Denk-Vragenlijst* (HID)(Gibbs, Barriga, Potter, Nas & Brugman, 2011), in te vullen door de jongeren, met een duur van 10 minuten.

De volgende denkfouten worden gemeten (Gibbs, Potter, & Goldstein, 1995):

- *Egocentrisme* (9 items), bijvoorbeeld: "Soms moet je liegen om te krijgen wat je wilt".
- *Anderen de schuld geven* (10 items), bijvoorbeeld: "Als iemand zijn auto niet op slot doet, dan vraagt hij er om dat de auto wordt gestolen".
- *Minimaliseren* (9 items), bijvoorbeeld: "Het is niet erg om te liegen, iedereen doet dat".
- *Uitgaan van het ergste* (11 items), bijvoorbeeld: "Iedereen steelt, dus kan je het zelf net zo goed ook doen".

De scoring per item gebeurt als volgt: erg mee oneens = 1, erg mee eens = 6. Per denkfout wordt de somscore berekend. *Egocentrisme*, minimaal 9, maximaal 54; *Anderen de schuld geven* minimaal 10, maximaal 60; *Minimaliseren*, minimaal 9, maximaal 54; *Uitgaan van het ergste*, minimaal 11, maximaal 66. Een hoge score duidt op een grote denkfout.

De afname van de meetinstrumenten gebeurde in de deelnemende instellingen door de onderzoeker en/of een gedragswetenschapper en/of een testassistent (stagiaire) en de mentor.

Respondenten

Aan het onderzoek hebben in totaal 24 jongeren uit 5 verschillende instellingen deelgenomen: 16 jongens en 8 meisjes met een gemiddelde leeftijd $M = 15.95$ ($SD = 1.59$)(berekend op basis van beschikbare gegevens $n = 22$). Zij hebben allemaal informed consent gegeven.

Zoals uit de tabellen blijkt zijn de aantallen waarmee berekeningen daadwerkelijk zijn uitgevoerd lager dan 24. Dit is een enkele keer het gevolg van uitval omdat de therapie niet matchte met de cliënt. In de meeste gevallen was sprake van vroegtijdige overplaatsing of het gegeven dat de 10 sessies bij beëindiging van het RAAK project nog niet afgerond waren.

Data-analyse

Er is in eerste instantie getoetst met een t-toets voor afhankelijke steekproeven. De daarna uitgevoerde non-parametrische toets voor afhankelijke steekproeven leverde geen andere resultaten op.

7.2 Kwantitatieve resultaten

7.2.1 Zelfbeeld

Tabel 7.2 toont de scores vooraf en achteraf op de *Rosenberg Self Esteem Scale* (RSES).

Tabel 7.2 Zelfbeeld voor en na de vaktherapeutische behandeling, gemeten met de Rosenberg Self Esteem Scale (RSES)

n = 15	Voormeting Gem. (sd)	Nameting	p
RSES	26.53 (1.51)	26.00 (2.70)	.41

Na tien sessies vaktherapie is er geen statistisch significant verschil in zelfbeeld. Een lage score betekent een lage eigenwaarde. De negatieve richting van de verandering (iets omlaag) is vrijwel te verwaarlozen.

7.2.2 Emotie

Tabel 7.3 toont de scores vooraf en achteraf op de *Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch* (BDHI-D).

Tabel 7.3 Emotie voor en na de vaktherapeutische behandeling, gemeten met de Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch (BDHI-D)

n = 13	Voormeting	Nameting	p
BDHI-D, Directe agressie	10.38 (3.07)	9.46 (3.57)	.48
BDHI-D, Indirecte agressie	7.46 (4.74)	6.08 (3.28)	.23

Na 10 sessies vaktherapie is er geen statistisch significant verschil in hostileiteit (directe en indirecte agressie). Een hoge score verwijst in beide gevallen naar een hoge hostileiteit.

De geringe veranderingen in de cijfers bij de nameting duiden wel in de goede richting (omlaag).

7.2.3 Interactie

Tabel 7.4 toont de scores vooraf en achteraf op de *Taken en Vaardigheden van Adolescenten* (TVA).

Tabel 7.4 Interactie voor en na de vaktherapeutische behandeling, gemeten met de *Taken en Vaardigheden van Adolescenten (TVA)*

TVA	Voormeting	Nameting	p
Omgaan leeftijdgenoten (n=10)	78.80 (5.77)	81.80 (9.64)	.22
Autonomie en zelfsturing (n=11)	93.09 (14.51)	96.36 (12.47)	.40
Seksualiteit en relaties (n=9)	58.11 (8.92)	64.11 (15.27)	.09
Soc. Netwerk (n=10)	9.90 (3.67)	11.20 (2.74)	.37

Na 10 sessies vaktherapie is er geen statistisch significant verschil in interactie. Een hoge score betekent een hoge competentie. De richting van de verandering bij de nameting is op alle subschalen positief (omhoog). *Seksualiteit en relaties* nadert significantie.

7.2.4 Cognitie

Tabel 7.5 toont de scores vooraf en achteraf op de *Hoe ik Denk-Vragenlijst (HID)*.

Tabel 7.5 Cognitie voor en na de vaktherapeutische behandeling, gemeten met de *Hoe ik Denk-Vragenlijst (HID)*

HID	Voormeting	Nameting	p
Egocentrisme (n=14)	19.14 (8.75)	18.93 (8.15)	.92
Anderen de schuld geven (n=14)	23.71 (9.18)	19.71 (7.00)	.13
Minimaliseren (n=13)	20.08 (6.60)	17.38 (6.95)	.21
Uitgaan van het ergste (n=13)	22.69 (9.20)	22.38 (8.75)	.88

Na 10 sessies vaktherapie is er geen statistisch significant verschil in denkfouten. Een hoge score duidt op een grote denkfout. De richting van de verandering bij de nameting is op alle schalen positief (omlaag).

7.3 Discussie

Uit de resultaten blijkt dat 10 sessies vaktherapie niet leiden tot een verandering op de kerngebieden zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie gemeten met de meetinstrumenten: RSES, BDHI-D, TVA en HID.

De richting van de verandering is op vrijwel alle meetinstrumenten positief, dit wil zeggen dat de scores bij de nameting een geringe verschuiving in de goede richting laten zien. Deze verschuivingen zijn niet significant, hetgeen te maken kan hebben met het geringe aantal deelnemers, het geringe aantal sessies, de validiteit van de meetinstrumenten en het feit dat alle vaktherapeutische media zijn samengenomen.

Aantal deelnemers

Het aantal deelnemers in dit onderzoek was, ondanks het feit dat zes instellingen hebben deelgenomen, laag. Dit had voor een belangrijk deel te maken met de korte projectperiode waarin de effectevaluatie plaatsvond waardoor relatief weinig jongeren konden instromen en/of voor het einde van de projectperiode de 10 behandelingsessies hadden gehad. Ook de organisatie van de intake en de meetmomenten nam veel tijd in beslag en werd soms extra belemmerd door personele mutaties in de instellingen. Daarbij was in de periode waarin het onderzoek liep sprake van aanstaande sluiting van een aantal Justitiële Jeugdinstellingen waardoor de normale toestroom opdroogde.

Duur van de behandeling

De duur van de behandeling (10 sessies) was in feite veel te kort. Dat in zo'n korte periode bij de jongeren nauwelijks resultaat te boeken is, lag voor de hand. Toch is ervoor gekozen de evaluaties wel te doen. Zo ontstaat in elk geval een eerste indruk van resultaten en hoe onderzoek bij deze jongeren praktisch uitgevoerd kan worden.

Validiteit meetinstrumenten

Het is zeer de vraag of deze meetinstrumenten de veranderingen in de kerngebieden goed kunnen meten. Je zou verwachten dat de geconstateerde kwalitatieve analyses (zie Hoofdstuk 6) samengaan met significante verschillen op de meetinstrumenten. Dit is echter niet het geval. De gesloten items van de meetinstrumenten matchen wellicht niet goed met waar het in de vaktherapie over ging.

Alle media samen

Alle vaktherapeutische media zijn samengenomen, terwijl niet uitgesloten kan worden dat specifieke media bij specifieke kerngebieden beter scoren. Doordat nu alle media bij alle kerngebieden samen zijn genomen zijn specifieke effecten per medium wellicht uitgemiddeld door de andere media.

Een ander punt is dat alhoewel via de procesevaluaties (zie Hoofdstuk 6) de behandelintegriteit en homogeniteit bewaakt werden, niet uitgesloten kan worden dat deze toch niet optimaal waren.

Ontbreken controlegroep

De combinatie van het *multiple baseline design* en de *geïntegreerde voor- en nameting* (waarbij alle scores vooraf en alle scores achteraf worden samengenomen) kan het ontbreken van de controlegroep onvoldoende compenseren. Het design kan door het ontbreken van een controlegroep dus geen

uitsluitel geven over de vraag of eventuele effecten aan vaktherapie toegeschreven kunnen worden. Als een verandering zou zijn opgetreden zouden we, als gevolg van het niet-vergelijkend karakter van het design, niet weten of deze het gevolg is van vaktherapie of van andere therapieën die parallel plaatsvonden. Het *multiple baseline design* schakelt wel enkele mogelijke alternatieve verklaringen uit, omdat het onwaarschijnlijk is dat op de diverse tijdstippen in diverse instellingen telkens eenzelfde andere variabele geïntroduceerd werd. Neem het voorbeeld van de eventuele wijziging in het groepstherapeutisch klimaat, deze treedt niet in alle instellingen op hetzelfde moment op waarop de vaktherapie begint en kan dus niet verantwoordelijk zijn voor het effect. Juist de grote variatie aan omstandigheden in de diverse instellingen maakt de invloed van eenzelfde alternatieve variabele onwaarschijnlijk. Maar alle jongeren hebben in alle instellingen wel ook een andere vorm van therapie. Zelfs als deze therapievormen en combinaties van therapievormen per instelling verschilden, kan niet uitgesloten worden dat er sprake is van een trend van geleidelijke verandering waardoor er verschillen tussen de voormetingen en nametingen optreden die niet het gevolg zijn van vaktherapie.

Het design zou aan kracht gewonnen hebben als, net als bij het kwalitatieve onderdeel, na elke sessie de meetinstrumenten zouden zijn afgenomen. Deze opzet zou, zoals in het *Leuvens Systematisch Case-Study Protocol* (Stinckens, Verdru, Leijssen, 2009) dat als model diende voor het onderhavige onderzoek, zicht geven op de veranderingen bij de individuele jongeren vanaf de start van vaktherapie³⁶. 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 behandelplan, dus dit betekent dat het hele pakket na 10 sessies op deze meetinstrumenten geen verandering laat zien. Op zich hoeft dat niet te verbazen want ander onderzoek wijst uit dat voor een daadwerkelijke verandering bij deze jongeren meer sessies nodig zijn (Boendermaker & Ince, 2010)³⁷.

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

³⁶ 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.

³⁷ Deze vraag kan nog breder gesteld worden: is werken in een aparte setting (een instelling) wel effectief en zo ja, is het duurzaam effectief? (zie bijvoorbeeld Orobio de Castro, 2011).

Op basis van het voorafgaande kan gesteld worden dat vervolgonderzoek moet plaatsvinden met meer jongeren, meer sessies, wellicht andere meetinstrumenten. Het is aan te bevelen de media afzonderlijk te onderzoeken en het design van een controlegroep te voorzien. Voor het zeker stellen van de behandelidentiteit en integriteit is het aan te bevelen voor elk medium een strenger protocol uit te werken en dit toe te spitsen op een enkel kerngebied. Een probleem hierbij zal zijn dat het protocolleren zich niet goed verdraagt met het spelelement, de open space, de creativiteit en improvisatie die kenmerkend zijn voor vaktherapie. Bovendien zal het moeilijk zijn vaktherapeuten te bewegen zich slechts op een enkel kerngebied te richten. Uit de kwalitatieve analyses blijkt dat het onderscheid tussen kerngebieden meer theoretisch dan praktisch is.

Evidence in vaktherapie: een bredere discussie

Het onderzoeksdesign

Een fundamentele vraag die speelt bij onderzoek naar vaktherapie is welk onderzoeksdesign vaktherapeuten moeten nastreven. Enerzijds is de druk groot om randomized controlled trials (RCTs) uit te voeren. Daaraan kleven echter een aantal bezwaren. Het is vooral lastig om een RCT in de praktijk van de grond te krijgen. Voor een RCT is een dubbelblinde opzet, een controlegroep, randomisatie, en zijn minstens 50 personen per conditie en een sterke mate van standaardiseren en protocolleren nodig (homogene cliëntgroepen, afgebakende cliëntproblemen, betrouwbare en valide meetinstrumenten, gestandaardiseerde behandelingen). Een dubbelblinde opzet is in psychotherapieonderzoek niet mogelijk, een placebobehandeling is in een justitiële setting op grond van rechtsongelijkheid niet mogelijk (De Beurs & Barendregt, 2010). Interventies die gemaakt zijn voor RCT onderzoek blijken in de praktijk van de jeugdzorg nauwelijks voor te komen (Pijnenburg, 2010).

Voor de methodologische problemen zijn oplossingen bedacht (vergelijken met 'treatment as usual', matchen in plaats van randomiseren, randomiseren op instellingsniveau enz.) en het lijkt alsof behandelaars steeds meer bereid zijn zich te onderwerpen aan de regels van de RCT (Hutschemaekers, 2011). Toch blijft het vereiste aantal cliënten dat nodig is om voldoende statistische power te bereiken bij een kleine doelgroep lastig.

Om bovenstaande en andere redenen is een aantal alternatieve onderzoeksdesigns ontwikkeld (zie bijvoorbeeld Van Yperen & Veerman, 2008; De Beurs en Barendregt, 2008, 2010). Te denken valt aan *single case designs* waarbij het gedrag van één individu longitudinaal wordt gevolgd. Hier vindt een systematische observatie en een systematische manipulatie van variabelen plaats, bijvoorbeeld wel/niet interventie (het is dus geen anekdotische beschrijving zoals in een casus). Single case designs ondervangen bovendien het fundamentele bezwaar dat in de forensische psychiatrie en de justitiële jeugdinrichtingen gemiddelde scores weinig zeggen over de risicotaxatie van een individuele cliënt (Spreeen, 2009; Spreeen et al, 2010). Effecten op groepsniveau gelden niet standaard voor het individu. Spreeen heeft daarom voor de forensische psychiatrie een vorm van N=1 onderzoek ontwikkeld die het effect van de behandeling op het individu statistisch vastlegt.

Het *multiple baseline design* is, zoals we eerder zagen, een experimenteel design waarbij de behandeling van verschillende cliënten op verschillende tijdstippen 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)³⁸.

De vaktherapeutische manier van werken waarbij de relatie wordt afgestemd op de individuele jongeren sluit goed aan bij jongeren met weerstand tegen hulpverlening. Vraaggericht werken, “leuke dingen doen”, een relatie opbouwen en van daaruit problemen benaderen en oplossingen zoeken slaat aan bij jongeren. Werken in de media beeldend, beweging, dans, drama, muziek, sport biedt een uitgelezen kans om met de jongeren contact te leggen, maar dan moet de vorm waarin dit gebeurt zodanig zijn dat dit gebeurt in een open veld waarin alles mogelijk lijkt en niet in een gestandaardiseerd protocol waarin ‘moeten leren’ op de voorgrond staat.

Epistemologische paradigma's

Het verschil tussen het ‘interventieparadigma’ waarin protocollen top-down het handelen sturen en het construeren van de interventie door therapeut en cliënt samen, vindt zijn oorsprong in wat het verschil in epistemologische ‘paradigma’s’ wordt genoemd. De epistemologie houdt zich bezig met ‘wat’ en ‘hoe’ we kunnen kennen. Lincoln en Guba (1985) en Denzin en Lincoln (2000) maken onderscheid tussen de ‘positivistische’ en ‘constructivistische’ opvatting van kennen en interveniëren. Het *positivisme* vindt zijn oorsprong in de natuurwetenschappen waar de natuur wordt gezien als een van de mens onafhankelijk ‘object’ dat door de onderzoeker uiteengegrafeld wordt. De onderzoeker is degene die het object beschrijft,

³⁸ Zoals eerder opgemerkt werken vaktherapeuten zowel geprotocolleerd als niet geprotocolleerd. Deze tweedeling hangt samen met de tweedeling tussen specifieke en non-specifieke factoren. In het eerste geval gaat het met name om het toepassen van bepaalde technieken van een specifieke methode, in het tweede geval om het opbouwen van een therapeutische relatie waarvan de werkzame factoren niet methodespecifiek zijn. Door de mogelijkheden die het medium biedt is vaktherapie sterk in het opbouwen van een therapeutische relatie. Dit wil echter niet zeggen dat uitsluitend gewerkt moet worden vanuit de non-specifieke (common factors) benadering. Zoals o.a. Pijnenburg en Van Yperen (in Pijnenburg, 2010) en Stams (2011) benadrukken, moeten zowel non-specifieke (therapeutische relatie, de veranderingstheorie van de cliënt) als specifieke factoren (methodische elementen en technieken) onderzocht en samengevoegd worden.

analyseert, ordent en ingrepen in dit object voorspelbaar maakt. Binnen dit paradigma worden ook lichaam en psyche opgevat als een stukje natuur. Een uitgesproken voorbeeld van positivisme is dat we ons brein zijn en in psychologisch opzicht geen vrije wil hebben (Swaab, 2010). Het *constructivisme* daarentegen gaat ervan uit dat sprake is van een 'subject' dat over zichzelf denkt, zichzelf interpreteert, betekenis geeft, beslissingen neemt en handelingen beoogt. De onderzoeker gaat in gesprek met het subject en construeert samen met het subject diens werkelijkheid. (Voor meer informatie over de positivistische en constructivistische paradigma's zie bijvoorbeeld Smeijsters, 2005).

Dit onderscheid heeft ook binnen de vaktherapie en met name in relatie tot kwalitatief en kwantitatief onderzoek wereldwijd veel aandacht gekregen. Het voert te ver hier op deze plek uitgebreid op in te gaan. Maar omdat veel vaktherapeuten zich in een van beide paradigma's zullen herkennen, wordt op deze plek gerefereerd aan een artikel uit de muziektherapie dat de verschillende paradigma's goed neerzet. Het artikel helpt de vaktherapeut bij het zich zelf oriënteren en positioneren in termen van zowel praktisch handelen als onderzoek doen. Net zoals er bij het behandelen verschillende werkwijzen bestaan, bestaan er verschillende visies op onderzoek. Daarbij hangen behandelvisie en onderzoekvisie nauw samen. Wie positivistisch behandelt, moet ook positivistisch onderzoek doen, wie constructivistisch behandelt moet constructivistisch onderzoek doen. Telkens gaat het om het verschil tussen een 'top-down' en 'bottom-up' benadering.

De muziektherapeutische onderzoeker Abrams (2010) onderscheidt vier *epistemologische domeinen* (kwadranten) van evidence. Twee kwadranten vallen onder het positivistisch paradigma, de twee andere kwadranten onder het constructivistisch paradigma. Elk kwadrant heeft een eigen aanpak en uitkomst (evidence).

De vier kwadranten zijn:

- **"It works"**: *medisch/ behavioral*. Men is op zoek naar causale verbanden (oorzaak – gevolg relaties), die overal gelden (wetmatig zijn). Onderzocht wordt wat het specifieke resultaat is van een specifiek protocol voor een specifiek probleem. De benadering is objectief (alsof de onderzoeker een natuurverschijnsel bestudeert), technisch (gericht op voorspelbaar ingrijpen in de voorhanden natuur), te verkrijgen met experimenteel onderzoek (bijvoorbeeld een RCT).
- **"It all works together"**: *systemisch*. Men is op zoek naar causale verbanden (oorzaak – gevolg relaties), die overal gelden (wetmatig zijn). Het verschil met "It works" is dat de situatie nu zeer complex is. Er is sprake van een combinatie van variabelen met een combinatie van resultaten. De interventie is generiek, bestaat uit vele onderdelen en is niet afgestemd op een specifiek probleem. Maar de benadering blijft objectief. Resultaten kunnen bijvoorbeeld worden verkregen met epidemiologisch onderzoek.
- **"I work"**: *artistiek*. De cliënt construeert een persoonlijke/ unieke betekenis. Er wordt van uitgegaan dat de cliënt geen te beïnvloeden object is, maar betekenis en zin geeft aan zijn leven, zijn leven interpreteert en zelf ideeën heeft over problemen en oplossingen (intentionaliteit). De therapie is constructivistisch waarbij de personal agency van de cliënt op de voorgrond staat. Het

onderzoek is kwalitatief, narratief en constructivistisch van aard en gebeurt met behulp van case study research.

- **“We work together”**: *community based*. Er is vergeleken met “I work” nu ook een politieke dimensie, omdat zeggenschap en invloed meespelen. Er is sprake van co-creatie van acties op basis van een politieke waardenoriëntatie. Het kader is de kritische maatschappijtheorie. Doelen die worden nagestreefd zijn: autonomie, participatie, vrijheid, gelijkheid, insluiting en emancipatie. Het gaat om het verbeteren van de leefwereld door eigen actie. Onderzoek maakt gebruik van case study research.

Welke vorm van evidence relevant is, hangt af van het epistemologische domein waarin de vraagstelling zich bevindt. Bij “I work” en “We work together” spelen respectievelijk persoonlijke zingeving en maatschappelijke/ politieke waarden een belangrijke rol. Zo zal bijvoorbeeld in de GGZ meer de nadruk liggen op “I work” en binnen het sociaal werk op “We work together”. Door de aard van de vraagstelling kunnen beroepen die zich vooral bewegen op het domein “I work” en “We work together”. Zij beschikken daardoor minder over evidence verkregen door RCT onderzoek. De legitimering van het professionele handelen gebeurt in deze beroepen met andersoortige, constructivistische evidence die ontstaat in de gelijkwaardige interactie tussen cliënt en hulpverlener.

Alhoewel in de geneeskunde in eerste instantie het accent ligt op “It works” en de RCT terecht de gouden standaard is, gaat het tot op zekere hoogte ook over “I work” en “We work together”, daar waar sprake is van existentiële vragen, persoonlijke zingeving, autonomie en participatie.

Tot slot

Gerritsen (2010), bestuursvoorzitter van het Bureau Jeugdzorg Agglomeratie Amsterdam, waarschuwt ervoor dat de claim om evidence based te werken en alleen evidence based interventies te vergoeden voor innovatie de dood in de pot zou betekenen. Ontwikkelingsgericht onderzoek dat nieuwe interventies ontwerpt is evenzeer belangrijk. Als de middelen schaars zijn mag niet al het geld opgaan aan experimenteel onderzoek dat vaak pas resultaten oplevert als de praktijk al veranderd is.

Het onderhavige RAAK onderzoek is een voorbeeld van innovatief onderzoek waarbij getracht is een interventie te ontwikkelen die in de praktijk toepasbaar is, aansluit bij de jongeren en potentie heeft. De rijke ervaring van vaktherapeuten uit de praktijk van de JJI en GJ vormde de input, is expliciet gemaakt, kritisch geëvalueerd, getoetst aan kennis uit methodiek, theorie en onderzoek en omgezet in handleidingen die vervolgens in de praktijk toegepast en kwalitatief en kwantitatief geëvalueerd zijn. Bekijkt men de resultaten vanuit het perspectief van *practice based evidence* dan zijn zij sterk, kijkt men vanuit het perspectief van de eisen van experimenteel onderzoek dan zijn de resultaten niet sterk. Het perspectief bepaalt het oordeel. Er liggen geen statistisch bewezen werkzame interventies op tafel, maar wel interventies waarin de ervaringen van vaktherapeuten en jongeren zijn verwerkt, waarvoor een grote mate van consensus en commitment bestaat en die probleemloos in de praktijk toepasbaar zijn.

De richting voor vervolgonderzoek kan divers zijn: focussen op het aantonen van de werkzaamheid via een RCT en/of designs gebruiken die qua interne validiteit weliswaar minder sterk zijn, maar net zoals

het onderhavige onderzoek dicht bij de praktijk staan en daardoor zowel gemakkelijk uitvoerbaar zijn alsook een grote mate van externe validiteit kunnen bereiken.

Danstherapeutisch onderzoeker Meekums (2010) constateert dat vaktherapeuten de problemen met betrekking tot het uitvoeren van experimenteel onderzoek hebben aangegrepen om een Robin Hood positie in te nemen. Zij pleit er daarentegen voor dat vaktherapeuten deze positie verlaten en experimenteel onderzoek doen waar mogelijk. Er is inderdaad veel voor te zeggen bij het onderzoek naar vaktherapie geen onderzoeksoptie uit te sluiten, oog te hebben voor wat wel en niet mogelijk is en tegelijk te blijven zoeken naar alternatieven. Dus zowel RCT, procesonderzoek dat 'turning points' in kaart brengt, practice based evidence door middel van praktijkgericht onderzoek en last but not least narratief onderzoek. Daarbij mag niet vergeten worden dat, zoals ook Johnson (2009) nog eens bevestigt, bij alle pogingen die de vaktherapeut doet om de taal van de onderzoeker te spreken, de eigen taal van het medium en de eigenschappen van het medium die overeenkomen met de cliënt typisch zijn voor het vaktherapeutisch proces.

De discussie over het belang van RCT's is volop gaande. Stams (2011) is, als vele anderen, een verklaard voorstander door te stellen dat een RCT de enige manier is om causaliteit vast te stellen en dat Evidence Based Treatments (EBT) beter zijn dan Treatment as Usual. Hij stelt dat residentieel behandelen minder werkt, maar dat als het toch gebeurt EBT en methodiektrouw beter zijn dan vraaggericht werken.

Derksen (2011) merkt daarentegen op dat de natuurwetenschappelijke manier van onderzoek doen, gebaseerd op de observeerbare buitenkant, in de psychologie en psychotherapie kan uitmonden in protocollen waarbij niet hoeft te worden nagedacht en klinici veranderen in technici. Volgens hem schort het daardoor in de behandeling aan verdiepende theorie die gevoed wordt door common sense, de literatuur, de filosofie en alternatieve therapierichtingen. Zijn overwegingen illustreren hoe de visie op onderzoek samengaat met de visie op beroepsuitoefening.

Wellicht biedt de integratieve benadering van Tiemens e.a. (2011) uitkomst. Zij spreken van evidence based *werken* waarbij duidelijk wordt dat een behandelaar voortdurend op zoek is naar de beste interventie en daarbij gebruik maakt van verschillende soorten kennis. Zij maken onderscheid tussen 3 vragen: 1) werkt de therapie onder ideale omstandigheden? (onderzoek: RCT) 2) werkt de therapie in de reguliere behandelpraktijk? (onderzoek: pragmatische trial) 3) werkt de therapie voor de individuele cliënt (onderzoek: N=1). Het probleem is, aldus de auteurs, dat er bij 'kennis' vaak slechts wordt gesproken over één soort kennis, de kennis behorend bij vraag 1. Maar er zijn diverse soorten kennis, deze hebben elk hun plek in de voortgaande kenniscyclus en zijn complementair aan elkaar.

LITERATUURLIJST

- Abrams, B. (2010). Evidence-based music therapy practice: An integral understanding. *Journal of Music Therapy*, Vol. XLVII (4), 351-379.
- Akhtar, N. & Bradley, E.J. (1991). Social information processing deficits of aggressive children: Present findings and implication for social skills training. *Clinical Psychology Review*, 11, 621-644.
- Andrews, D.A. (1995). The psychology of criminal conduct and effective treatment. In: J. McGuire (Ed.). *What Works: Reducing re-offending*. Wiley: Chichester.
- Andrews, D.A., Leshied, A. & Hoge, R.D. (1992). *Review of the profile, classification and treatment literature with young offenders: A social psychological approach*. Ontario: Ministry of Community Social Services.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Argyle, M. & Kendon, A. (1967). The experimental analysis of social performance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 3, 55-97.
- Aos, S., Miller, M. & Drake, E. (2006). *Evidence based adult corrections programs: what works and what does not*. Olympia: Washington State Institute for Public Policy.
- Arntz, A. & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Augusteijn, H.E.M. (2009). *Er was eens, in een Justitiële Jeugdinstelling hier ver vandaan...* Onderzoeksverslag afstudeerproject. Heerlen: Hogeschool Zuyd – Opleiding Creatieve Therapie.
- Baas, N.J. (2005). *Wegen naar een recht pad. Strafrechtelijke interventies voor delinquente jongeren, inclusief verplichte nazorg, en naar het effect van interventies die zich voor een strafrechtelijk kader zouden kunnen lenen, alsmede naar interventiecondities die dat effect beïnvloeden*. Den Haag: WODC.
- Baillie, C. (1998). Art as therapy in a young offender institution. In: M. Liebmann (Ed). *Art therapy with offenders*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- 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., Schuurisma, 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.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Show, B.F. & Emery, G. (1979), *Cognitive therapy of depression. A treatment manual*, Guilford Press, New York.
- 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, 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'. Jeugdinstellingen 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 jeugdinstellingen*, 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.
- Boeije, H. (2005) *Analyseren in kwalitatief onderzoek. De onderzoekspraktijk.* Den Haag: Boom Lemma Uitgevers.
- Bögels, S. M. & P. van Oppen, (1999). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk.* Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Bol, M. (2002). *Jeugdcriminaliteit over de grens.* Den Haag: WODC.
- Bornmann, B.A. & Crossman, A.M. (2011). Playback Theatre: Effects on student's views of aggression and empathy within a forensic context. *The Arts in Psychotherapy*, 38 (3), 164-168.
- Bornmann, B., Mitelman, S. & Beer, D. (2007). Psychotherapeutic relaxation: How it relates to levels of aggression en a school within inpatient child psychiatry. A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 34 (3), 216-222.
- Bosch, L. M.C. van den & 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.
- Brody, S. (1976). *The effectiveness of sentencing a review of the literature.* London: Pub HMSO.
- Bruscia, K. E. (1987). *Improvisational models of music therapy.* Springfield: Charles C. Thomas Publisher.

- 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.
- Damasio, A.R. (2010). *Het zelf wordt zich bewust. Hersenen, bewustzijn, ik*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Daveson, B.A. & Edwards, J. (2001). A descriptive study exploring the role of music therapy in prisons. *The Arts in Psychotherapy*, 28 (2), 137-141.
- 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 onzinpyschologie. *NRC Handelsblad*, 18 augustus.
- Diden, R. & Moonen, X. (red.) (2007). *Met het oog op behandeling. Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een verstandelijke beperking*. Gezamenlijke uitgave van De Borg en Landelijk Kenniscentrum LVG. Amersfoort: Bergdrukkerij.
- Dienst Justitiële Inrichtingen (2009). *Organisatiestructuur sector justitiële jeugdinrichtingen*. Februari 2009. www.dji.nl
- Dijksterhuis, A. (2007). *Het slimme onbewuste. Denken met gevoel*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Dodge, K.A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In: D. Pepler & K. Rubin (Eds.). *The development and treatment for childhood aggression*. Hillsdale: Erlbaum, pp. 201-218.
- Dodge, K.A. & Coie, J.D. (1987). Social Information-processing factors in reactive en proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (6), 146-158.
- Dorelijers, Th.A.H. (1995). *Diagnostiek tussen jeugdstrafrecht en hulpverlening*. Proefschrift Universiteit Utrecht. Arnhem: Gouda Quint.
- Drieschner, K. (1997). *Vermindering van boosheid door muziektherapie: een gecontroleerd effectonderzoek met forensisch psychiatrische cliënten*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- 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.
- Elligan, D. (2004). *Rap therapy: a practical guide for communicating with youth and young adults through rap music*. New York: Kensington.
- Ellis, A., & Backx, W. (1996), *Moeten maakt gek. Pak zelf uw emotionele problemen aan*, Anthos, Baarn.
- Equip Nederland. *Wat is Equip?* Januari 2010. www.equipnederland.com
- Eronen, M., Hakola, P. & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behaviour in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497-501.
- Evans, C., Mellor-Clark, F., Margison, M., Barkham, K., Audin, J., Connel, M. et al (2000). CORE: Clinical outcomes in routine evaluation. *Journal of Mental Health*, 9 (3), 247-255.

- Ezell, M. & Levy, M. (2003). An evaluation of an arts program for incarcerated juvenile offenders. *Journal of Correctional Education*. Available at: www.findarticles.com/p/articles/mi_qa4111/is_200309/ai_n9292157
- Farr, M. (1997). The role of dance/movement therapy in treating at-risk African American adolescents. *The Arts in Psychotherapy*, 24 (2), 183-191.
- Feltz-Cornelis, C.M. van der, Volker, D. & Heer, E. de (2010). *Routine Outcome Monitoring: ontwikkelingen in de GGZ*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Fite, P.J. & Vitulano, M. (2010). Proactive and reactive aggression and physical activity. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 33 (1), 11-18.
- Freeman, G.D., Sullivan, K. & Fulton, C.R. (2003). Effects of creative drama on self-concept, social skills and problem behaviour. *Journal of Educational Research*, 96 (3), 131-138.
- Frick, P.J., e.a. (2003). Callous unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 457-470.
- Gaines, B. & Barry, L.M. (2008). The effect of a self-monitored relaxation breathing exercise on male adolescents aggressive behavior. *Adolescence*, 43 (170), 291-302.
- Gardstrom, S.C. (1999). Music exposure and criminal behavior: Perceptions of juvenile offenders. *Journal of Music Therapy*, XXXVI (3), 207-221.
- Geest, V. van der, Bijleveld, C. & Wijkman, M. (2005). *Delinquentie na behandeling*. Den Haag: NSCR.
- Gendreau, P., Little, T. & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What Works? *Criminology*, 34, 575-607.
- Gendreau, P. & Ross, B. (1979). Effective Correctional Treatment: Bibliotherapy for Cynics. *Crime & Delinquency*, 25 (4), 463-489.
- Gendreau, P. & Ross, R.R. (1987). Ramifications of rehabilitation evidence from the 1980s. *Justice Quarterly*, 4, 349-408.
- Gerritsen, E. (2010). Teveel eisen aan jeugdinterventies. *BMC Adviesmanagement*, 3 (97), 1.
- 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.
- 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.
- Hakvoort, L. (2008). Rapmuziektherapie. Een muzikale methodiek. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 4 (4), 15-21.
- Hall, L. & Long, C.G. (2009). Back to basics: progressive muscle relaxation (PMR) training for women detained in conditions of medium security. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20 (3), 481-492.
- Hanna, F.D. & Hunt, W.P. (1999). Techniques for psychotherapy with defiant, aggressive adolescents. *Psychotherapy*, 36 (1), 56-68.
- Hanrath, J. (2009). Opvoeden in een gesloten jeugdinstelling: een contradictio in terminis? *Proces*, (88) 3, 182-189.
- Hare, R.D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (2nd ed.)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D., Clark, D., Grann, M. & Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: an international perspective. *Behavioural Sciences & the Law*, 18 (5), 623-645.

- Hartz, L. & Thick, L. (2005). Art therapy strategies to raise self-esteem in female juvenile offenders: A comparison of art psychotherapy and art as therapy approaches. *Art Therapy: Journal of the American Art Therapy Association*, 22 (2), 70-80.
- Hayes, S.C., Follette, V.M. & Linehan, M.M. (red.) (2006). *Mindfulness en acceptatie. De derde generatie gedragstherapie*. Amsterdam: Harcourt.
- Hegi, F. (1999). *Übergänge zwischen Sprache und Musik. Die Wirkungskomponenten der Musiktherapie*. Paderborn: Junfermann.
- Heiden-Attema, N. van der & Bol, M.W. (2000). *Moeilijke jeugd, risico- en protectieve factoren en de ontwikkeling van delinquent gedrag in een groep risicojongeren*. Den Haag: WODC.
- Hendrickx, M. (2003). Psychometrische evaluatie van de Nederlandstalige versie van de Agressie Beoordelingsschaal van Dodge en Coie (1987). *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 36, 33-43.
- Hermanns, J. (2009). Nieuwe wegen in het terugdringen van recidive? *Proces*, (88) 3, 147-154.
- Hermanns, J. & Menger, A. (2009). *Walk the line. Over continuïteit en professionaliteit in het reclasseringswerk*. Utrecht: Hogeschool Utrecht - Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Hermans, D., Eelen, P. & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hollin, C.R. (1990). Social skills training with delinquents: A look at the evidence and some recommendations for practice. *British Journal of Social Work*, 20, 483-493.
- Hollin, C.R. & Tower, P. (1986). Social skills training: Critique and future development. In: C.R. Hollin & P. Trower (Eds). *Handbook of social skills training, Volume 2: Clinical applications and new directions*. Oxford: Pergamon Press.
- Honing, H-J. (2009). *Iedereen is muzikaal*, Amsterdam: Nieuw Amsterdam Uitgevers.
- 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). *Cliënt 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.
- 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 Gedragwetenschappen.
- Kennedy, J.R. (1998). *The effects of musical performance, rational emotive therapy and vicarious experience on the self-efficacy and self-esteem of juvenile delinquents and disadvantaged children*. Unpublished doctoral dissertation. Kansas: University of Kansas.
- 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.
- Krupnick, J.L., Sotsky, S.M., Simmens, S., Moyer, J., Elkin, I., Watkins, J. & Pilkonis, P. (1996). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy pharmacotherapy outcome: Findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 532-539.
- Kurstjens, H. (2010). *Rap it Out*. Lezing op EAMT congres te Finland.
- Kurstjens, H. & Baerends, A. (2006). Actieve muziektherapie. In: H. Smeijsters (red.)(2006). *Handboek muziektherapie. Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Laan, P.H. van der (2004). Over straffen, effectiviteit en erkenning. De wetenschappelijke onderbouwing van preventie en strafrechtelijke interventie. *Justitiële Verkenningen*, 30 (5), 31-48.
- Laan, A.M., van der, Blom, M., Verwers, C., & Essers, A.A.M. (2006). *Jeugddelinquentie: risico's en bescherming*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers, WODC.
- 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.
- 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.
- Mulder, J. (2008). *Use it or lose it, Music preferences and uses related tot psychosocial functioning among adolescents and young adults*. Wageningen: Ponsen & Looijen.
- 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 trail. *Stress and Health*, 21,169-175.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., Valk, I.E. van der, Wijnroks, L., Vermeer, A. & Matthys, W.C.H.J. (2004). Sociale probleem oplossingsvaardigheden als verklaring voor gedragsproblemen van kinderen met lichte verstandelijke beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met Verstandelijke Beperkingen*, 30, 219-233.
- Nijland, N. (2009). *Motivatiemodule PMT voor de forensisch psychiatrie*. Franeker

- Nissimov-Nahum, E. (2008). A model for art therapy in educational settings with children who behave aggressively. *The Arts in Psychotherapy*, 35 (5), 341-348.
- Nissimov-Nahum, E. (2009). Use of a drawing task to study art therapists' personal experiences in treating aggressive children. *The Arts in Psychotherapy*, 36 (3), 140-147.
- 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).
- Olthof, J. & Vermetten, E. (1994). *De mens als verhaal*. Utrecht: De Tijdstroom.
- 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.
- Rentray (2009). *Behandelmethodiek*. Januari, www.rentray.nl.
- Rentray (2010). http://rentray.nl/template_new.php?pid=over_rentray&id=12 (gelezen 20.09.2010).
- 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).
- 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.
- 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, 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.
- 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.
- Sanderlin, T.K. (2001). Anger management counseling with the antisocial personality. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 4, 9-11.
- Scarpa, A. & Raine, A. (1997). Psychology of anger and violent behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 20 (2), 375-394.
- Skeem, J., Monahan, J. & Mulvey, E. (2002). Psychopathy, treatment involvement and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 26, 577-603.
- Sloan, T. (1997). Theories of personality: Ideology and beyond. In: D. Fox, & I. Prilleltensky (Eds.). *Critical psychology: An introduction*. London: Sage.
- Slot, N.W. (1988). *Residentiële hulp voor jongeren met antisociaal gedrag*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Slotoroff, 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. & Pénczes, I. (2012). Practice Based Evidence en Evidence Based Practice. Een verheldering van begrippen. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 8 (2).
- Smeijsters, H., Braak, J. van den, Helmich, M., Reumers, H. & Wekken, J. van der (2009). *Vaktherapie in de justitiële jeugdinrichtingen en de gesloten jeugdzorg*. Kaderdocument voor alle vaktherapieën. Heerlen/Cadier & Keer: KenVaK/Melos/Het Keerpunt.
- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2004). *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie* (2004). Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2006). The treatment of aggression by means of arts therapies in forensic psychiatry. Results of a qualitative inquiry. *The Arts in Psychotherapy*, 33 (1), 37-58.
- Smeijsters, H., Kil, J., Kurstjens, H., Welten, J. & Willemars, G. (2011). Arts therapies for young offenders in secure care. A practice based research. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 41-51. Spanjaard, H. & Es, D. van (1999). *Competentievergroting in een jeugdinrichting*. Duivendrecht: PI Research, afdeling GT & FOC Kolkemate.
- Spellacy, F.J. & Brown, W.G. (1984). Prediction of recidivism in young offenders after brief institutionalization. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (4), 1070-1074.
- Spence, S. H. (1981a). Differences in social skills performance between institutionalized juvenile male offenders and a comparable group of boys without offence records. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 163-171.
- Spence, S. H. (1981b). Validation of social skills of adolescent males in an interview conversation with a previously unknown adult. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 14, 159-168.
- Spivack, G., Platt, J.J. & Shure, M.B. (1976). *The problem-solving approach to adjustment: A guide to research and intervention*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Spreen, M. (2009). *Lectorale rede*. Leeuwarden: Stenden Hogeschool.
- Spreen, M., Timmerman, M.E., Horst, P. ter & Schuringa, E. (2010). Formalizing clinical decisions in individual treatments: Some first steps. *Journal of Forensic Psychology Practice*, 10, 285-299.
- Stallard, P. (2006). *Denk Goed - Voel je Goed. Cognitieve gedragstherapie voor kinderen en jongeren*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.

- Stams, G.J. (2011). Het evidence based gebouw in de jeugdzorg. Lezing tijdens het congres '100 Jaar Het Keerpunt' te Maastricht.
- Starniske, G. (2008). Leertheorie als basis van vaktherapie. *Tijdschrift voor vaktherapie* 2, 25-30.
- Stern, D.N. (1985/2000). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and development psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton.
- Stern, D.N. (2010). *Forms of vitality. Exploring dynamic experience in psychology, the arts, psychotherapy, and development*. Oxford: Oxford University Press.
- Stinckens, N., Verdru, H. & Leijssen, M. (2009). Meestertherapeuten en het geheim van hun succes: het belang van praktijkgeoriënteerd onderzoek en monitoring. *PsychoPraxis*, 11 (3), 96-103.
- Strauss, A., Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*. California: Sage publications.
- Swaab, D. (2010). *Wij zijn ons brein. Van baarmoeder tot Alzheimer*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, Division of Clinical Psychology, American Psychological Association (1995). Training in dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Thaut, M. (1992). Music therapy in correctional psychiatry. In: W. Davis, K. Gfeller & M. Thaut (Eds). *An introduction to music therapy: theory and practice*. Dubuque: W.C. Brown Publishers.
- Thaut, M. (1989a). The influence of music therapy interventions on self-rated changes in relaxation, affect, and thought in psychiatric prisoner-patients. *Journal of Music Therapy*, 26, 155-166.
- Thaut, M. (1989b). Music therapy, affect modification, and therapeutic change. *Music Therapy Perspectives*, 7, 55-62.
- 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.
- Töpker, R. (1996). *Ich singe, was ich nicht sagen kann: zu einer morphologischen Grundlegung der Musiktherapie*. Münster: LIT Verlag.
- 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.
- Verhofstadt-Denève L. (2007). *Zelfreflectie en persoonsontwikkeling*. Leuven: Acco.
- Verstegen, R. & Lodewijks, H.P.B. (2006). *Interactiewijzer. Analyse en aanpak van interactieproblemen in professionele opvoedingssituaties*. Assen: Van Gorcum.
- Vien, V.A. & Beech, A.R. (2006). Psychopathy: theory, measurement and treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7 (3), 155-174.
- Vinke, A., Vogelvang, B.O., Erfteijer, L. & Veldkamp, E. (2004). *Handleiding RISc: Recidive Inschatting Schalen. Gebruikersversie 1.0*. Woerden/Utrecht: Adviesbureau Van Montfoort/Stichting Reclassering Nederland.
- Vitiello, B. & Stoff, D. (1997). Subtypes of aggression and their Relevance to child psychiatry. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36 (3), 307-315.
- Vogelvang, B. (2005). *De jongere aanspreken. Handboek methode jeugdreclassering*. Utrecht/Woerden: MO Groep / Adviesbureau Van Montfoort.
- Vogelvang, B.O., Van Burik, A., Van der Knaap, L.M., Wartna, B.S.J. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland*. Den Haag: Adviesbureau Van Montfoort/WODC.
- Vreeswijk, M. van, Broersen, J. & Nadort, M. (red.)(2008). *Handboek schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Vreugdenhil, C. (2003). *Psychiatric disorders among incarcerated male adolescents in The Netherlands*. Amsterdam: proefschrift VU.
- Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Hillsdale: Erlbaum.
- Weerman, F.M. & Laan, P.H., van der (2006). *Het verband tussen spijbelen, voortijdig schoolverlaten en criminaliteit*, In: Justitiële verkenningen 6/06, Spijbelers en drop-outs, WODC (2006).
- Weertman, A. (2008). Gebruik van experiëntiële technieken voor diagnostiek In: M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort, M. (red.). *Handboek schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Weisz, J.R., McCarthy, C. & Valeri, S.M. (2006). Effects of psychotherapy for depression in children and adolescents. A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 132 (1), 132-149.
- 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.
- 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 AUTEURS³⁹

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.

³⁹ 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. Helderstichting 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 basis cursus gedragstherapie gevolgd en combineert psychomotorische therapie met cognitieve gedragstherapie en dramatherapeutische werkvormen. Hij volgt supervisie ten behoeve van zijn registratie als cognitief gedragtherapeutisch medewerker.

Hoofdstukken beeldende therapie

Gemmy Willemars, MATH, SRATH, is als beeldend therapeut en bestuurslid verbonden aan het forensische werkveld. Zij is werkzaam als docent methodiekontwikkeling en praktijkonderzoek aan de opleiding Creatieve Therapie van de Hogeschool Utrecht in Amersfoort. Zij is tevens lid van KenVaK.

Marjan Helmich, zie boven

Hoofdstukken dans-bewegingstherapie

Julie Kil MSc, MDATH, SRDATH, Zuyd Hogeschool, werkt als dans-bewegingstherapeute in de forensische psychiatrie, met als zwaartepunten: delictverwerking, trauma en agressieregulatie. Zij werkt bij Hogeschool Codarts als researchbegeleidster, is gastdocente bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en Stenden Hogeschool, bestuurslid van de Nederlandse Vereniging voor Danstherapie (NVDAT) met de portefeuille Kennisinnovatie.

Eefje Prins

Hoofdstukken dramatherapie

Jaap Welten, MDTh, SRDTh, is als onderzoeker van KenVaK en projectleider verantwoordelijk geweest het onderdeel dramatherapie in dit RAAK-project. Hij is senior-docent dramatherapie bij de bachelor Creatieve Therapie en bij de Master of Arts Therapies en werkzaam bij de Hogeschool Zuyd.

Josefien van der Wekken, zie boven

Sanne van der Kolm

Jorg de Man, Dramatherapeut & Stagegeleider op Avenier

Marjolein Scholten, sinds 2009 werkzaam als dramatherapeut op Avenier locatie Alexandra. Vanaf maart 2012 werkzaam als dramatherapeut op Avenier locatie De Vaart te Sassenheim.

Hoofdstukken muziektherapie

Drs. Han Kurstjens, SRMTh, Projectleider Muziektherapie, psycholoog, muziektherapeut, docent muziektherapie aan de Hogeschool Utrecht te Amersfoort, supervisor en onderzoeker bij KenVaK

Frederik Esbach, rMth, werkzaam als muziektherapeut op JJI Den Hey-Acker in Breda. Hiervoor heeft hij gewerkt met en voor mensen met een ernstige verstandelijke beperking en mensen met een psychiatrische ziekte.

Heinz Reumers, MTh, zie boven

Hoofdstukken psychomotorische therapie

Pijke Dijkema, MPMTh, zie boven

Thea Braun-de Bijl

Sander Fauth

DANKZEGGING

Dit boek is het resultaat van een praktijkgericht onderzoek in de jaren 2008-2010, uitgevoerd in het kader van een RAAK project, dat toegekend werd door de Stichting Innovatie Alliantie (SIA) ⁴⁰. 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	<ul style="list-style-type: none">• 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

⁴⁰ 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	
<p><i>Leden van de mediumprojectgroepen</i></p>	<p>Beeldende therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> 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) <p>Dans-bewegingstherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Julie Kil, Eefje Prins (O.G. Heldring), Eva van den Boom (LSG-Rentray) <p>Dramatherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Jaap Welten, Sanne van der Kolm (Avenier), Jorg de Man (Avenier), Marjolein Scholten (Avenier) en Josefien van der Wekken (O.G. Heldring) <p>Muziektherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Han Kurstjens, Frederik Esbach (Den Hey-Acker), Victor Macaré (De Sprengen) en Heinz Reumers (Stichting Jeugdzorg St. Joseph) <p>Psychomotorische therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Julie Kil & Pijke Dijkema, Thea Braun-de Bijl (Den Hey-Acker), Sander Fauth (Teylingereind) en Robbert Otte (LSG-Rentray)
<p><i>Belangstellende meelezers</i></p>	<p>Beeldende therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Hans Hoog Stoevenbelt (LSG-Rentray). <p>Dans-bewegingstherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Mady de Jongh (GGZ/RIAGG, Maastricht) en Monique Peters ('s Heerenloo). <p>Dramatherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Elsa van den Broek (de Rooyse Wissel), Tessa Bruggeman (LSG-Rentray), Judith Hollands (Riagg Maastricht) <p>Muziektherapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Rob van Alphen (De Doggershoek) & Nan van Leeuwen (LSG-Rentray) <p>Psychomotorische therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> Pim Hoek MPMT (FPC Veldzicht), Moeneke Nijkamp (Kairos), Patrick Spee ('s Heerenloo), Sonja Vos (Pompekliniek), Frank Winkel (AFPN Assen), Evelien Wolters (Avenier).

Studenten	Hogeschool Zuyd <ul style="list-style-type: none"> • Hilde Augusteijn • René Florussen • Eline Godts • Janske van Kollenburg • Silke Loenen • Simone Penders • Heinz Reumers • Sarah Stienecke • Sanne Sturmans Hogeschool Utrecht <ul style="list-style-type: none"> • Deborah Bettx • Lisa Blommaert • Laura Jaspers • Oda Kuijpers
Onderzoekers / gedragswetenschappers / coördinatoren van de instellingen	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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	<ul style="list-style-type: none"> • 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)