

Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg

Resultaten van praktijkgericht onderzoek



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

Beeldende therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg

Resultaten van praktijkgericht onderzoek

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

KenVaK / KenVaK Publishers

2012

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

208 blz.
ISBN 978-94-91460-01-2
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	63
3.4 Vaktherapie en andere psychotherapieën	68
3.4.1 Schemagerichte therapie	68
3.4.2 Dialectische gedragstherapie	70
3.4.3 Mentalisering bevorderende therapie	71
3.4.4 Cognitieve gedragstherapie	72
3.4.5 Discussie: wederzijdse beïnvloeding.....	74

4	Interventie beeldende therapie	78
4.1	Inleiding	78
4.2	Onderzoeksmethode	78
4.2.1	Dataverzamelingstechnieken.....	79
4.2.2	Data-analyse technieken.....	79
4.2.3	Kwaliteitscriteria	80
4.2.4	Kwaliteitstechnieken.....	80
4.2.5	Respondenten	80
4.2.6	Discussie	81
4.3	Interventie beeldende therapie overkoepelend voor alle kerngebieden.....	82
4.3.1	Rationale	82
4.3.2	Werkwijzen	83
4.3.3	Doelen.....	85
4.3.4	Methode.....	88
4.3.5	Werkvormen en technieken	92
4.3.6	Fasering, intensiteit en duur van de therapie	93
4.4	Zelfbeeld	95
4.4.1	Doelen	95
4.4.2	Werkwijzen	95
4.4.3	Methode.....	95
4.4.4	Werkvormen	96
4.4.5	Therapeutische houding en technieken	97
4.5	Emotie.....	98
4.5.1	Doelen	98
4.5.2	Werkwijzen	98
4.5.3	Methode.....	98
4.5.4	Werkvormen	99
4.5.5	Therapeutische houding en technieken	100
4.6	Interactie.....	101
4.6.1	Doelen	101
4.6.2	Werkwijzen	101
4.6.3	Methode.....	101
4.6.4	Werkvormen	103
4.6.5	Therapeutisch houding en technieken	103
4.7	Cognitie	104
4.7.1	Doelen	104
4.7.2	Werkwijzen	104
4.7.3	Methode.....	104
4.7.4	Werkvormen	105
4.7.5	Therapeutisch houding en technieken	105
5	Review van kwalitatief en kwantitatief onderzoek.....	107
5.1	Inleiding	107

5.2	Systematic review	107
5.3	Conclusies naar aanleiding van de systematic review	120
5.3.1	Dramatherapie	120
5.3.2	Muziektherapie.....	121
5.3.3	Beeldende therapie.....	122
5.3.4	Dans-bewegingstherapie.....	123
5.3.5	Psychomotorische therapie	124
5.3.6	Alle media	124
6	Kwalitatief proces-effectonderzoek.....	126
6.1	Inleiding	126
6.2	Methode	126
6.2.1	Procesevaluatie	126
6.2.2	Programma-evaluatie	127
6.2.3	Data-analyse.....	129
6.2.4	Respondenten	130
6.2.5	Discussie	130
6.3	Kwalitatieve resultaten beeldende therapie.....	132
6.3.1	Zelfbeeld	132
6.3.2	Emotie	138
6.3.3	Interactie	145
6.3.4	Cognitie.....	147
6.3.5	De therapeutische alliantie.....	150
6.3.6	Conclusie	155
7	Kwantitatief effectonderzoek	157
7.1	Inleiding	157
7.1.1	Design	157
7.1.2	Effectevaluatie	159
7.2	Kwantitatieve resultaten	161
7.2.1	Zelfbeeld	161
7.2.2	Emotie	162
7.2.3	Interactie	162
7.2.4	Cognitie.....	163
7.3	Discussie.....	164
	Literatuurlijst.....	172
	De auteurs.....	190
	Dankzegging	193
Bijlage 1	Kerngebieden waar de vaktherapieën aan werken.....	196
Bijlage 2	Indicaties en contra-indicaties.....	197
Bijlage 3	Voorbeelden van werkvormen voor de Kerngebieden	198

INLEIDING

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hoofdstuk 7 bevat de kwantitatieve resultaten van de meervoudige 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 Jeugdinstellingen en de Gesloten Jeugdzorg

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

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

een verschil in recidiveniveau tussen beide groepen. Wong en Hare (2005) ontwikkelden richtlijnen voor effectieve behandeling van gewelddadige criminele psychopaten. Hoewel er weinig verschil is tussen de behandeling beschreven in de richtlijn en behandelvormen voor niet-psychopaten besteden zij veel aandacht aan wat behandelaars absoluut 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 jeugdrichting 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 stafleden
- implementatie en uitvoering van het programma worden voortdurend onderzocht

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.4.3 Specifiek werkzame factoren: thema's en aangrijpingspunten

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOOFDSTUK 2

VAKTHERAPIE EN DYNAMISCH CRIMINOGENE FACTOREN BIJ DE DOELGROEP

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

2.1 Inleiding

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

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

2.2 Dynamisch criminogene factoren

Er zijn diverse indelingen van criminogene factoren gemaakt.

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

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

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

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

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

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

Belangrijke (dynamisch) criminogene factoren zijn:

Gezinssituatie

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

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

Opleiding en werk

Weerman en Van der Laan (2006) geven in een overzichtstudie aan dat er een duidelijke relatie is tussen spijbelgedrag, voortijdig schoolverlaten en jeugdcriminaliteit. 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 delinquente jongeren verschillende cognitieve tekorten en een gebrek aan sociale en/of probleemoplossende vaardigheden hebben. Cognitieve tekorten zijn belemmeringen om gebeurtenissen adequaat op te merken en te interpreteren. Evenals rationalisaties, de aanwezigheid van gedragstoornissen en een laag IQ, zijn dit sterke voorspellers van recidive. De kernovertuigingen zijn een belangrijke dynamische factor. Deze kernovertuigingen liggen vaak ten grondslag aan agressief gedrag. De jongeren nemen selectief waar en gaan er al snel vanuit dat iemand zich vijandig tegenover hen opstelt.

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

2.3 Vaktherapie, dynamisch criminogene factoren en protectieve factoren

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

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

Het betreft:

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

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

Het gaat om de volgende items van de SAVRY:

Ervaren stress en copingvaardigheden

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

Negatieve opvattingen en kernovertuigingen

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

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

Risikant gedrag en impulsiviteit

SAVRY item 18 betreft impulsiviteit en 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 strafresistant van minmaal een half jaar vanaf de start van de interventie.

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

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

- Op item 2.8 een 'nee' op vraag d (aanleiding tot delict is de emotionele toestand, w.o. boosheid), en/of
- Op item 2.11 een score 1 (nee) op item a (delicten zijn onderdeel van een patroon).
- Een lage mate van reactieve agressie zoals blijkt uit een score lager dan 11.32 op de factor reactieve agressie van de RPQ (Raine e.a., 2006)
- Een hoge mate van proactieve agressie zoals blijkt uit een score hoger dan 6.26 of hoger op de factor proactieve agressie van de RPQ (Raine e.a., 2006)⁶
- Sterke psychopathische trekken zoals blijkt op de *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Hare, 1991), specifiek de jeugdversie (De Ruiter, Kuin, De Vries, & Das, 2002)
- Jongeren die verslaafd zijn en onvoldoende grip hebben op hun verslaving, te beoordelen door de gedragswetenschapper in de inrichting

Selectie per medium

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

Alle vaktherapieën zijn in staat met de vier kerngebieden te werken. Veel praktijkinstellingen kunnen 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 uitgeprobeerd 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.

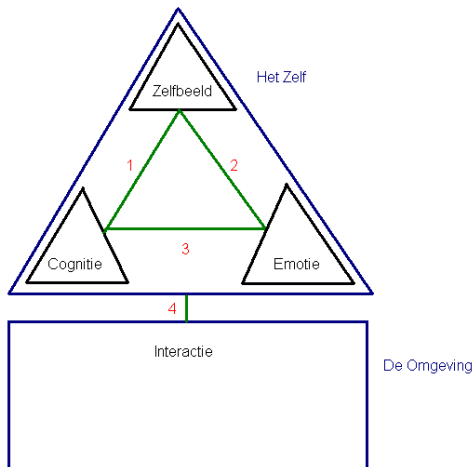
Specifieke doelen binnen de vaktherapie worden geformuleerd door een algemene probleemanalyse op te stellen van de problematiek (indien dit niet al gedaan is). Vervolgens wordt in overleg met het team en de jongere gekozen op welk (probleem)gebied men zich zal richten en hier vervolgens duidelijk omschreven 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'. Cycliciteit is ook waar te nemen in sociale processen, waaronder het wordingsproces van delinquentie en het herstel van delinquentie. Delinquentie wordt in dit model gezien als onverbondenheid tussen het zelf (als geheel) en de omgeving. Het herstel betekent een proces van psychische integratie.

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

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

Subdoelen van de vaktherapie zijn:

1. Verbondenheid ontwikkelen tussen de Cognities en het Zelfbeeld

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

2. Verbondenheid ontwikkelen tussen het Zelfbeeld en Emoties

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

3. *Verbondenheid ontwikkelen tussen de Emoties en Cognities*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

⁹ Bron: Smeijsters (2008).

Werkwijzen

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

Voorbeelden van werkwijzen zijn:

- *Supportieve werkwijze*

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

Binnen deze categorie is de volgende onderverdeling mogelijk:

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

- *Palliatieve werkwijze*

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

- *Ortho(ped)agogische / ontwikkelende werkwijze*

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

- *Re-educatieve werkwijze*

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

De categorie kent de volgende onderdelen:

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

- *Reconstructieve / Inzichtgevende-plus- werkwijze*

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

Methode

Een vaktherapeutische methode heeft als kenmerken dat ze:

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

Werkvormen

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

Voorbeelden van dergelijke werkvormen in verschillende media zijn:

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

Therapeutische technieken

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

Binnen een werkvorm kan de vaktherapeut verschillende therapeutische technieken toepassen.

Voorbeelden van technieken¹⁰ zijn:

- synchroniseren
- confronteren
- reflecteren

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

Kerngebied zelfbeeld

Kerdoel: Versterken van een reëel zelfbeeld

Subdoelen:

- Verstevigen 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
 - Ontlocken: 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, dans-bewegingstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie (PMT).¹²

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

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

3.2 Een niet-cognitieve interventie

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

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

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

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

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

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

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

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

3.3 De werking van vaktherapie

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

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

Interne werkmodellen en impliciet weten

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

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

Kernzelfervaringen en vitality affects

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

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

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

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

Werken in het medium

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

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

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

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

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

Positieve ervaringen in het medium

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

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

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

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

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

Empowerment

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

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

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

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

Analogie

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

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

Van buiten naar binnen

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

Van binnen naar buiten

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

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

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

Samengevat

Vaktherapie:

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

Overkoepelende vaktherapeutische doelen die hieruit afgeleid worden zijn:

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

3.4 Vaktherapie en andere psychotherapieën

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

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

3.4.1 Schemagerichte therapie

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

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

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

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

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

Schema's zijn cognitief van aard. Zij resulteren in een *schemamodus*. Een schemamodus is een steeds wisselende, kortdurende, alles overheersende gemoedstoestand waar meerdere schema's aan ten grondslag liggen. Het is een manier van reageren als een schema wordt opgeroepen. Bernstein, Arntz en De Vos (2007) en Bernstein, De Vos en Arntz (2008) noemen de *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:

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

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

Dialectische gedragstherapie is erkend binnen het justitieel werkveld.

Vaktherapie en dialectische gedragstherapie

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

3.4.3 Mentalisering bevorderende therapie

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

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

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

Vaktherapie en mentalisering bevorderende therapie

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

3.4.4 Cognitieve gedragstherapie¹⁵

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vaktherapie en cognitieve gedragstherapie

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

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

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

- *Relaxatie*

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

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

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

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

3.4.5 Discussie: wederzijdse beïnvloeding

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

Binnen de psychomotorische therapie wordt op een integratieve wijze gebruik gemaakt van verschillende theoretische referentiekaders. Vanuit het middel bewegen en 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

HOOFDSTUK 4

INTERVENTIE BEELDENE THERAPIE

Gemmy Willemars & Marjan Helmich

4.1 Inleiding

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

4.2 Onderzoeksmethode

Practice-based evidence

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

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

Professionals als co-onderzoekers

De rol van de professional is ontleend aan de naturalistic/constructivistic inquiry (Lincoln & Guba, 1985). In dit project fungeren de vaktherapeuten niet als respondenten, maar als co-onderzoekers. Co-

onderzoeker zijn betekent dat zij niet alleen toeleverancier van gegevens zijn, maar tijdens alle fasen van het project een zeer actieve rol spelen. Enkele kenmerken van deze methode zijn:

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

4.2.1 Dataverzamelingstechnieken

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

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

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

4.2.2 Data-analyse technieken

- *coderen*: verschillende vormen van tekstcoderingen die uitmonden in de topicstructuur;
- *categoriseren*: soortgelijke codes uit meerdere interviews bij elkaar zetten in een categorie (bijvoorbeeld in de categorie ‘werkvormen’ bij ‘zelfbeeld’). Binnen de categorie onderscheid maken tussen subcategorieën (bijvoorbeeld verschillende typen werkvormen zoals ‘werkvormen gericht op eigenheid’);
- *thematiseren*: binnen de afzonderlijke (sub)categorieën fragmenten met vergelijkbare codes integreren tot een thema dat de kern weergeeft (bijvoorbeeld in de subcategorie ‘werkvormen gericht op eigenheid’ het thema ‘werkvormen om te ontdekken wie je bent’). Daarbij wordt gebruikt gemaakt van de analysetechnieken zoals schrappen, selecteren, parafraseren, integreren;

- *zoeken naar relaties*: thema's uit meerdere (sub)categorieën aan elkaar relateren (bijvoorbeeld 'een werkvorm die ruimte geeft voor eigen inbreng leidt tot opgewektheid'). Hier zijn twee thema's aan elkaar gerelateerd ('ruimte voor eigen inbreng' en het resultaat hiervan 'opgewektheid').

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

4.2.3 Kwaliteitscriteria

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

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

4.2.4 Kwaliteitstechnieken

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

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

4.2.5 Respondenten

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

De mediumprojectgroepen werden geleid door de KenVaK onderzoekers Julie Kil (danstherapie en psychomotorische therapie), Han Kurstjens (muziektherapie), Jaap Welten (dramatherapie) en Gemmy Willemars (beeldende therapie). De volgende vaktherapeuten hebben aan de ontwikkelfase als projectlid/auteur 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 beeldende therapie overkoepelend voor alle kerngebieden¹⁹

Vaktherapeuten werken met de kerngebieden zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie zoals beschreven in Hoofdstuk 2. Alle interventies in dit hoofdstuk zijn toegespitst op deze kerngebieden. Per vaktherapie zijn met betrekking tot de kerngebieden keuzes gemaakt die optimaal aan het eigen medium tegemoet komen. Zie ook Willemars & Helmich (2010). Deze paragraaf heeft betrekking op alle kerngebieden.

4.3.1 Rationale

Beeldende therapie is een therapie waarbij het leerproces op een intuïtieve, niet cognitieve, gevoelde vorm van bewustzijn, plaatsvindt. Beeldende vormgevingsprocessen hebben een sterke lichamelijke, emotionele basis en leiden tot intuïtief, gevoelsmatig, verbeeldend begrijpen (Smeijsters, 2008a/2010; 2008b). Dat maakt dat beeldende therapie een therapie is die goed aansluit bij de jongeren die in JJI's verblijven. Bij jongeren in de JJI's is er vaak sprake van een verstandelijke beperking (LVG), PDD-NOS, ADHD en/of gedragsstoornissen en ontwikkelingsstoornissen.

Voor deze jongeren is het van belang dat hun acties terug te zien zijn in een tastbaar, voelbaar en zichtbaar resultaat. Het concrete resultaat van de actie en de ontwikkeling van de verschillende acties is blijvend. Er kan op teruggekeken worden, zodat de jongeren zelf zicht krijgen op het geleerde en de ontwikkeling die zij doormaken. Voor hen is het belangrijk om zelf letterlijk meer grip te krijgen op eigen acties, omdat hen veel dingen overkomen en het volgens hen aan de omgeving ligt. Wanneer ze zicht krijgen op hun proces krijgen ze een concrete bevestiging van hun ontwikkeling. Dit is een erg belangrijke interventie, omdat deze jongeren vaak met een zeer laag zelfbeeld kampen.

Beeldende therapie leent zich goed om zowel een individueel als een groepsgericht aanbod te doen, afhankelijk van de visie en mogelijkheden van de instelling en de indicaties voor de behandeling van de cliënt.

Het ontwikkelde zelfbeeld van jongeren in een JJI is dikwijls negatief. De faalangst bij deze jongeren is vaak groot. Beeldende therapie heeft een scheppend karakter en is daardoor constructief van aard. Er ontstaat een beeldend product waar een versterkende werking van uitgaat.

De beeldende therapie geeft de jongere de mogelijkheid vanuit de eigen behoefte aan het werk te gaan, op een positieve manier ruimte in te nemen, trots te zijn en zichzelf te leren kennen. Het scheppende karakter van de beeldende therapie, het ontstaan van een product en iets van jezelf terug zien, kan ik-versterkend werken. Beeldend werken helpt bij het ontdekken van de eigen mogelijkheden (Budde, 2008). Het werken in het beeldend medium is in hoge mate een activiteit waarin het eigene wordt aangesproken (Schweizer, 2009)

¹⁹ Met medewerking van M. van Drie, H. Hoog Stoevenbelt, D. van Roemburg-Tack en B. Swinkels.

Beeldende materialen kunnen houvast bieden bij instabiliteit van het gevoel. Door het ontwikkelen van het eigene wordt de emotionele veerkracht vergroot. De eigen wijze waarop materie beleefd wordt en waarop het ingrijpen in de materie ervaren wordt, is net zo eigen als de innerlijke gevoelens en de innerlijke dynamiek. Tussen voelen van het materiaal en dat wat de jongere innerlijk voelt, wordt een brug geslagen. De wijze waarop een jongere in het beeldend materiaal handelt is analoog aan hoe hij zich innerlijk voelt en hoe hij buiten de therapie handelt. Gevoelens uitdrukken in beeldend materiaal is indirect, omdat het gevoel 'benoemd' wordt in het medium en niet in woorden. Door de indirecte wijze waarop de weerspiegeling plaatsvindt, is er sprake van een veilige situatie waardoor de cliënt het gevoel kan toelaten (Smeijsters, 2008a/2010; 2008b).

Het resultaat van het beeldend werken helpt bij het afstand nemen van de emotie en het integreren van de emotie. Via het gedoseerd sensorisch werken kunnen emoties worden opgeroepen en doorleefd in beeld gebracht worden, zodat de jongere er vat op kan krijgen. Emoties worden vaak getriggerd door belevingen. Beeldende materialen bevatten veel belevingskwaliteiten die om een specifieke manier van bewerken vragen.

Door interactie met onze omgeving leren we onszelf en de ander kennen. Voor jongeren met problemen op het sociale vlak is contact en intimiteit vaak bedreigend, het maakt hen kwetsbaar en dit willen zij het liefst vermijden. Het beeldend medium geeft hen de kans om via het materiaal en de vormgeving in contact te komen met de ander. Kunnen samenwerken vereist afstemming, inschattingsvermogen, vooruitdenken en het kunnen innemen van diverse interactieposities, niet alleen richting de ander maar ook richting het medium (materiaal). Een jongere leert ook door de omgang met het materiaal zich af te stemmen op de specifieke kwaliteiten van het materiaal en daardoor om zich af te stemmen op zijn omgeving, daar rekening mee te houden en de mogelijkheden te benutten.

De meeste jongeren hebben regelmatig disfunctionele denkgewoonten. Deze liggen vaak ten grondslag aan keuzes en handelingen in de beeldende therapie. Opvattingen die de therapeuten regelmatig tegen komen, zijn: "Ik mag geen fouten maken", "Het is niet goed genoeg", "Anderen zijn erop uit om mij te pakken". Hierdoor vinden zij het soms moeilijk om keuzes te maken. Ze verwachten dat ze erop afgerekend worden. En als een ander het niet doet dan doen ze het zelf wel. Door aan het werk te gaan worden de negatieve gedachten die een jongere over zichzelf heeft op houdbaarheid getoetst binnen een opdracht. Het beeldende werkstuk geeft de mogelijkheid tot zelfreflectie. Zelfreflectie doet een appel op denken/nadenken (Haeyen, 2007).

Kenmerkend bij beeldende therapie met dit soort jongeren is dat de handen heel goed 'weten' wat ze willen maken zonder dat daar het denken expliciet voor ingezet moet worden (Smeijsters, 2008a/2010).

4.3.2 Werkwijzen

De werkwijze van beeldend therapeuten in de JJI's is re-educatief, ortho-pedagogisch, supportief, of palliatief van aard (Smeijsters, 2008c). De werkwijze die ingezet wordt is afhankelijk van de doelen, de vaardigheden van de jongere en de aard van de problematiek. De verschillende werkwijzen van de beeldend therapeut kunnen elkaar afwisselen of naast elkaar optreden.

Re-educatieve werkwijze

De re-educatieve werkwijze wordt toegepast bij jongeren waarbij doelen als het opbouwen van een reëel zelfbeeld op de voorgrond staan. Daarbij staan het beleven van het eigen gedrag in het hier-en-nu en de directe oorzaken hiervan centraal. Voor jongeren die de eigen emoties nauwelijks (her)kennen wordt ook de re-educatieve werkwijze ingezet waarbij de jongere leert de eigen emoties gewaar te worden en te reguleren. Dit kan door gestructureerde, trainingsgerichte activiteiten die het probleemgedrag veranderen. Jongeren leren hierdoor emoties van elkaar te onderscheiden en hier passend (uitings)gedrag aan te koppelen. De therapeut biedt hierbij ondersteuning en merkt successen op.

Jongeren die een gebrekkig interactiegedrag laten zien en dit wel kennen maar vanwege verschillende problemen niet kunnen toepassen worden op re-educatieve wijze benaderd waarin gekeken wordt naar de problematiek die daaraan ten grondslag kan liggen. Het eigen gedrag en de beleving daarvan in het hier-en-nu hebben de focus. Via trainingsgerichte activiteiten oefent de jongere binnen de veilige kaders van de beeldende therapie met zijn gedrag.

Wanneer jongeren disfunctionele cognities hebben (denkfouten maken) wordt vaak de re-educatieve werkwijze toegepast aangezien jongeren met deze cognities baat hebben bij een inzichtgevende benadering. Gedrag en gedachtes in het hier en nu staan centraal waarbij de beeldend therapeut de link legt naar de onderliggende problematiek. Opvattingen als “Ze moeten toch altijd mij hebben” en “Ik doe toch alles verkeerd” worden benoemd als denkfouten en getoetst op houdbaarheid. Hierdoor worden deze denkfouten doorgewerkt en beïnvloed. De therapeut toont hierbij betrokkenheid en geeft adequate interpretaties.

Orthopedagogische werkwijze

Jongeren die zijn achtergebleven in bepaalde ontwikkelingsgebieden, worden behandeld met de orthopedagogische werkwijze. Hierin staat het ontwikkelen, trainen en leren van nieuwe gedragsmogelijkheden centraal. Sociale vaardigheden ontwikkelen, zich in een ander kunnen inleven en leren samenwerken zijn belangrijke doelstellingen. Jongeren leren bijvoorbeeld bepaald interactiegedrag te ontwikkelen, waarin ze tot dan toe nog geen mogelijkheden hebben aangereikt gekregen. Ze leren fijne en zinvolle contacten te maken en ze ontdekken wat ze allemaal wel leuk of fijn vinden om te doen binnen de mogelijkheden die geboden worden. Hierdoor krijgen ze meer grip op hun gedrag en hun activiteiten en dus op hun eigen leven en zijn ze minder afhankelijk in hun peer-group.

Supportieve en/of palliatieve werkwijze

Bij jongeren met onzekerheden over het eigen kunnen heeft de supportieve werkwijze een ondersteunend karakter. Doelstellingen zijn gericht op het ontwikkelen van de eigen mogelijkheden, het vergroten van het zelfvertrouwen en het scheppen van ontspanning en veiligheid. Jongeren met traumatische ervaringen of jongeren die erg angstig zijn hebben baat bij de supportieve of palliatieve werkwijze waarbij emoties geuit en verwerkt worden waardoor de ontspanning toeneemt en jongeren stabiliseren. Hierdoor reageren zij minder vaak agressief vanuit een onderliggende angst.

Bij jongeren die een tekort laten zien in het toepassen van bepaalde interactieposities wordt voor de werkwijze gekeken naar het feit of de jongere dit interactiegedrag niet *kent* of niet *kan*. Wanneer een

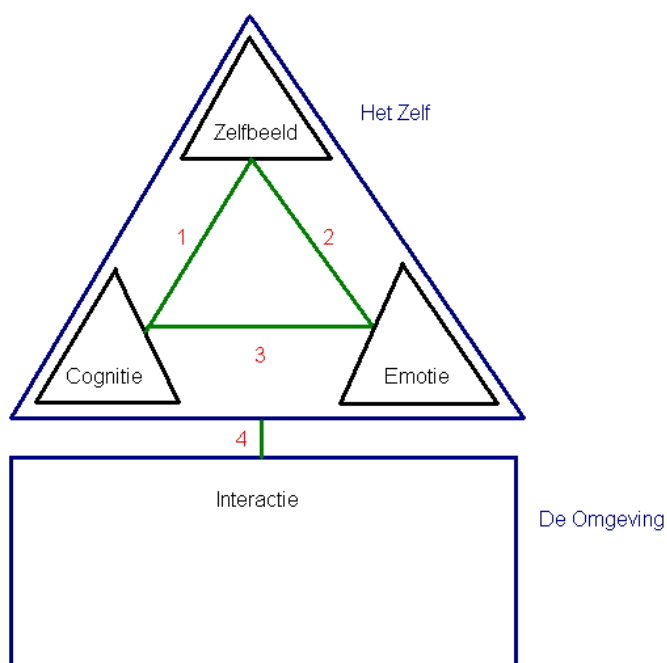
jongere bepaald interactiegedrag niet kent (hoe help je iemand, hoe geef je iemand een complimentje, hoe zeg je nee) is de beeldende therapie meer orthopedagogisch van aard (zie hierboven). Als de jongere het gedrag wel kent maar niet kan uitvoeren, bijvoorbeeld wegens een gebrek aan zelfvertrouwen of wegens wantrouwen richting andere mensen, is de therapie meer ondersteunend en supportief van aard.

<p>Supportief</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activeren • Verbeteren emotionele aanpassing • Ontwikkelen van controlemechanismen • Zelfactualisatie <p>Re-educatief</p> <ul style="list-style-type: none"> • Veranderen van zelfinzicht, zelfgevoel, zelfbeeld • Uiten en reguleren van emoties • Veranderen van probleemgedrag in de interactie • Uitbreiden van het gedragsrepertoire 	<p>Ortho(ped)agogisch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opheffen van passiviteit • Ontwikkelen van emotionele vaardigheden • 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 <p>Palliatief</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotionele pijn (rouw) verzachten
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.3.3 Doelen

Deklerck (2004) heeft een cyclisch-systemisch kader ontwikkeld voor de analyse van de sociale, in het bijzonder de criminologische, werkelijkheid. De basisgedachte van de cyclische benadering is dat de sociale werkelijkheid zich ontplooit in cyclische processen. Deelelementen zijn systemisch verbonden als complementaire tegengestelden in een permanente spanning tussen 'integratie' en 'desintegratie', 'opbouw' en 'afbraak'. Cycliciteit is ook waar te nemen in sociale processen, waaronder het wordingsproces van delinquentie en het herstel van delinquentie. Delinquentie wordt in dit model gezien als onverbondenheid tussen het zelf (als geheel) en de omgeving. Het herstel betekent een proces van psychische integratie.

Jongeren die verbondenheid ervaren putten hieruit groeikracht, zelfvertrouwen en levenszin(geving). Deze jongeren voelen zich uitgedaagd door wat zich in en om hen afspeelt. Ervaringen van verbondenheid voeden hun inlevingsvermogen en laten hen van binnen-uit (!) groeien naar een respectvolle houding. Zowel de band met zichzelf (welbevinden), de band met anderen als de band met school en samenleving (betrokkenheid en participatie) wint aan inhoud en kwaliteit. (Declerck, 2004).



Afb. 1 Verbondenheid tussen de kerngebieden als hoofddoelen van de Interventie Vaktherapie

De grijze lijnen in het model 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, met als gevolg 'delinquentie'. Doel is dus verbondenheid te creëren tussen alle vier de kerngebieden met als gevolg het afnemen van het recidivegevaar.

Hoofddoel

Terugdringen van recidive gevaar (verbondenheid vergroten tussen de jongere en zijn omgeving)

Subdoelen en eindtermen

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 de 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 verantwoordelijkheid te nemen voor de eigen emoties en het 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.²⁰

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. Eigen handelen wordt daardoor afgestemd op de omgeving, is congruent en verbonden.

Om verbondenheid te creëren tussen de afzonderlijke kerngebieden, wordt op elk kerngebied behandeld met bijbehorende hoofd- en subdoelen. Dit is verderop in deze handleiding te lezen.

Hoofddoelen van de afzonderlijke kerngebieden zijn:

- | | |
|-------------------------|-----------------------------------------|
| • Kerngebied zelfbeeld | Versterken van het zelfbeeld |
| • Kerngebied emotie | Beter kunnen omgaan met emotie |
| • Kerngebied interactie | Verbeteren van de interactie |
| • Kerngebied cognitie | Veranderen van disfunctionele cognities |

Hieronder vallen per kerngebied een aantal subdoelen. Het is niet zo dat elke jongere op alle subdoelen van een kerngebied behandeld wordt. Voor elke jongere worden 1, 2 of 3 subdoelen geformuleerd waarop behandeld wordt.

²⁰ Een voorbeeld: 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 beluistert (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 voorkomen 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).

4.3.4 Methode

Methodische uitgangspunten.

Jongeren hebben vaak weinig grip op hun leven of op wat ze doen waardoor ze het idee krijgen dat problemen hen altijd 'overkomen' en zij hier weinig invloed op hebben. Vooral het 'niet snappen' en het ervaren van veel onduidelijkheid door het gebrek aan structurerend vermogen zorgt voor veel ruis in hoofd, gedrag en handelingen van de jongere. In de beeldende therapie is structuur, voorspelbaarheid en transparantie dan ook erg belangrijk.

Het eigen denken, voelen en handelen vormgeven in beeldend werk maakt het gedrag of gevoel tastbaar en zichtbaar en concreet. Het beeldend werk geeft hen letterlijk meer 'grip'. Door het aanbieden van beeldende werkvormen gaat de jongere eigen keuzes maken en zijn behoeften vormgeven. De handelingen en keuzes van de jongere worden in procesmatige zin zichtbaar en tastbaar voor de jongere zelf. Hierdoor gaan zij handelend structuur aanbrengen en orde in de chaos scheppen. Keuzes voor materialen, vormen, kleuren en het formaat worden gemaakt wanneer een jongere ondergedompeld is in het medium. Het eigen gedrag wordt ervaren via het materiaal en het handelen in het medium en kan door de respons die het materiaal geeft, bijgestuurd worden. Het ervaren van het werken in het medium kan voldoende zijn om gedrag te veranderen. Niet altijd is inzicht voorwaarde om van de therapie te profiteren (Bakker e.a., 1998)

Jongeren in de inrichting laten vaak een passieve, afhankelijke houding zien, zeker naarmate ze langer opgenomen en geïnstitutionaliseerd zijn. Bij sommigen doet de verstandelijke handicap hier nog een schepje bovenop en dit maakt hen nog afhankelijker. De beeldende therapie kan de passiviteit die bij deze jongeren heerst, opheffen. Jongeren vinden het prettig met hun handen aan het werk te zijn en iets te maken. Samen met de jongere gaat de therapeut op zoek naar passende materialen, vormen en onderwerpen. Soms biedt de therapeut materialen en werkvormen aan, andere keren lopen de therapeut en de jongere samen door de ruimte op zoek naar interessante spullen. De beeldend therapeut kan het ene moment zittend met de jongere op de grond te spelen met bouwmaterialen zoals lego, om daarna vliegtuigjes te gaan vouwen en tot slot samen met de jongere een tekening te maken over het thema vrijheid.

De jongeren zijn daarnaast vaak ernstig beschadigd of lopen op sommige vlakken achter in hun ontwikkeling. Hierdoor laten zij geen congruent beeld zien. De verschillende niveaus (sociaal, emotioneel en cognitief) zijn versnipperd en sluiten niet goed op elkaar aan waardoor ze in de problemen komen en ook moeilijk te behandelen of te begrijpen zijn. De beeldend therapeut stemt af op de behoeften die de jongere in het werkstuk laat zien en stimuleert hieraan vorm te geven.

Jongeren vinden het vaak moeilijk zelf iets te bedenken maar kunnen wel een keuze maken uit b.v. 10 of 20 plaatjes. Binnen de structuur krijgt de jongere dan ruim de mogelijkheid zelf keuzes te maken.

Ook het werken met tegenstellingen, thema's, kaartjes met interactieposities en een voelbord met verschillende materialen is een mooi startpunt voor beeldende werkvormen. Jongeren worden dan tactiel of visueel aangesproken en hebben hun eerste stap in het medium gemaakt.

Afhankelijk van de behandeldoelen, problematiek en de werkwijzen bij de behandeling van een jongere, stemt de therapeut zijn interventies hierop af. Hierin wordt constant gezocht naar een evenwicht tussen begrenzen (structuur geven) en ruimte geven (eigen keuzes maken). De beeldend therapeut maakt gebruik van de ondersteuning en kracht van beeldend materiaal. Zo kunnen pictogrammen, keuzelijsten, een vaste grote collectie plaatjes en foto's structuur bieden om aan het werk te gaan.

In de therapie gaat de beeldend therapeut samen met jongeren op zoek naar wat hen aanspreekt. Hierbij maakt de beeldend therapeut gebruik van het *analoge procesmodel* ontwikkeld door Smeijsters (2008a/2010; 2008b/c) waarbij de beeldend therapeut ruimte geeft aan de present moments en vitality affects in het medium tot uiting kunnen komen. Verder maakt de beeldend therapeut gebruik van de appèlwaarde van materialen, de inzet van het schoonheidsgevoel (esthetische illusie), het ontwikkelen van spelplezier afkomstig uit de *creatief-procestheorie* (Smitskamp & Te Velde, 1988), het meebewegen in het medium dat vanuit de *Emerging Body Language* (EBL) methode is ontwikkeld door Rutten-Saris (1990) en de *interactieve methode* ontwikkeld door Beelen en Oelers (2000).

De beeldend therapeut pleegt de interventies vanuit het beeldende materiaal en biedt de jongere in zowel gestructureerde als minder gestructureerde werkvormen verschillende materialen aan. Zo kunnen materialen aangehaald worden die de therapeut van tevoren al klaar had gelegd op tafel, en welke op dat moment passend zijn binnen de werkvorm en het contact. Daarnaast kan de therapeut opdrachten geven zoals: zoek lelijke materialen, zoek zachte materialen, zoek onbekende materialen en leg deze op tafel. Daarna kan hier bijvoorbeeld een collage van gemaakt worden, of ontstaat er een werkvorm vanuit een bepaald materiaal dat de jongere sterk aantrekt.

Vaak maakt de therapeut een onderscheid tussen 'hoe het is' en 'hoe je het zou willen'. Door middel van kleipoppetjes of sandplay materialen worden situaties verbeeld. Het maken van foto's kan extra helpen om de verschillen of juist overeenkomsten zichtbaar te maken. De jongere leert daardoor stil te staan bij zijn huidige situatie en zich een beeld te vormen van wat hij wil. Dit werkt motiverend als het gaat om veranderen en het geeft de jongere zelfvertrouwen iets te kunnen veranderen aan zijn situatie.

Vaktherapeutische methoden

Analoge procesmodel.

Werken met beeldende materialen kan de jongere in beslag nemen en in de ban laten raken. Op deze manier raakt de jongere in het 'present moment' in een flow van actie, waarbij een 'analogie' aanwezig is tussen de vormgeving in het medium en de vitality affects van het gevoelsleven (Smeijsters, 2008a/2010; 2008b/c). De jongere doet op dit soort momenten positieve ervaringen en emoties op, die kunnen leiden tot het verdrijven van negatieve ervaringen. De therapeut stemt op dit soort momenten af, biedt materialen aan, laat technieken zien en geeft woorden aan de belevingen in het hier en nu. De therapeut en jongere ontmoeten elkaar in het medium, delen samen de ervaring van dat moment, maken contact en hierdoor ontstaat er een soort van verwantschap. De beeldend therapeut benut deze momenten door al handelend in het medium wendingen aan te brengen in het vormgeven, bijvoorbeeld verf mengen, het tempo verhogen, kracht zetten, een ritme aangeven, materialen erbij pakken die de jongere kan overnemen. Ervaringen worden uitgewisseld door hetzelfde (na) te doen.

Creatief processtheorie (appelwaarde en de esthetische illusie)

De beeldend therapeut legt de materialen zó in de ruimte neer dat ze gemakkelijk toegankelijk zijn. De jongere kan vanuit eigen behoeften op de specifieke appelwaarde van het materiaal reageren (Smitskamp & Te Velde, 1988). De appelwaarde van het materiaal drukt de expressiewaarde van het materiaal uit. De expressie in het medium die een jongere laat zien, drukt behoeften van de jongere uit. Door de keuzes die een jongere maakt, krijgt de therapeut een compleet plaatje van de eigenschappen en kwaliteiten van de jongere. Daardoor kan de therapeut beter passend materiaal aanbieden. De jongere laat in hoe hij het werkstuk heeft vormgegeven zien hoe hij denkt, voelt en handelt (zie bij analogie). Wat in het medium gebeurt staat model voor wat in zijn omgeving gebeurt.

Door het beeldend medium, de materialen en hun appelwaarde, laat de jongere zich meenemen en verleiden tot het beleven van een emotie die hij op andere momenten liever afweert. Onder het

mom van iets moois maken, komt de jongere in contact met onbewuste wensen, verlangens en conflicten in zichzelf. Deze beschermende werking wordt de 'esthetische illusie' genoemd. Via het beeldend werken kan de jongere gevoelens toelaten omdat ze verbonden zijn met een situatie die toch niet echt is. De jongere kan een boze man of een bang hertje kleien of tekenen, en de emoties ondergaan en beleven, omdat het veilig en afgegrensd is. Het gaat niet direct over de jongere zelf, al geeft het medium wel de mogelijkheid de eigen emoties te beleven. De 'esthetische illusie' is te beschouwen als een randvoorwaarde die het mogelijk maakt aan kunst onbewuste emoties te beleven. Het beleven van een fictieve wereld kan op zich motiverend en emotionerend zijn.

Emerging Body Language

Door als therapeut mee te bewegen kan de beeldend therapeut aanvoelen hoe de beweging wordt gezet, hoe er vorm wordt gegeven en door te spiegelen wordt contact ervaren tussen de jongere en de beeldend therapeut (Rutten-Saris, 1990). Door op deze manier mee te gaan in de beweging en beleving van de jongere of andersom, als de jongere de therapeut laat meebewegen, kan de therapeut tot een beter begrijpen van het vormgeven van de jongere komen. De ervaring van meebewegen in de materialen en handelingen is een weten via het ervaren. De therapeut voelt in de beweging de vitality affects die aan de vormgeving ten grondslag liggen (zie bij analogie).

Sandplay

Fantasie en creativiteit geven speelruimte om verder te komen met datgene waar de jongere op vastloopt (Kliphuis, 1973). Werkvormen aanbieden waarin de problematiek op een symbolische manier vormgegeven kan worden, kan de problematiek doen verzachten omdat het op een indirecte en esthetische manier vormgegeven wordt en gemakkelijker verdragen wordt. Met sandplay materialen kunnen (familie)opstellingen uitgewerkt worden, grenzen kunnen in het medium uitgewerkt worden of bijvoorbeeld de behoefte van een jongere om zich te verbergen. Dit kan in het medium heel tastbaar gebeuren door bijvoorbeeld een tekening op te vouwen, dicht te tapen, in een doosje te doen en het doosje te verstoppen. Trauma's uit het verleden kunnen gesublimeerd geuit en verwerkt worden door over verschillende aspecten van het trauma te tekenen, de tekening te verbranden, verscheuren of begraven en dergelijke. Via vormgeving en symboliek in de vormgeving wordt de jongere door de therapeut aangezet om te experimenteren met gevoelens. De beeldend therapeut biedt werkvormen aan

waarin de jongere dromen, wensen en verlangens kan vormgeven en concretiseren. De gevoelens die deze beeldende werkstukken oproepen kunnen worden vormgegeven zonder consequenties.

Ondersteunende methoden

Psycho-educatie

Vaak wordt begonnen met het concreet maken welke emoties er zijn en hoe deze eruit zien. Dit wordt gedaan in een vorm van psycho-educatie die de jongere veiligheid geeft omdat het niet over zijn angst of verdriet gaat, maar over de vier basisemoties in het algemeen. De jongere krijgt bijvoorbeeld een stapel plaatjes die te maken hebben met de vier basisemoties en gaat deze zelf indelen. Daarna kan de jongere uit een nieuwe stapel plaatjes een aantal afbeeldingen zoeken die te maken hebben met een situatie uit zijn eigen leven. Dit kan hij aanvullen met krijt of verf. Vanuit modeling (voorbeeld gedrag of handelingen laten zien) in beeldend werk geeft de therapeut daarnaast alternatieven en laat de jongere zien dat er ook andere mogelijkheden zijn voor gedrag bij een emotie.

Interactiewijzer

In grote lijnen wordt de Interactiewijzer gebruikt als richtlijn en uitgangspunt voor het in kaart brengen en behandelen van interactieproblemen. De Interactiewijzer biedt een scorelijst waarmee voorkeursposities van jongeren in kaart gebracht kunnen worden. Wanneer de voorkeurspositie duidelijk is, worden ook richtlijnen gegeven welke posities (en daarmee gedrag en vaardigheden) nu geoefend kunnen worden. In een groep wordt de functie van het gedrag al doende en in interactie met groepsgenoten, zichtbaar, voelbaar en veranderbaar (Beelen & Oelers, 2000). De beeldend therapeut biedt aan de groep van jongeren werkvormen aan, waarin zij door middel van interactie in het hier en nu in het medium, gedrag bijleren. De focus ligt minder op gedrag afleren. In samenwerkingsopdrachten wordt geoefend met nieuw gedrag, bijvoorbeeld door een interactiekaart te trekken met een interactiepositie (Lodewijks & Verstegen, 2009). De jongere oefent dat met bijvoorbeeld de positie leiden en voert de opdracht vanuit deze positie uit. In de nabespreking wordt besproken of de posities van de ander herkent zijn.

Equip

De behandelmethode Equip wordt door de beeldende therapie op onderstaande manier ingevuld:

- *Kennisvermeerdering:* Dit wordt gedaan door modelling, voorlichting, bekrachtigen van gewenst gedrag en benoemen van ongewenst gedrag, het bespreken van plaatjes met sociale situaties. De jongere leert dus welke emoties er zijn door middel van plaatjes van bijvoorbeeld gezichten. Daar kunnen in collagevorm woorden bij geschreven worden en bijpassende materialen en kleuren bij gezocht worden. Zo krijgen de afzonderlijke emoties vorm. De jongere leert hoe hij met zijn eigen emoties omgaat, hoe hij zich gedraagt naar anderen toe en hoe hij emoties leert herkennen bij anderen.
- *Gedragsverandering:* In de beeldende therapie krijgt de jongere ruim de mogelijkheid om binnen de veilige kaders van de therapie te oefenen met nieuw gedrag, zoals leiding nemen in een schilderopdracht, volgen (bijvoorbeeld natekenen van wat de ander maakt), keuzes maken,

kracht zetten (strijden met een groot blok klei of hout), opgeven of juist doorgaan, hulp vragen en zorg dragen voor materiaal en ruimte. Door middel van huiswerkopdrachten of door situaties vanuit de groep te verwerken in beeldende opdrachten, proberen we de nieuw verworven vaardigheden van de jongere te generaliseren naar gedrag op de groepen.

- *Belevingsverandering*: Gedragsverandering kan vaak niet zonder een verandering in de beleving. Om geleerde vaardigheden te kunnen toepassen is het nodig ze ook te durven toepassen. Het is nodig dat zij zich voldoende competent achten om de vaardigheden ook daadwerkelijk te gebruiken. De beeldende therapie biedt veilige werkvormen en succeservaringen om in het hier en nu hiermee te oefenen en de beleving te veranderen. Jongeren denken al snel dat ze iets niet kunnen, wanneer ze eenmaal aan de slag gaan merken ze dat ze toch plezier hebben in het beeldend werken en daarna zijn ze trots op wat ze gemaakt hebben. Regelmatig nemen ze werkstukken mee naar de groep om te laten zien of op te hangen.

Voor meer informatie over de methoden verwijzen wij naar de diverse handboeken.

4.3.5 Werkvormen en technieken

Werkvormen

- Werkvormen gericht op observatie ten behoeve van diagnostiek of indiceren
- Werkvormen gericht op een tastbaar product en/ of succeservaring
- Werkvormen gericht op het proces, de persoonlijke ontwikkeling
- Werkvormen waarin plannen, keuzes maken en structureren centraal staan
- Werkvormen die uitdagen tot nieuw gedrag (experimenteren) of uitbreiden van gedrag
- Werkvormen gericht op samenwerken
- Werkvormen waarin thema's uitgewerkt worden zoals zelfbeeld, emoties, toekomst, wensen

Therapeutisch houding en technieken

In de beeldende therapie is het van belang dat voorafgaande aan de werkwijze of methode de jongeren veilig kunnen oefenen met hun gedrag en gevoelens. Om dit gedrag te kunnen oefenen en de gevoelens te kunnen uiten is het belangrijk dat er sprake is van een *therapeutische alliantie* tussen beeldend therapeut en de jongere. Zonder deze therapeutische alliantie is een behandeling slechts beperkt mogelijk. Hierbij gaat het om het bereiken van samenspraak en overeenstemming tussen de therapeut en de jongere, zowel op verbaal als non-verbaal niveau over de doelen die nagestreefd kunnen worden. Om de alliantie te kunnen realiseren vraagt dit van de beeldend therapeut flexibiliteit, betrokkenheid, steun en een stimulerende houding.

De therapeutische houding en therapeutische technieken die bij de jongeren worden ingezet, worden in het schema hieronder weergegeven.

<p>Supportief</p> <ul style="list-style-type: none"> • Stabiliseren • Steunen • Activeren <p>Re-educatief</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ombuigen • Ontlokken • Bekrachten • Reflecteren • Actualiseren • Generaliseren • Implementeren • Alternatieven bieden 	<p>Ortho(ped)agogisch</p> <ul style="list-style-type: none"> • Afstemmen • Beurt wisselen • Uitwisselen • Benoemen • Donderjagen • Modeling • Structureren • Aanmoedigen <p>Palliatief</p> <ul style="list-style-type: none"> • Steunen • Verzachten
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

4.3.6 Fasering, intensiteit en duur van de therapie

Op het moment dat een jongere start met beeldende therapie krijgt hij drie observatiesessies van elk een uur. Dit kan uitgebreid worden tot maximaal vijf sessies.

Chronologische volgorde behandeldoelen als middel om verbondenheid te ontwikkelen

- Bondgenootschap creëren tussen jongere en therapeut (*therapeutische alliantie*)
- Onderzoeken en verbinden van het 'probleem' aan het 'doel' (*observatie, diagnose, behandelplan, commitment van jongere*)
- Verbinding tot stand brengen tussen de verschillende kerngebieden (*behandelen, keuze maken voor een kerngebied en subdoelen*)

Vaak staan de eerste zes tot acht weken daarna in het teken van kennismaken, veiligheid creëren en een werkrelatie opbouwen: de therapeutische alliantie (Hermanns & Menger 2009). Tijdens deze weken wordt tevens het 'probleem' onderzocht en het doel van de behandeling geformuleerd. Belangrijk is dat de jongere zich verbindt met de inhoud en functie van de behandeling. Daarna wordt er gewerkt aan de doelen, in eerste instantie vaak zeer gestructureerd vanuit opdrachten, later vaak ook vanuit een vraag of idee van de jongere zelf. Elke therapie is individueel of groepsgewijs en varieert van elke week een half uur tot anderhalf uur, liefst op een vast tijdstip.

Het is zeer afhankelijk van de ontwikkeling van de jongere hoe lang de therapie in totaal duurt. Dit kan blijven bij drie observatiesessies waarna het advies gegeven wordt de jongere therapie te geven in een ander medium, of de therapie kan ruim twee jaar duren. Gemiddeld duurt een therapie een jaar.

Het uitgangspunt van de beeldende therapie is dat de jongere elke week een sessie heeft. Het rooster wordt elke week naar de betrokkenen gestuurd. Wanneer een jongere niet op dat tijdstip naar de therapie kan komen wordt de therapie indien mogelijk verzet naar een andere dag diezelfde week. Wel is het zo dat de behandeling in principe leidend is en dat alle andere afspraken daarvoor verzet moeten worden.

Ook als een jongere op zijn kamer zit als gevolg van een conflict gaat de therapie door wanneer dit voor de therapeut en de jongere veilig is. Wanneer de beeldend therapeut op vakantie is ligt de therapie stil. De therapieën worden niet overgenomen door een andere therapeut omdat dit praktisch en emotioneel gezien (vertrouwensband met de jongere) niet mogelijk is.

Sessie nr	Inhoud therapie	Verslag-legging en besprekingen
1	De jongere heeft een gesprek met zijn behandelaar mbt aanmelding voor therapie en de doelen. Tot aanmelding voor therapie wordt tijdens een Perspectief Plan bespreking (PP) besloten.	Aanmeldings-formulier
2	Eerste therapie. Intake, kennismaken, uitleg therapie. Eerste werkvorm.	Observatielijst
3-5	Observatieperiode. Gestructureerde werkvormen gericht op het in beeld krijgen van kwaliteiten en problematiek.	Observatielijst
6	Evaluatie met de jongere. Observatieopdrachten worden besproken en bekeken. Concrete behandeldoelen worden gevormd samen met de jongere.	Observatie-verslag
7	Observatieverslag wordt besproken met de jongere en gestuurd naar de betrokkenen. Start behandeling.	Behandelplan
8-10	Behandeling gericht op doelen. Behandelplan bespreken.	
11	Werkvorm gericht op doelen. Evaluatie van de afgelopen weken met de jongere n.a.v. zijn werkstukken. Een keuze maken welke werkvormen de jongere tijdens PP laat zien.	Evaluatie-verslag
12	PP; de evaluatie van de therapie wordt besproken en de jongere laat zijn werkstukken zien. De doelen worden eventueel bijgesteld.	Perspectiefplan bespreking
13-22	Behandeling.	
23	Evaluatie van de afgelopen weken met de jongere en zijn werkstukken. Een keuze maken welke werkvormen de jongere tijdens PP laat zien.	Evaluatie-verslag
24	PP; de evaluatie van de therapie wordt besproken en de jongere laat zijn werkstukken zien. De doelen worden eventueel bijgesteld.	Perspectiefplan bespreking
25-34	Behandeling.	
35	Evaluatie van de afgelopen weken met de jongere en zijn werkstukken. Een keuze maken welke werkvormen de jongere tijdens PP laat zien.	Evaluatieverslag
36	PP; de evaluatie van de therapie wordt besproken en de jongere laat zijn werkstukken zien. De doelen worden eventueel bijgesteld.	Perspectiefplan bespreking
37-46	Behandeling.	
47	Evaluatie van de afgelopen weken met de jongere en zijn werkstukken. Een keuze maken welke werkvormen de jongere tijdens PP laat zien.	Evaluatieverslag
48	PP; de evaluatie van de therapie wordt besproken en de jongere laat werkstukken zien. Er wordt besloten dat de jongere de therapie gaat afronden.	Perspectiefplan bespreking
49-53	Afronding therapie.	Eindverslag
54	Laatste therapie. Afscheid nemen, werkstukken uitzoeken. Eindverslag bespreken.	

4.4 Zelfbeeld

4.4.1 Doelen

Hoofddoel Versterken van het zelfbeeld

Subdoelen

- Verstevigen van zelfrespect en eigenwaarde
- Vergroten van zelfvertrouwen
- Realistischer zelfbeeld opbouwen en acceptatie van beperkingen
- Voor jezelf opkomen, in afstemming op de ander (assertief)
- Problemen leren oplossen, copingstrategieën mbt probleemsituaties uitbreiden

4.4.2 Werkwijzen

<i>Supportief</i>	Stabiliseren, steunen en activeren
<i>Ortho(ped)agogisch</i>	Ontwikkelen van het zelfbeeld: ik-besef, zelfbewustzijn, zelfkennis en zelfvertrouwen, zelfinzicht, eigenheid en identiteit
<i>Re-educatief</i>	Veranderen van zelfinzicht, zelfgevoel, zelfbeeld en het daaruit voortvloeiende probleemgedrag

4.4.3 Methode

Vaktherapeutische methoden

- Analoge-procesmodel
- Creatief-procestheorie
- Emerging body language

Het is eigen aan vaktherapie binnen een breed repertoire van menselijke competenties, mogelijkheden en capaciteiten van deze specifieke jongere te ontdekken. Op een creatieve manier wordt iets eigens gemaakt. De bron voor dit creëren zijn de eigen levenservaringen en de behoefte om oude situatie te willen vernieuwen (Schweizer, 2009).

Bij het kiezen van een beeldende opdracht laten de beeldend therapeuten zich ook leiden door de impulsen of signalen die vanuit de jongere naar voren komen. Dit kunnen kleine dingen zijn: een jongere voelt even aan een materiaal, kijkt er even naar of ruikt eraan. De therapeut stemt af in het *present moment* (Stern, 2004, Smeijsters, 2008a/2010; 2008b) en bekrachtigt het eigen gedrag waardoor dit omgezet kan worden in een positieve ervaring en de jongere een sense of competence ontwikkelt.

Elke handeling wordt zichtbaar en wordt daarmee gestimuleerd of 'afgestraft'. Niet door een ander maar door het materiaal en de handeling van de jongere zelf. Zo wordt gewenst gedrag heel direct en concreet bekrachtigd en kunnen de negatieve gevolgen van een eventuele handeling op iemand anders

afgeschoven worden. Niet overgeleverd zijn aan de omgeving maar de omgeving zelf in eigen hand kunnen nemen is een positieve impuls in het zelfbeeld en zal een krachtige uitwerking hebben op de ontwikkeling daarvan. Externaliserend gedrag (de schuld of oorzaak buiten jezelf leggen) wordt tastbaar gemaakt in het beeldend werk en daardoor behandelbaar. Beeldend werk 'an sich' houdt een directe confrontatie in met je zelf: 'wat je maakt ben je zelf' (Bakker e.a.,1998).

De jongere heeft in zijn leven vaak weinig echte ontmoetingen gehad of heeft negatieve ontmoetingen ervaren waardoor het zelfbeeld onontwikkeld is gebleven of vervormd werd. Het gedrag is soms gericht op het vermijden van contact, soms op het uitlokken van afwijzing, soms op misleiden. Het beeldend werk is product van dit gedrag en zal hierop gericht zijn. Vaak belandt het in de prullenbak omdat de cliënt het afwijst voordat een ander (de therapeut) het af kan wijzen. Via lichaamstaal stemt de therapeut af op positief en creatief gedrag van de jongere (dat wat vanzelf opkomt). Tegelijkertijd stemt de therapeut af op zichzelf zodat de cliënt een voorbeeld heeft van een goed zelfbeeld (modelling). De interventies zijn vaak gericht op het zoeken naar mogelijkheden tot spelplezier en materialen met een prettige appèlwaarde.

Vervolgens structureert de therapeut dit gedrag in minieme eenheden (spelvormen) zodat de cliënt al doende zijn innerlijke structuur leert verstevigen. De cliënt ervaart dat hij er mag zijn op zijn eigen manier met zijn eigen voorkeuren: dit gebeurt op de manier waarop een baby zijn zelfvertrouwen leert opbouwen, namelijk al doende in ontmoeting met de ander.

De ervaring wordt belangrijker dan het product wanneer de ervaring als een ontmoeting ervaren wordt waarin het zelfbeeld steun ervaart. Het product wordt een weerspiegeling van een betere ervaring en verleent bestaansrecht aan de maker. Het product mag er zijn, ook al is het niet mooi genoeg omdat het vanuit de ervaring een egoversterkende werking heeft. Wanneer dit bereikt is (een beeldend product wordt niet weggegooid door de maker), is er mogelijk al sprake van een groeiend zelfbeeld.

De manier waarop een jongere met zijn materialen en eigen werkstukken omgaat, zegt iets over de waarde die hij geeft aan iets wat hij zelf gemaakt heeft of iets waar hij mee in contact komt. Er zijn verschillende redenen waarom een jongere zijn werkstukken bijvoorbeeld weg wil gooien, maar vaak ligt hier een gebrek aan zelfvertrouwen en angst voor kritiek aan ten grondslag. Het niet zichtbaar willen zijn uit zich in het beeldende product zelf en in het weggooien van de eigen creatie (*analoge-proces model*). Door spelplezier samen met de therapeut ervaart de jongere dat de sessie prettig was en leert hij minder belang te hechten aan een mooi product. Dit geeft hem meer ruimte om de volgende keer al spelend tot een product te komen dat hij misschien wel bewaart en dat 'goed genoeg' is. De *appelwaarde* van materialen kan ingezet worden door met de jongere door de ruimte te lopen en te reageren op materialen die de jongere aanspreken, nieuwe materialen aan te bieden en te laten zien en zo tot werkvormen te komen die dicht liggen bij wat de jongere (onbewust) aanspreekt (*esthetische illusie*).

4.4.4 Werkvormen

- Werkvormen waarin het 'zelf' wordt uitgedrukt (analoog, symbolisch, abstract, figuratief, collage en dergelijke)

- Werkvormen waarin wensen en verlangens worden verbeeld
- Werkvormen waarin voorkeuren en afkeuren worden uitgedrukt
- Werkvormen waarin een thema in beeld wordt gebracht
- Werkvormen waarin eigen voorkeuren onderzocht worden (experimenteren)
- Werkvormen waarin eigen keuzes centraal staan
- Werkvormen gericht op een tastbaar product en/of succeservaring
- Werkvormen waarin 'verleden, heden en toekomst' centraal staan
- Werkvormen waarin eigen mogelijkheden, talenten en stijl ontdekt kunnen worden

Voor een gedetailleerde beschrijving van werkvormen zie de bijlagen.

4.4.5 Therapeutische houding en technieken

Supportief

- Stabiliseren: de vaktherapeut intervineert 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, beurt wisselen, uitwisselen, benoemen: de vaktherapeut stemt zijn gedrag af op de mogelijkheden van de jongere en bouwt minieme structuren in de therapie in die de innerlijke structuur en daarmee het zelfbeeld versterken.
- Donderjagen: in elke sessie tijdens een afgegrensd moment iets doen wat opkomt bij cliënt of therapeut, wat zomaar leuk is. Bijvoorbeeld lege stiften over een grote afstand in de prullenbak gooien, een elastiekje schieten, fluiten tussen de vingers etc. Dit is om de creativiteit te stimuleren waarbij tevens het plezier, de motivatie en het contact verstevigd worden.

Re-educatief

- Ombuigen: de vaktherapeut buigt het gedrag van de jongere om in de richting van nieuw positief gedrag.
- Ontlokken: de vaktherapeut ontlokt ander gedrag bij de jongere.
- Bekrachten: de vaktherapeut bekrachtigt nieuw positief gedrag en de persoon van de jongere.
- Reflecteren: de vaktherapeut ondersteunt de jongere na afloop van de mediumactiviteit bij het reflecteren.

4.5 Emotie

4.5.1 Doelen

Hoofddoel **Beter kunnen omgaan met emoties**

Subdoelen

- (H)erkennen van emoties
- Gewaarworden van emoties/sensaties
- Leren uiten van emoties
- Leren differentiëren tussen emoties
- Verbeteren van de zelfbeheersing (zelfcontrole en frustratietolerantie vergroten, impulsiviteit verminderen)
- Verwerking van trauma of rouw

4.5.2 Werkwijzen

Supportief Verbeteren van de emotionele aanpassing, een emotioneel evenwicht bereiken en controlemechanismen voor emoties ontwikkelen

Ortho(ped)agogisch Ontwikkelen van emotionele vaardigheden

Re-educatie Uiten en reguleren van emoties, vergroten van de frustratietolerantie

Palliatief Emotionele pijn (rouw of trauma) verzachten

4.5.3 Methode

Vaktherapeutische methoden

- Analoge-procesmodel
- Creatief-procestheorie
- Emerging Body Language
- Sandplay

Door middel van thema's, kleuren, formaat, materiaalkeuze en beeldende technieken worden diverse emoties tijdens het proces en in het product uitgedrukt en ervaren. Vaak onderdrukken jongeren één of meerdere emoties. Dit kan zijn uit de ervaring gekwetst te worden of uit angst emoties niet onder controle te kunnen hebben. Door de kracht van het medium beeldend kunnen gevoelens optreden. Het beeldend materiaal nodigt de jongere non-verbaal uit tot het uiten van gevoelens. Belangrijk hierin is dat de jongere de controle blijft houden en niet overspoeld wordt door emoties. Het is belangrijk dat een jongere zichzelf en zijn emoties leert begrenzen. Het beeldend werk, de beperking en structurering van keuzes daarin die de therapeut aanbiedt, draagt daar toe bij. De vele mogelijkheden van beeldende materialen zorgen er tevens voor dat een jongere leert differentiëren, niet alles is zwart of wit, goed of slecht, niet alles is boos of blij. Een jongere leert differentiaties aan te brengen door bijvoorbeeld eerst

twee uitersten in beeld uit te werken en daarna de tussenliggende werkstukken te maken die de overgang in beeld brengen. De processen en emoties worden visueel gemaakt en uitgediept. Daarnaast ontstaat er enige distantie van de emoties door afstand te nemen van het beeldend werk of door op te ruimen. Daarna richt de behandeling zich meer op het uiten van deze emoties in het beeldend medium. Eigen belevingen en emoties worden geprojecteerd in het werk en ervaren tijdens het proces. De veelzijdigheid en de talloze mogelijkheden van het materiaal geven de mogelijkheid gradaties in de emotie te exploreren. Het aanbrenge van gradaties van emoties kan goed in de beeldende therapie, bijvoorbeeld door het uitwerken van woedethermometers. In woedethermometers kunnen jongeren op diverse manieren laten zien (in hun lichaam, door middel van plaatjes) wat ze voelen/doen/denken wanneer hun spanning laag is en wanneer deze hoog is op een schaal van 0 tot 10. Hierdoor leren zij de eigen emoties beter kennen en weten ze ook beter hoe en wanneer zij kunnen ingrijpen (bijvoorbeeld door een time-out). De therapeut daagt de jongere soms uit bepaalde emoties letterlijk te vergroten in het beeldend werk omdat ze sterk onderdrukt worden en er niet mogen zijn. Andere emoties worden verkleind om de emotie juist beter hanteerbaar te maken en grip op de emotie te krijgen.

Een groot deel van de jongeren, zelfs met PDD-NOS, kan goed overweg met symbolische opdrachten. Grenzen worden visueel en tastbaar gemaakt met muren, personen worden uitgebeeld met miniaturen, angsten worden verbeeld in een bang dier en een behoefte aan veiligheid in een 'prettige plek'.

De overeenkomst met de Sandplay methodes is de vrije en beschermende omgeving die in de therapie wordt aangeboden, waarbinnen de jongere vrij wordt gelaten om te spelen en datgene (in spel met miniaturen) te uiten wat hij voelt. Hiervoor kunnen allerlei materialen ingezet worden die een bijdrage kunnen leveren aan het spel. De mogelijkheid om emoties door te werken en te voelen in het spel werkt voor de jongere prettig en veilig. De jongere creëert een situatie die past binnen zijn behoeftes en kan deze in een –alsof situatie- met beeldende materialen beleven en uiten. De *appelwaarde* van de materialen nodigt uit tot het vorm geven van deze behoeftes en kan behoeftes en emoties triggeren. De jongeren kiezen zelf wat ze nodig hebben en leren zo stil te staan bij de eigen behoeftes. De wijze waarop de jongere beeldend vorm geeft is *analoog* aan de gevoelens en emoties die hij tijdens het beeldend werken beleeft. Symbolen kunnen daarbij een rol spelen. Zo kan een jongere in zijn werk vooral bezig zijn met zijn bescherming door middel van wapens, grenzen, muren, vallen en dergelijke. De therapeut benoemt wat er in het medium gebeurt, doet mee, beweegt mee, geeft ruimte en bevestigt (*Emerging Body Language*) zodat de jongere in het medium zichzelf kan uiten en zijn eigen veilige ruimte op de beste manier kan vormgeven.

4.5.4 Werkvormen

- Werkvormen waarin de beleving in het materiaal centraal staat
- Werkvormen waarbij materialen tot voelbare werkstukken worden gemaakt
- Werkvormen waarin materialen worden gezocht die passen bij een emotie en gemaakt worden tot een werkstuk
- Werkvormen waarin emoties in beeld gebracht worden
- Werkvormen waarin emoties gedifferentieerd worden

- Werkvormen gericht op thema's mbt emoties
- Werkvormen gericht op een (on-)veilige plek
- Werkvormen waarin de gewaarwordingen in het lichaam worden uitgewerkt
- Werkvormen waarin tegenstellingen worden uitgewerkt
- Werkvormen waarin emotiethermometers gemaakt worden

4.5.5 Therapeutische houding en technieken

Supportief

- Stabiliseren: de vaktherapeut intervenueert 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 gedrag af op het emotionele ontwikkelingsniveau en de mogelijkheden van de jongere
- Modelling: de vaktherapeut laat het gewenste gedrag letterlijk aan de jongere zien
- Structureren: de vaktherapeut leidt en begeleidt in het medium zodanig dat de jongere kaders krijgt waardoor hij zich emotioneel veilig voelt

Re-educatief

- Ombuigen: de vaktherapeut buigt de emoties van de jongere om
- Ontlokken: de vaktherapeut daagt de jongere uit andere emoties te exploreren
- Bekrachtigen: de vaktherapeut bekrachtigt 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

- Steunen en verzachten: de vaktherapeut biedt steun en troost zodat de emotionele pijn die de jongere ondergaat verzacht wordt

4.6 Interactie

4.6.1 Doelen

Hoofddoel **Verbeteren van de interactie**

Subdoelen

- Accepteren van gezagsrelaties
- Leren omgaan met grenzen van zichzelf en die van de ander
- Empathie vergroten
- Uitbreiden sociale vaardigheden
- Vergroten van het vertrouwen in een ander
- (H)erkennen van non-verbaal gedrag
- Verbeteren van de (non-)verbale communicatie
- Het inzicht in de eigen interactiepatronen vergroten

4.6.2 Werkwijzen

<i>Supportief</i>	Reageren overeenkomstig de situatie, verstevigen van de bestaande afweer, ontwikkelen van controlemechanismen.
<i>Ortho(ped)agogisch</i>	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.
<i>Re-educatief</i>	Verbeteren van de realiteitsoriëntatie, verbeteren van de sociale interactie en de interpersoonlijke vaardigheden, grenzen leren trekken, veranderen van probleemgedrag in de interactie, uitbreiden van het gedragsrepertoire.

4.6.3 Methode

Vaktherapeutische methoden

- Analoge-procesmodel
- Emerging Body Language
- Sandplay

Ondersteunende methode

- Interactiewijzer

In de beeldende therapie krijgt de jongere de mogelijkheid om binnen de veilige kaders van de therapie te oefenen met nieuw gedrag ten aanzien van relaties, interacties en sociale vaardigheden, zoals leiding nemen, volgen, keuzes maken, kracht zetten (strijden), opgeven of juist doorgaan, hulp vragen en zorg dragen voor materiaal en ruimte. Door middel van huiswerkopdrachten of situaties vanuit de groep te

verwerken in beeldende opdrachten, wordt er geprobeerd nieuw verworven vaardigheden van de jongere te generaliseren naar gedrag op de groepen.

Jongeren met deze problematiek vermijden zoveel mogelijk situaties waarin ze zich onveilig of onzeker voelen en daardoor beïnvloeden ze de aard van hun relaties. Door dit vermijdingsgedrag in contact met bijvoorbeeld leeftijdsgenoten of autoriteiten wordt het interactiegedrag ingeperkt. Wanneer dit vermijdingsgedrag lang genoeg bestaat, ontstaan er karakteristieke interactiestijlen. Als een jongere bijvoorbeeld altijd geleerd heeft de strijd aan te gaan, generaliseert hij dit gedrag naar andere situaties waarin hij de strijd zelf oproept. Zo ontstaat er voor de jongere een herkenbare situatie en dit geeft (paradoxaal genoeg) een gevoel van veiligheid (Leary, 1957). In het beeldend werken wordt de interactiecirkel gebruikt en uitgelegd. Jongeren kleuren deze bijvoorbeeld voor zichzelf in en kijken daarna (ook op de leefgroep) hoe ze zich in situaties gedragen en of deze cirkel veranderd en bijgesteld moet worden. De beeldend therapeut kan tijdens de therapie benoemen vanuit welke positie een jongere handelt. Aangezien de beeldende therapie voornamelijk individueel gegeven wordt, komt de interactie tussen een jongere en leeftijdsgenoten in directe zin niet naar voren. Als jongeren interactieproblemen hebben is daar ook vaak een systeem, waarmee het gezin, familieleden en vrienden bedoeld wordt, bij betrokken. De jongere functioneert niet goed in de peergroep, wordt gepest of heeft problemen in de gezinsrelaties. Wanneer dit het geval is, geeft de beeldend therapeut bijvoorbeeld beeldende opdrachten waarin het systeem in kaart wordt gebracht. De jongere tekent een aantal cirkels die steeds groter worden op papier. In de kleinste binnenste cirkel tekent hij zichzelf en in de cirkels daarom heen zijn familie, vrienden of mensen uit de instelling waar hij mee te maken heeft. Zo geeft de jongere aan wie dichtbij staat en wie veraf. Daarna kan gekeken worden wat de redenen zijn om iemand wel of niet dichtbij te laten komen. In de praktijk kunnen deze jongeren niet of nauwelijks hun grenzen aangeven in het contact of ze houden anderen juist op afstand. In de beeldende therapie wordt gebruik gemaakt van kennismakingsopdrachten waarin de interactieposities aan bod komen. De interactieposities zijn afgeleid van de *Roos van Leary* (1957) en komen terug in een methodiek van JJI Rentray in de *Interactiewijzer* (Lodewijks & Verstegen, 2009).

De *Emerging Body Language* methode wordt door de therapeut toegepast in het contact met de jongere. De therapeut leeft zich in in de jongere en laat situaties en werkvormen samen met de jongere ontstaan. Wanneer de jongere bijvoorbeeld naar een doos met stof loopt en hieraan voelt, kan van daaruit een werkvorm ontstaan met stof terwijl tegelijkertijd ook het voelen aan verschillende materialen die sessie centraal kan staan. De therapeut is gefocust op het ritme, de kracht en snelheid waarmee een jongere in het medium aan het werk is, bijvoorbeeld tijdens het tekenen. Dit is een uiting van de innerlijk beleefde *vitality affects*. Door soms hetzelfde ritme aan te nemen en dan weer het eigen ritme te volgen, komen therapeut en jongere in contact via het medium. De jongere leert zich veilig te voelen bij een ander, ervaart het inlevingsvermogen van de therapeut en leert los van de ander eigen keuzes te maken, en beleeft plezier met de ander. Door de jongere gedeeltelijk vrij te laten in de keuze voor materialen en werkvormen, krijgt de jongere de mogelijkheid zichzelf te zijn en zichzelf te uiten in het medium. Zo kunnen werkvormen als 'de een mag alleen klei erbij doen en de ander alleen eraf' er voor zorgen dat de jongere gedrag laat zien richting de therapeut in het medium, dat hij in zijn dagelijks leven naar anderen ook laat zien. Hij kan de therapeut tegenwerken of met de therapeut samen tot een geheel te komen. Hij

kan moeite doen om tot vormgeving te komen of in de activiteit blijven hangen enz. De wijze waarop hij in het medium contact zoekt of contact afhoudt, is analoog aan zijn innerlijke beleving van contact (*analoge-procesmodel*). De jongeren kan plezier ervaren in de werkvorm omdat onbewust emoties en behoeftes vorm krijgen binnen de veilige kaders van het medium (*esthetische illusie*).

4.6.4 Werkvormen

- Werkvormen waarin leiden en volgen centraal staan
- Werkvormen waarin het omgaan met de ander centraal staat
- Werkvormen waarbij de omgeving centraal staat
- Werkvormen waarin de eigen ruimte en de ruimte van de ander verbeeld wordt
- Werkvormen waarin d.m.v. het medium contact wordt gemaakt
- Werkvormen waarin afgestemd en samengewerkt kan worden
- Werkvormen waarin grenzen uitgewerkt worden
- Werkvormen waarin de acht interactieposities geoefend worden

4.6.5 Therapeutisch houding en technieken

Supportief

- Activeren: de vaktherapeut activeert de jongere tot deelname aan en het continueren van groepsactiviteiten

Ortho(ped)agogisch

- Afstemmen: de vaktherapeut stemt zijn gedrag af op de interactiemogelijkheden van de jongere en stimuleert de ontwikkeling van gebrekkige interactiestructuren
- Beurtwisselen, uitwisselen, speldialoog/eigenheid ervaren, taakgericht/thematisch/ doelgericht samen bezig zijn. Samenspelvormen waarin interactiemogelijkheden ontwikkeld worden
- Uitwisselen: Ik-jij houding. Zo ben ik en zo doe ik. Zo ben jij en zo doe jij. Wat ik maak is goed en wat jij maakt is goed. Interactie bekijken in plaats van beoordelen. Mogen ontwikkelen in plaats van moeten afleren
- 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 het sociaal gedrag van de jongere om in de richting van meer gewenst gedrag
- Ontlokken: de vaktherapeut ontlokt ander sociaal gedrag
- Bekrachten: de vaktherapeut bekrachtigt constructief sociaal gedrag
- Reflecteren: de vaktherapeut ondersteunt de jongere na afloop van de mediumactiviteit bij het reflecteren over zijn 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

4.7 Cognitie

4.7.1 Doelen

Hoofddoel Veranderen van disfunctionele cognities

Subdoelen

- Verbeteren van de waarneming
- Leren structureren van gedachten
- Disfunctionele cognities (h)erkennen
- Disfunctionele cognities omzetten in functionele cognities
- Verantwoordelijkheid nemen voor het eigen handelen
- Verbeteren van opvattingen, waarden en normen, die criminaliteit of geweld goedpraten

4.7.2 Werkwijzen

Supportief Steunen, aanmoedigen, ontdekken, waarnemen

Ortho(ped)agogisch Ontwikkelen van cognitieve vaardigheden

Re-educatief Verbeteren van de realiteitsoriëntatie, veranderen van disfunctionele cognities, moreel besef bijstellen

4.7.3 Methode

Ondersteunende methode

- Cognitieve gedragstherapie
- Equip

Aan negatieve opvattingen liggen vaak disfunctionele denkgewoonten ten grondslag. Deze worden al vrij snel zichtbaar in de beeldende therapie omdat een jongere iets van zichzelf laat zien door middel van een beeldend werk en daarin authentiek is. Jongeren zijn vaak geoefend en getraind op verbaal gebied. Zwart-wit denken, gedachten lezen en kansen overschatten zijn bijvoorbeeld disfunctionele denkgewoonten die in de beeldende therapie vaak vanzelf naar voren komen in het beeld zodat de jongere het zelf zien kan. Zij kunnen extra duidelijk uitgewerkt worden, waarna ook naar alternatieven gezocht kan worden. Het beeldend materiaal, pictogrammen, afbeeldingen en het letterlijk vasthouden

van materiaal geeft hen meer grip. Dat product wordt zichtbaar en ontstaat in hun handen waar het niet vluchtig maar tastbaar en concreet is. Dit ervaren zij vanuit de handelingen welke direct zichtbaar worden. Het resultaat biedt overzicht, structuur en zet aan tot concentratie om met het hele lijf, de handen, de ogen en het hoofd congruent aan het werk te zijn.

Veel jongeren handelen vanuit hun eigen referentiekader, cognities en emoties. Aangezien zij vaak beschadigd zijn, is hun kijk op zichzelf en anderen vaak niet reëel. Vooral abstracte begrippen zijn voor hen lastig. Pictogrammen bieden hiervoor een uitkomst. Zo kan het dagprogramma met beeldende middelen zoals simpele plaatjes of afbeeldingen meer overzicht bieden.

Aangezien een groot deel van de jongeren in een JJI een sterke of zeer wisselende leerachterstand heeft, kan beeldend (visueel) materiaal hen helpen complexe en abstracte begrippen (spijt, angst, vertrouwen) beter te begrijpen en hier vat op te krijgen.

Modeling van de therapeut helpt bij het aanleren van gewenst gedrag. De jongere krijgt daarnaast oefeningen die hem leren te wisselen van perspectief. Bijvoorbeeld door themaopdrachten uit te voeren: maak een collage over vertrouwen en wantrouwen. Dit zijn twee gekleurde brillen, teken nu een stripverhaal met een probleem. Los het probleem twee keer op vanuit allebei de brillen één keer. De jongere leert dat er andere gedachtes mogelijk zijn die leiden tot ander gedrag (*cognitieve gedragstherapie*).

Via de Equip methode worden denkfouten die door de jongere gemaakt worden benoemd in de therapie. Overeenkomsten met de Equip methode laat de beeldende therapie ook zien op het gebied van het aanleren van nieuwe vaardigheden, het oefenen hiermee en het bekrachtigen hiervan. De jongere oefent in het medium met doorzetten wanneer de verf niet doet wat hij wil, zichzelf en de ander een compliment geven over het beeldend werk, uitgaan van positieve aannamen “misschien is kleien wel leuk, laat ik het eens proberen” enz.

4.7.4 Werkvormen

- Werkvormen gericht op observatie en waarneming
- Werkvormen gericht op interpretatie
- Werkvormen gericht op planmatig werken
- Werkvormen waarin één thema op verschillende manieren uitgewerkt wordt
- Werkvormen waarin een probleem en de oplossing van het probleem wordt uitgebeeld
- Werkvormen waarin gedachten, gevoelens en gedrag mbt een situatie worden uitgewerkt

4.7.5 Therapeutisch houding en technieken

Supportief

- Stabiliseren: de vaktherapeut helpt de jongere bij het objectiever waarnemen, interpreteren en evalueren van situaties die acute dreiging oproepen
- Activeren: de vaktherapeut activeert de jongere tot het nadenken en praten over situaties

Ortho(ped)agogisch

- Afstemmen: de vaktherapeut reikt bij een zwakke verbale ontwikkeling non-verbale middelen aan en stemt zijn taalgebruik en begrippen af op de cognitieve mogelijkheden van de jongere
- Structureren: de vaktherapeut leidt en begeleidt in het medium zodanig dat de jongere kaders krijgt waarbinnen hij cognitieve vaardigheden kan ontwikkelen
- Benoemen: de vaktherapeut begeleidt het beeldend werken met woorden waarin hij concrete dingen en ervaringen benoemt zodat voor observatie en waarneming een betere en reëlere woordenschat geoefend wordt die aansluit bij de directe beleving van de jongere
- Aanmoedigen: de vaktherapeut moedigt de jongere aan om cognitieve aspecten van zijn problemen te uiten

Re-educatief

- Ombuigen: de vaktherapeut gebruikt de ervaring in het medium om cognitieve disfuncties te beïnvloeden
- Ontlokken: de vaktherapeut lokt leersituaties uit, gerelateerd aan het ontwikkelen van cognitieve vaardigheden
- Alternatieven bieden: de vaktherapeut gaat met de jongere een gestructureerde dialoog aan om alternatieve interpretaties te verwoorden
- Bekrachtigen: de vaktherapeut bekrachtigt verbaal correcte interpretaties
- Reflecteren: de vaktherapeut zet de jongere aan tot reflecteren over wat er in het medium gebeurd is
- Actualiseren: de vaktherapeut benoemt disfunctionele cognities in het hier en nu en relateert deze aan problematisch sociaal gedrag van de jongere
- Generaliseren: de vaktherapeut relateert disfunctionele cognities aan problematische interacties buiten de therapie
- Implementeren: de vaktherapeut geeft cognitieve huiswerkopdrachten zodat de jongere hiermee op de afdeling kan oefenen

HOOFDSTUK 5

REVIEW VAN KWALITATIEF EN KWANTITATIEF ONDERZOEK²¹

Henk Smeijsters

5.1 Inleiding

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

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

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

5.2 Systematic review

Nji

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

²¹ Met dank aan het NJi dat een reeds uitgevoerde review naar vaktherapie van Bartelink & Boendermaker (2009) ter beschikking heeft gesteld, Bureau van Montfoort dat geholpen heeft bij het doorzoeken van de databanken en dr. Ruud Bosscher die de review heeft uitgevoerd voor psychomotorische therapie. Ook dank aan drs. Annemiek Vink en de studenten van de Master of Arts Therapies Zuyd (cohort 2010-2012) die onder haar leiding een search hebben uitgevoerd.

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

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

RAAK-project

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

- "Drama therapy", "offender", "delinquency", "prison", "youth", "adolescents", "children", "aggression", "anger", "violence", "conduct disorder", "oppositional behavior", "social problems", "hostility"
- Idem voor:
 - 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 vooral nog 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 (n=23)	Children's View of Aggression (CVA) en Index of Empathy for Children and Adolescents (BEI)	Tolerantie voor agressie verminderde significant in de Playback Theatre groep ($p < 0.05$). Empathiescores verminderden niet significant. Kwalitatieve data wijzen uit dat volgens de respondenten het beter innemen van het perspectief van de ander verantwoordelijk was voor het effect van Playback Theatre.

Muziektherapie					
	Gardstrom, (1999)	Jongeren tussen 12 en 17 jaar veroordeeld voor een ernstig misdrijf (n=92)	Kwantitatief en kwalitatief	Zelf ontworpen vragenlijst	De jongeren (veelal liefhebbers van RAP muziek) zien muziek vooral als een spiegel van hun levensproblemen en niet als veroorzaker van hun gedrag (reflection-rejection theorie). Een deel van de jongeren ziet muziek tevens als uitlaatklep die emotionele en fysieke uitbarstingen van boosheid en vijandigheid vermindert (drive-reduction theorie). De jongeren beschouwen muziek alleen dan als risicovol als er al een negatieve arousal aanwezig is (excitation-transfer theorie).
	Codding (2002)	Muziektherapeuten (n=32)	Kwantitatief, kwalitatief	Survey	De meest significante effecten die muziektherapeuten waarnemen zijn: verminderde agressie, toename van de impulscontrole, toename van sociaal gedrag en emotionele responsen.
	Tyson (2002)	Delinquente jongeren in een gesloten inrichting (n=11)	Kwantitatief en kwalitatief	Pretest-posttest experiment met randomisatie, vergelijking tussen muziektherapie en groepstherapie	RAP muziek kan de therapeutische ervaring en het therapeutische resultaat versterken.
	DeCarlo & Hockman (2003)	Stedelijke adolescenten: een groep opgesloten voor moord, een groep delinquente jongeren met proefverlof en een groep niet-delinquente jongeren (n=21; elke afzonderlijke groep n=7; gemiddelde leeftijd 14 jaar)	Kwantitatief met posttest questionnaires; vergelijking tussen psycho-educatieve groepstherapie, RAP therapie en geen van beide	RAP Therapy assessment Scale (RTAS)	Alle deelnemers (overall sample) hebben een voorkeur voor RAP therapie. Significante verschillen ten faveure van RAP therapie treden op bij de variabelen relaxatie, 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%), vermeerderd 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.²²

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 agressie²³)

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

Interactie

Geen onderzoeksresultaten beschikbaar.

Cognitie

Case studies maken melding van het herstellen van de aandacht.

Overige bevindingen

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

²² Op de website van het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie is een review beschikbaar van vaktherapie in de forensische psychiatrie met volwassenen.

²³ Alhoewel emotie niet identiek is aan agressie, is er in dit overzicht voor gekozen emotie en agressie bij elkaar te plaatsen.

Conclusie

De meta-analyse en het experiment bevinden zich op Niveau 2 van de hiërarchie die gehanteerd wordt bij de richtlijnontwikkeling van Trimbos/CBO²⁴. De case studies, hier opgevat als de interpretatie van de deskundige vaktherapeut, bevinden zich op Niveau 4.²⁵

5.3.2 Muziektherapie

Onderzoeksmethode

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

Resultaten op probleemgebieden van delinquente jongeren

Zelfbeeld

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

Emotie (en agressie)

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

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

Interactie

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

Cognitie

De RAP posttest vergelijking laat een significant positief verschil zien ten opzichte van psycho-educatie en groepstherapie op de gebieden normbesef en besluitvorming. De kwalitatieve analyse rapporteert dat

²⁴ CBO staat voor: Centraal BegeleidingsOrgaan // Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg

²⁵ Niveau 1: 1 systematische review van tenminste enkele RCT's van goede kwaliteit of tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde goede RCT's; Niveau 2: tenminste 2 onafhankelijk van elkaar uitgevoerde RCT's van matige kwaliteit of ander vergelijkend onderzoek met een controleconditie;

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

jongeren vinden dat hun organiserend vermogen, de reflectieve vermogens en het productgericht werken toenemen.

Overige bevindingen

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

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

Conclusie

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

5.3.3 Beeldende therapie

Onderzoeksmethode

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

Resultaten op probleemgebieden van delinquente jongeren

Zelfbeeld

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

Emotie

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

Interactie

Het quasi-experimenteel onderzoek toont een significante toename in persoonlijke relaties, pro sociaal 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 correlatieel 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, correlatieel 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 correlatieel onderzoek bevindt zich op Niveau 3 van de hiërarchie die gehanteerd wordt bij de richtlijnontwikkeling van Trimbos/CBO. De case study bevindt zich op Niveau 4.

5.3.6 Alle media

Onderzoeksmethode

Gevonden werd een experiment en een kwalitatieve meervoudige gevalsstudie.

Resultaten op probleemgebieden van delinquente jongeren

Zelfbeeld

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

Emotie (en agressie)

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

Interactie

Geen onderzoeksresultaten beschikbaar.

Cognitie

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

Overige bevindingen

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

Conclusie

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

Hoofdstuk 6

KWALITATIEF PROCES-EFFECTONDERZOEK

Gemmy Willemars & Henk Smeijsters²⁶

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.²⁷ Uiteindelijk koos de meerderheid van de betrokken onderzoekers voor een meervoudige gevalsstudie met proces- en effectevaluaties, zowel kwalitatief als kwantitatief.

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

6.2 Methode

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

6.2.1 Procesevaluatie

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

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

²⁶ Met dank aan alle vaktherapeuten en jongeren die aan de uitvoering hebben deelgenomen.

²⁷ 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

	OBSERVATIEPERIODE						Voormeting	BEHANDELINGSPERIODE										Namenlijst	
	1	2	3	4	5	6		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
Week nr																			
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 behandelssessies. Tien behandelssessies 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 behandelssessies. 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 behandelssessies 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/ constructivistic inquiry (Lincoln & Guba, 1985).

6.3 Kwalitatieve resultaten beeldende therapie

Aan het praktijkonderzoek hebben twee beeldend therapeuten (waaronder een stagiaire beeldende therapie) deelgenomen die werkzaam zijn in een forensische polikliniek te Arnhem en drie beeldend therapeuten werkzaam in de JJI in Rekken en Lelystad²⁸. Bij elkaar hebben deze beeldend therapeuten het onderzoek afgenomen bij acht jongeren die in behandeling waren.

De jongeren die in beeldende therapie zijn geweest hadden als kenmerken dat ze licht verstandelijk gehandicapt zijn en gedragsproblemen, emotionele en sociale problemen hebben. Dit uitte zich o.a. in impulsief gedrag, negatief gestemd zijn, een gebrek aan afstemming met de omgeving, gemakkelijk in conflicten met anderen belanden, snel gefrustreerd en driftig zijn, weinig doorzettingsvermogen, zelfoverschatting of zelfonderschatting, overmatige stress of gespannenheid etc.

Het uitvoerende praktijkonderzoek is in februari 2010 van start gegaan en is afgesloten in juli 2010. Het onderzoek bestond uit vier tot zes observatiesessies beeldende therapie en tien behandelingsessies beeldende therapie. De beeldend therapeuten hebben bij de uitvoering allen de handleiding van de interventie gevolgd (zie Hoofdstuk 4).

Resultaten

De eerste vier subparagrafen komen overeen met de kerngebieden die naar voren kwamen in het pilotonderzoek dat in 2008 plaatsvond (Smeijsters e.a., 2009; zie Hoofdstuk 2). Zij worden aangevuld met de categorie *therapeutische alliantie*.

6.3.1 Zelfbeeld

In de handleiding waarin de best practice van beeldende therapie in de JJI en Gesloten Jeugdzorg beschreven is, kwam naar voren dat achter het anti- sociale gedrag dat jongeren vertonen, vaak een worsteling schuil gaat met de eigen identiteit. Hun identiteit is over het algemeen zwak ontwikkeld, ze hebben weinig zelfvertrouwen en hebben vaak een onrealistisch zelfbeeld wat zich uit in zelfoverschatting of zelfonderschatting.

In de beeldende therapie wordt de problematiek rondom de categorie *zelfbeeld* in de observatiefase, zichtbaar door de weerstand die de jongeren tonen om inhoud te geven aan opdrachten die over hen zelf gaan. Hun nieuwsgierigheid is erg beperkt en wat ze doen is vaak aangeleerd gedrag. Ze zijn geneigd gemakkelijk af te haken als het werkstuk niet wordt zoals ze het in gedachten hadden. Ze werken vaak kleinschalig, zetten hun beeldend werk dun en wankel op. Op papier heeft het werk weinig kleur en er is vaak veel wit van het vel papier te zien. Met klei komen deze jongeren moeilijk tot het construeren van een beeld. Meestal wordt het kleiwerk telkens afgebroken.

²⁸De deelnemende beeldend therapeuten waren Marjan Helmich en Digna van Roemburg-Tack van Rentray in Rekken, Marie -Jozé van Drie van Rentray in Lelystad, Beatrix Swinkels en Annelies Schuit van Groot Batelaar in Arnhem.

Uit het onderzoek blijkt dat het kerngebied *zelfbeeld* in de beeldende therapie een onderwerp is dat het meest naar voren komt. Zowel de jongeren die in de beeldende therapie in behandeling zijn als de deelnemende beeldend therapeuten signaleren op dit kerngebied het meeste effect.

Identiteit

Beeldend therapeuten geven aan dat jongeren die in de JJI en Gesloten Jeugdzorg in behandeling zijn een onduidelijk beeld van zichzelf hebben. Ze weten vaak niet wat ze willen of kunnen. In de beeldende therapie komt de jongere in contact met karakteristieken van zichzelf via het medium, zoals kleurgebruik, materiaalvoorkeur, typerende werkwijze, etc.

“Ik vond het bijzonder om zelf kleuren te maken door verf te mengen en zo een eigen kleur te maken. Deze kleur gebruik ik nu vaak omdat hij bij mij past. Het is een beetje groen, blauw.”

Als de jongere naar het beeldende werkstuk kijkt, kijkt hij als het ware naar zichzelf. Karakteristieken worden gespiegeld in een tastbaar en zichtbaar beeldend resultaat. Enerzijds kan middels het beeldende werkstuk teruggekeken worden op de manier van werken en anderzijds kan er teruggekeken worden op de betekenis van het werkstuk. Het feit dat er met een afstand naar de eigen werkwijze en het zelf geproduceerde resultaat gekeken kan worden, maakt dat jongeren karakteristieken van zichzelf gaan ontdekken en gaan herkennen. Door samen met de therapeut naar de werkwijze en de betekenis van het beeldende werkstuk te kijken en deze waarnemingen onder woorden te brengen, leert de jongere zichzelf kennen.

Beeldend therapeuten zagen dat in het creëren van beeldende werkstukken eigen wensen, behoeften, zelf gemaakte keuzen, fantasieën zichtbaar worden. Door zich steeds meer bewust te worden van eigen wensen, verlangens, behoeften, krijgt de jongere meer zicht op hoe en wie hij als persoon is, hoe hij denkt, voelt en handelt.

Het voorbeeld hieronder illustreert dit.

“Ik ben een vrolijke trein. Dat ik allemaal mensen meeneem die naar hun werk toe gaan. Dat ik over de vrolijkste brug ga. Dat ik word gewaarschuwd door heel veel lichten en spoorbomen. Mijn moeder, broers bedienen die. Die waarschuwen mij. Wat ik om me heen zie is allemaal vrolijke huizen, veel licht, zon, vrolijke kleuren. Tussenstop maak ik op een station met allemaal mensen. Ik neem mijn gezin mee. Wie er in de toren zit, die alles kan overzien, dat is ook mijn gezin. Waar ik vandaan kom, een donkere put. Een grot. Waar ik naar toe ga is helemaal naar boven waar alles mooi is, waar alles goed is. Waar alles eerlijk is. En wat me tegenhoudt dat zijn de hekken. In het begin dan denk je er niet aan. Maar als je een verhaal erbij verzint voor jezelf dan denk je ‘ja het klopt wel’. De spoorweg, dat je van jezelf een verhaal kan maken.”



Afbeelding 6.1: "Vrolijke trein"

De jongeren geven aan dat zij het actief bezig zijn en het ervaren leren, een prettige manier van leren vinden. Enerzijds omdat ze met de handen bezig zijn i.p.v. alleen praten en anderzijds omdat ze het gevoel hebben letterlijk en figuurlijk eigen mogelijkheden in 'de vingers' te krijgen. In het werken met beeldend materiaal ontdekt de jongere dat hij invloed uit kan oefenen op waar hij mee bezig is. Hij zet in beeldende zin iets in beweging en verandert of bewerkt dit. Deze non-verbale acties voeden de identiteit en zelfkennis van de jongeren. Opdrachten die beeldend therapeuten inzetten om dit effect te stimuleren zijn o.a.: een fantasielandschap schilderen, maak een huis voor je zelf van klei, stel dat je een dier bent hoe ziet dat dier eruit, etc.

Ook geven de beeldend therapeuten aan dat de jongeren in de beeldende therapie meer grip krijgen op zichzelf en hun omgeving. Zij zien dit niet alleen binnen hun therapie plaatsvinden maar ook buiten de therapie. Van de jongeren zelf en andere hulpverleners horen beeldend therapeuten dat de jongeren door de beeldende therapie ge makkelijkere nieuwe uitdagingen oppakken, beter in staat zijn eigen keuzes te maken en gemakkelijker over zichzelf kunnen communiceren.

Realistisch zelfbeeld

Omdat jongeren vaak al veel ervaringen hebben met falen en mislukken, zijn zij geneigd hun onmogelijkheden te verbloemen of te overtroeven. Beeldend therapeuten geven aan dat jongeren een meer realistisch zelfbeeld van zichzelf lijken te ontwikkelen als een beeld van zichzelf gespiegeld wordt in het beeldend werk of in de werkwijze. Hoewel dit soms tot confrontaties leidt bij de jongere zelf, leidt het volgens de beeldend therapeuten en de jongeren zelf vaker tot het bijstellen van hun zelfbeeld. In een beeldend werkstuk en de wijze waarop dit gemaakt is, worden sterke en minder sterke kanten van henzelf zichtbaar gemaakt.

"Als je een fout maakt ziet het er helemaal niet als een fout uit, maar je weet wel dat het fout is gegaan. Gelukkig kun je er altijd weer iets van maken zodat het weer goed komt".

Voor deze jongeren is het concreet maken van problemen een belangrijk leermiddel omdat zij moeizaam kunnen reflecteren op zichzelf en moeilijk van hun problematiek kunnen abstraheren. Omdat het beeldende werkstuk op een afstand van de jongere zelf staat en op het blijvende resultaat terugblikt kan worden, merken de beeldend therapeuten op dat de jongeren verbindingen leggen naar zichzelf: wat goed ging en wat niet, wat dat over henzelf zegt en welke betekenis het beeldend werkstuk voor hen kan hebben. Jongeren krijgen op deze wijze zicht op sterke kanten en minder sterke kanten van zichzelf. Sterke kanten van zichzelf zijn: creatieve vondsten doen, goed kunnen natekenen, veel fantasie gebruiken, geduldig kunnen werken, etc. Minder sterke kanten zijn: weinig geduld hebben, snel gefrustreerd raken, niet goed het voorbeeld kunnen volgen, etc.

Opdrachten die beeldend therapeuten inzetten om een realistischer zelfbeeld te stimuleren zijn o.a.: drieluik met als thema: dit was ik, dit ben ik nu en dit wil ik worden, een collage van sterke en minder sterke kanten, mooi en lelijk in verf, etc.

Zelfvertrouwen

Beeldend therapeuten geven aan dat het sensopatische aspect van het beeldende materiaal jongeren prikkelt en uitnodigt tot actie. Het beeldend materiaal is zacht, vloeiend, ruw, stug, etc. Door deze werking nodigt het beeldend materiaal uit in actie te komen, om in beweging te komen, om te spelen met materiaal, kleur, vorm. Deze acties prikkelen jongeren om ontdekkingen te doen.

“Het tekenen vond ik het leukste omdat je zo echt iets kan ontdekken en uitzoeken.”

Jongeren ontdekken vaak in de beeldende therapie, dat ze meer kwaliteiten hebben dan dat gedacht werd door henzelf. De beeldend therapeuten geven aan dat in de kern jongeren vaak onzeker zijn en last van een laag zelfbeeld hebben, ook al suggereren zij dat het tegenovergestelde waar is. In de beeldende therapie zien beeldend therapeuten dat jongeren gaandeweg steeds meer tevreden raken over wat ze gemaakt hebben en er trots op zijn dat dit uit hun eigen handen is gekomen. Ze zijn vaak verrast over dat dit door henzelf is gemaakt en zien hun kwaliteiten groeien.

“Ik kom er steeds meer achter dat ik ervan hou nieuwe dingen te leren, te ontdekken. Als iets dan lukt houd ik een goed gevoel aan mezelf over.”

Deze succeservaringen worden zowel door de beeldend therapeuten en als de jongeren als een zeer belangrijk effect van de beeldende therapie genoemd. De beeldend therapeuten geven aan dat zij zien dat jongeren door de behaalde successen in de beeldende therapie positiever over zichzelf zijn gaan denken. Opdrachten die beeldend therapeuten inzetten om succeservaringen te stimuleren zijn o.a.: werken met speksteen, de naam in graffiti tekenen, een kunstkaart overnemen op linnendoek, etc.

Beeldend therapeuten en jongeren zelf geven aan dat het maken, het zelf creëren van een tastbaar product de jongeren veel voldoening geeft. Deze voldoening heeft een gunstig effect op de zelfwaardering. Een positieve zelfwaardering wordt ontwikkeld nadat een jongere verschillende keren iets gemaakt heeft wat uit eigen handen is gekomen, waar hij complimenten over krijgt van zijn omgeving en mede daardoor er zelf tevreden over is.

In de beeldende therapie komen jongere tot het maken van beeldende werkstukken. Tijdens het creëren van een beeldend werkstuk kunnen de jongeren nieuwe ideeën uitproberen, nieuwe mogelijkheden ontdekken, onbekende situaties toelaten, fantasieën ontwikkelen enz. Maar ze kunnen ook fouten maken zoals teveel verf gebruiken, buiten de lijntjes kleuren, te hard op de klei slaan, etc. zonder dat dit schade aanricht. Doordat de consequenties van dit gedrag niet tot fatale situaties leidt, pakken de jongeren de kans om deze fouten te herstellen naar tevredenheid en blijken ze in staat om een creatief vermogen aan te roeren om oplossingen te bedenken.

Doorzettingsvermogen

De ervaring van de beeldend therapeuten is dat de jongeren in de beeldende therapie hun doorzettingsvermogen leren vergroten. Jongeren leren in de beeldende therapie met hun werkstukken door te gaan ook als het tegen zit, oplossingen te bedenken voor het opgedoemde probleem en hun werkstuk af te maken. Voor deze jongeren is dit een positieve wending omdat deze doelgroep zich kenmerkt door snel afhaken als het tegen zit of als ze weerstand ondervinden. Het beeldende materiaal en het resultaat in beeld prikkelt hen om door te gaan. Jongeren vragen in het begin van de therapie vaak om een nieuw vel papier of een andere opdracht. In een later stadium neemt dit gedrag af en maken ze hun werk af waarmee ze gestart zijn.

“Als ik eenmaal begonnen ben, dan kan ik moeilijk stoppen en zou ik wel door willen gaan totdat het af is.”

Ook wordt genoemd door de beeldend therapeuten dat in het beeldend werk de stappen die een jongere zet direct zichtbaar zijn in het medium en dat dit stimuleert om door te gaan. Naarmate het resultaat steeds meer vorm aanneemt, ontstaat er bij de jongeren vaak de behoefte om vanuit de trots die ze ervaren, het resultaat af te maken en te willen laten zien aan anderen.

Opdrachten die de wilskracht en het doorzettingsvermogen van de jongeren stimuleren zijn o.a. een houtblok versplinteren om er daarna een constructief beeld van te maken, van kleibolletjes een toren bouwen, een seizoensschildering op een groot vel papier maken, waarbij het hele vel papier gekleurd is, etc.

Uitgewerkt voorbeeld van een van de jongeren in de eindfase van de beeldende therapie m.b.t. het zelfbeeld

Sessie 11

Met potlood heeft hij op het strand een huisje en een jongen getekend. Vervolgens heeft hij een probleem getekend. Hij begon met het huis. Omdat W. het lastig vond om uit het hoofd het huis te tekenen zocht hij op internet eerst naar een voorbeeld. Later is hij zonder voorbeeld verder gaan tekenen met krijt en heeft W. de jongen getekend, een beetje gespierd, in een rode zwembroek. De jongen lacht en zwaait. Hij zou van dezelfde leeftijd kunnen zijn als W. In de lucht tekent W. bliksemflitsen. Er komt onweer aan en het slechte weer is al een beetje aan de gang. Volgens W. wilde de jongen op de tekening gaan zwemmen in de zee maar dat gaat niet omdat het bliksemt. Op de vraag: hoe reageert de jongen op dit probleem zegt W. dat hij daar nog

even over na moet denken. De volgende keer zal hij een oplossing bedenken en het werkstuk een cijfer geven. Hij tekent nog wel een kampvuurtje op het strand. Toen hij dit deed ging er in het beeldend werk iets mis. De hand van W. zat nog onder de blauwe krijt van de lucht en tijdens het tekenen kwam er een beetje blauw op de lichte zandkleur. W. schrok hiervan, ging vervolgens zijn handen wassen en heeft daarna een oplossing bedacht door van de blauwe vlek een zwembad te maken.

Nabespreking van de sessie:

Het tekenen van het huis vond W. het leukst. "Dit liep goed", zegt hij. Het minst leuk vond W. dat er een vlek op zijn werkstuk kwam. Het zwembad was eigenlijk een foutje maar als W. erop terugkijkt vindt hij dat het toch goed is gekomen. Zijn reactie op de vlek: "Ik zag dat ik fout zat, dus ik heb het opgelost". Op de vraag: "Hoe vind je het nu dat er een zwembad bijgekomen is?" zegt W. dat hij dit niet jammer vindt, hij vindt het er wel leuk uitzien zo en is tevreden met hoe hij de fout heeft opgelost.

Sessie 12:

W. heeft tijdens deze sessie zijn tekening nog wat verder gekleurd. Als eerste oplossing voor de jongen die niet kon zwemmen door de bliksem, bedacht hij dat de jongen naar binnen zou gaan. In het strandhuisje zou de jongen televisie gaan kijken in plaats van zwemmen. Daarna bedacht hij dat hij een overdekking kan maken over het zwembad zodat de jongen toch kan zwemmen maar geen last hoeft te hebben van het onweer. W. gebruikte deze keer een plankje om zijn hand op te laten steunen bij het tekenen van de overdekking om vlekken te voorkomen.

Nabespreking van de sessie:

W. zegt in eerste instantie dat hij na de ervaring van vorige keer met het blauwe krijt op het zand niet meer dacht dat het opnieuw mis zou gaan. Hij had wel het vertrouwen dat het goed zou komen. Als de therapeut opmerkt dat hij toch een hulpmiddel (houten plankje) erbij pakte om het werkstuk te beschermen zegt W. dat hij van zijn fouten leert.



Afbeelding 6.2: Landschapsfantasie"

Tekenmateriaal pastelkrijt, papier A1

Opdracht:

- Probeer je een landschap voor te stellen en maak hier een tekening van (er staat niets in het landschap)
- Bedenk in dit landschap een onderkomen (huis, grot, hol, hut ed.) en teken dit
- Er is ook een persoon in dit landschap (hoe ziet die eruit?), teken deze ook
- Er doet zich ook een probleem voor in dit geheel, wat zou dit zijn? voeg dit toe aan de tekening

6.3.2 Emotie

Jongeren met problemen op het gebied van emoties, hebben vaak moeite met het onderkennen, uiten en reguleren van eigen emoties. Er is vaak sprake van schommelingen in de stemming, impulsiviteit en riskant gedrag. Ze reageren met intense emoties en hebben vaak hun boosheid nauwelijks onder controle. Ze ervaren overmatig stress en raken snel gefrustreerd.

In de beeldende therapie worden de problemen rondom de categorie *emotie* in de observatiefase zichtbaar doordat de jongeren zich nauwelijks bewust zijn van eigen emoties of de eigen belevingswereld, terwijl jongeren veelal vanuit emotionele impulsen reageren of handelen. Opdrachten m.b.t. dit onderwerp vragen veel begeleiding van de therapeut. Jongeren grijpen graag naar bekende symbolen als smileys om hun goede gevoel uit te drukken of wapens om de boosheid uit te drukken. De gevoelens die in beeld gebracht worden blijven vaak beperkt tot goed en slecht, zwart-wit.

Uit het onderzoek blijkt dat het kerngebied *emotie* in de beeldende therapie een belangrijk onderwerp is dat vaak naar voren komt. Zowel de jongeren die in behandeling zijn in de beeldende therapie als de deelnemende beeldend therapeuten signaleren een belangrijk en groot effect op de problematiek rondom emoties van deze jongeren.

Uiten van emoties

Jongeren geven aan dat ze vaak veel plezier beleven aan het werken met beeldende materialen en veel voldoening opdoen bij het resultaat van de beeldende acties. Naarmate jongeren langer aan het werk zijn in de beeldende therapie raken ze vaak meer enthousiast en vinden ze het prettig om zich op die manier bezig te houden en te uiten.

Beeldend therapeuten signaleren dat er onder de jongeren die zij in therapie hebben vaak grote behoefte is om zich expressief te uiten. Het uiten van emoties op een verbale manier gaat hen meestal moeilijk af. Hun woordenschat op het gebied van het uitdrukken van emoties is beperkt. Ook is het voor jongeren erg moeilijk oog in oog met een ander hun emoties te uiten. Meestal levert hen deze manier van uiten veel frustratie op, blokkeren ze of 'slaan bij hen de stoppen' door. Bij het uiten van emoties op een non-verbale manier is dit veel minder het geval. Het indirecte van het medium beeldend spreekt jongeren erg aan. Voor hen is dit een veiligere manier om zich te kunnen uiten. In het werken met materialen die door hun aard belevingen oproepen zoals hard, ruw, zacht, mooi, lelijk, vertedering etc, kunnen jongeren emoties uiten, zonder dat dit in woorden gevat moet worden en uitgesproken moet worden aan de therapeut.

Ook wordt door het werken met beeldende materialen de fantasie van de jongeren geprikkeld. De materialen en de opdrachten die de beeldend therapeuten geven stimuleren het uiten van deze fantasieën omdat hierin veel onbewuste en niet in woorden te vangen, emoties onder schuil gaan. Opdrachten die de fantasie stimuleren zijn o.a. een fantasiedier in klei maken, een eiland maken waar je graag zou willen verblijven, etc. Het werken aan dit soort opdrachten stimuleert de jongeren zich bewust te worden van verborgen emoties en inzicht te krijgen in de emoties die een belangrijke rol spelen in het leven van de jongeren. Beeldend therapeuten geven aan dat het erg belangrijk is voor deze doelgroep om juist de emoties op dit soort manieren te leren uiten omdat in deze vorm van expressie de frustratie niet zo hoog oploopt, het materiaal is immers geduldig en vaak meegaand.

Herkennen van emoties

Beeldend therapeuten geven aan dat door het visualiseren van emoties in beeldend werk, emoties door jongeren op den duur beter worden herkend. In het beeldend werk, werken jongeren aan opdrachten die stimuleren om hun gevoelens en belevingen uit te drukken. Door de kleuren die ze gebruiken, vormen die ze neerzetten en de beweging die ze aanbrengen in het beeldend materiaal zien jongeren hun emoties gespiegeld in een beeldend werkstuk of in deze wijze waarop het werkstuk is gemaakt. Doordat deze emoties in concrete vorm aan de jongere zelf getoond worden, leert de jongere eigen emoties te herkennen. Opdrachten die dit stimuleren zijn o.a. de vier basisgevoelens in verf, een mensfiguur van klei in verschillende houdingen die gevoelens weergeven, abstract werken in verf en kleur, etc.

Beeldend therapeuten geven aan dat beeldende materialen gevoelens weerspiegelen die moeilijk te herkennen zijn voor jongeren. Gevoelens van kwaadheid en blijdschap worden door jongeren over het algemeen wel herkend maar van gevoelens die kwetsbaarheid tonen en die onder de voor hen van zelfspreekende emoties liggen, zijn zij zich nauwelijks bewust. Beeldend therapeuten zagen dat het in het

belang is voor een positieve ontwikkeling van de jongere om deze onderliggende gevoelens meer in beeld te krijgen om gevoelens die vaak de overhand hebben te temperen.

Het volgende voorbeeld van één van de beeldend therapeuten illustreert dit:

Een van de jongeren had in de therapie erg veel moeite met het herkennen van zijn angst. Krampachtig probeerde hij de controle te houden en hij zette zijn gevoelens direct om in woede, wat hem meer veiligheid gaf omdat dit gevoel hem meer eigen is.

In de therapie maakte hij voor elk van de vier basisemoties een standbeeld van klei. De angst gaf hij weer als piepklein bolletje met daarom heen een plakkaat klei waar hij in gekrast en in gestoken had met zijn mirette (dit vertoonde grote gelijkenissen met zijn 'woede' standbeeld). De jongen kon niet aangeven wat hij precies had gemaakt en waarom, maar in zijn handelingen werd duidelijk dat hij precies aanvoelde hoeveel klei hij nodig had voor het bolletje, hoe glad het moest worden en welke plek het bolletje kreeg in de plakkaat klei. Na het werken was hij rustig en stil, terwijl hij normaal niet kon ophouden met praten. Toen de therapeut benoemde wat zij in het werkstuk van hem herkende kon hij aangeven dat hij bang was mensen en vrijheden kwijt te raken. Die angst werd klein gehouden door de woede die er krachtig om heen lag. De jongere heeft daarna in zijn behandelbespreking over zijn angst kunnen vertellen en het werkstuk laten zien, waardoor er door de jongere zelf en door de hulpverleners meer inzicht ontstond in zijn gedrag en hier beter op in gesprongen kon worden. De jongere laat nu minder woede zien en kan eerder benoemen wat hij echt voelt.

Verdragen van emoties

Beeldend therapeuten geven aan dat jongeren die in de JJI en Gesloten Jeugdzorg in behandeling zijn, vaak geneigd zijn emoties weg te maken uit angst dat ze erdoor overspoeld worden. Emoties zijn voor hen vooral ongrijpbaar en oncontroleerbaar. De ervaring van beeldend therapeuten is dat dit vooral het geval is bij emoties die voor hen kwetsbaar liggen. Jongeren komen over het algemeen uit problematische gezinssituaties waar emoties uit de hand liepen of waar emoties niet onderkend werden.

Beeldend therapeuten signaleren dat in het beeldend werk juist vaak emoties van kwetsbaarheid getoond worden, vaak zonder dat de jongeren dat zelf zien en zich daar bewust van zijn. Gevoelens als pijn, verdriet, angst, zijn in het beeldend werk vaak zichtbaar. De ervaring van de beeldend therapeuten is dat door het samen kijken naar de beeldende werkstukken die de jongeren gemaakt hebben de kwetsbare emoties gemakkelijker herkend en verdragen worden.

Beeldend therapeuten geven aan dat het indirecte van het medium ervoor zorgt dat het verdragen van emoties op een geleidelijke manier kan plaats vinden. De emoties worden eerst in het beeld gevat en door de jongere ervaren om het pas daarna naar zichzelf toe te trekken. Via de beelden die de kwetsbare emoties weergeven en de fysieke inzet bij het werken aan de beeldende werkstukken, staan jongeren gemakkelijker toe om deze ook van zichzelf te erkennen en toe te laten. Het beeld in de vorm van een mens, een dier, een stripverhaal kan deze emoties aan. Een jongere krijgt bijvoorbeeld van de therapeut de opdracht een dier te maken dat pijn heeft, of een mens te maken die verdrietig is, een landschap dat er

eenzaam uitziet, etc. De ervaring van de therapeuten is dat als de jongere de emotie in het dier of de mens waarneemt, hij deze gemakkelijker naar zichzelf kan verplaatsen en aangeven dat deze gevoelens hem of haar ook parten spelen.

Ook is het de ervaring van de beeldend therapeuten dat de boosheid die in beeld gebracht wordt en waar met afstand naar gekeken kan worden, beter verdragen wordt. Alle emoties worden door jongeren vaak vertaald als boosheid. Jongeren worden vaak overspoeld door boosheid, woede en frustratie. Door deze laatst genoemde emoties in beeld te brengen of vanuit deze emoties aan het werk te zijn, krijgt de boosheid, woede en frustratie zijn realistische omvang. Door er daarna of tijdens het werkproces naar te kijken, mogelijk samen met de beeldend therapeut kan deze emotie vaak beter verdragen worden.

De ervaring van de beeldend therapeuten is dat het beeldend werk of de manier van werken soms veel emoties oproept die moeilijk verdragen worden. Het beeldend werk kan tijdelijk weggezet worden om het daarna weer op te pakken, zodat aan het beeld en de emoties ervan, gewend kan worden.

“Één van de jongeren schilderde een landschap waarin een mannetje alleen op een zee in een bootje dreef zonder roeispanten want die was het mannetje in het bootje kwijt geraakt in de storm. Tijdens het schilderen wilde de jongere regelmatig het werkstuk weggleggen omdat hij het zo akelig vond voor het mannetje in het bootje dat er niemand in de buurt was die hem kon helpen. Maar het werkstuk bleef hem wel boeien waardoor hij het toch weer tot zich nam en er aan verder ging werken.”

Differentiëren van emoties

Beeldend therapeuten geven aan dat jongeren in de observatieperiode zich erg zwart wit uiten over hun gevoelens. Het gevoel benoemen ze vaak als goed of slecht, boos of blij. Ze zijn over het algemeen slecht in staat hun emoties te differentiëren. Door de gevoelskwaliteiten van het beeldende materiaal ervaren jongeren meer differentiaties in het beleven van emoties. Materialen kunnen ruw, glad, stevig, stekelig, vast zijn. Vormen kunnen puntig, hoekig, rond, scherp zijn, met elkaar botsen, elkaar verdringen. Kleuren kunnen helder, donker, licht, somber, fel zijn, in elkaar overvloeien, elkaar aanvullen. Deze hoeveelheid aan elementen dat een beeld bezit, laat zich gemakkelijk als gevoelskwaliteiten vertalen en zich van daaruit transporteren naar emoties van jongeren. Beeldend therapeuten geven aan dat jongeren gevoelig zijn voor dit soort beeldelementen en de gevoelswaarde die dit bij hen oproept. Door deze gevoelskwaliteiten te ervaren leren jongeren om in eigen emoties ook meer differentiatie te onderscheiden en aan te brengen. Beeldend therapeuten zagen dat gaandeweg in de therapie jongeren meer kleuren in hun schildering gebruikten, meer variatie konden aanbrenge in hun vormgeving en meer gebruik maakten van meer gevarieerde materialen.

Een beeldende opdracht die het aanbrenge van differentiaties stimuleert is o.a.: maak een mooi werkstuk met mooie en een lelijk werkstuk met lelijke kleuren. Als de twee werkstukken klaar zijn worden deze op grote afstand van elkaar geplaatst. Daartussen plaatst de beeldend therapeut meerdere lege vellen papier en vraagt de jongere op de lege vellen papier in vorm en kleur een overgang te maken van het lelijke naar het mooie werkstuk.

Beeldend therapeuten merkten dat als jongeren reflecteerden op hun beeldende werkstuk zij beter instaat waren om in het benoemen van de eigen emotie meer nuances aan te brengen dan alleen de boosheid of blijdschap.

Opmerkelijk vonden de beeldend therapeuten dat door het ervaren van verschillende gevoelskwaliteiten in het materiaal en in de beeldende voorstelling, de boosheid leek af te nemen. De boosheid werd als het ware verdund. Er ontstond een groter scala aan emoties waar jongeren zich in konden uiten.

Opdrachten die hierbij een stimulerende werking hadden waren o.a. uit een lijst een aantal emoties kiezen, hier een bijpassend materiaal kiezen en de emotie in beeld brengen, mensfiguren in klei maken die allemaal in een verschillende houding worden gezet en een verschillende emotie uitdrukken, enz.



Afbeelding 6.3: Kleibeeld : emoties in expressie brengen

Grip krijgen op emotie

Jongeren zijn over het algemeen impulsief en hebben weinig geduld. Zij worden snel driftig als iets niet gaat zoals zij dat willen en reageren daar destructief op. De ervaring van de beeldend therapeuten is dat in de observatieperiode jongeren dit gedrag ook laten zien. In het beeldend werkstuk wordt onmiddellijk dit gedrag gespiegeld. Het mislukt, valt in elkaar, kleuren lopen door elkaar, het gaat vlekken, het wordt een chaos enz.

“Ik zag mezelf terug in het werkstuk en zei tegen de therapeut: wat een chaos.”

Hoewel deze jongeren gewend zijn vaak de schuld bij een ander neer te leggen, kunnen ze dat binnen de beeldende therapie minder gemakkelijk doen omdat in het beeldende werkstuk zichtbaar wordt dat ze zelf deze destructie veroorzaakt hebben. Het beeldend werk vraagt in dit soort gevallen om een constructieve actie van de jongere als hij zijn opdracht wil laten lukken. In de behandel fase signaleren beeldend therapeuten dat jongeren zelf meer structuur aanbrengen in hun werkwijze ter voorkoming van chaos of destructie waar ze vaak zelf veel last van lijken te hebben. Daarnaast biedt het materiaal zelf en de beeldende opdracht een bepaalde structuur die de jongere houvast geven. Opdrachten die de impulsiviteit doen afnemen zijn o.a. werken met speksteen, bouwen van een hoge toren in klei, een bouwwerk van hout maken, etc.

Beeldend therapeuten geven aan dat door de belevingskwaliteiten van het beeldende materiaal jongeren leren met deze belevingskwaliteiten om te gaan. Beeldende materialen weerspiegelen emoties en dagen uit om er mee om te gaan, ze ter hand te nemen, in actie te komen en te reageren op het beeld. Jongeren ervaren hiermee aan den lijve dat ze invloed kunnen uitoefenen op het materiaal, de voorstelling en analoog daaraan dat het beeldend materiaal en de beeldende voorstelling invloed uitoefenen op emoties. Op deze manier houden jongeren op een voor hen veilige manier controle over eigen emoties en worden ze in staat gesteld eigen emoties bij te stellen of te corrigeren omdat ze het letterlijk zelf in handen hebben.

Ook geven beeldend therapeuten aan dat het beeldend materiaal niet vluchtig is, zoals woorden dat wel zijn, maar tastbaar, voelbaar en concreet waardoor jongeren letterlijk en figuurlijk meer grip op hun gevoelens en op eigen manier van handelen ontwikkelen. Zowel de belevingskwaliteiten van het beeldende materiaal als beeldende voorstellingen die over emoties gaan, worden door de jongere waargenomen, ervaren en roepen een reactie op in de vorm van een actie. De reactie heeft direct zijn weerslag in het materiaal. Heeft de jongere teveel, te heftig of te weinig reactie gegeven in het beeldende materiaal dan kan de jongere de handeling ongestraft bijstellen. De jongeren houden zo zelf de controle over de eigen emoties. Dat maakt de beeldende therapie, vinden de beeldend therapeuten, tot een veilig oefenterrein om grip op emoties te krijgen.

In de beeldende therapie geven beeldend therapeuten veel ruimte om met beeldende materiaal te experimenteren en te spelen, waardoor jongeren de kans krijgen op een veilige manier emoties toe te laten en er mee leren om te gaan. Jongeren kunnen bijvoorbeeld in klei slaan, krassen, snijden om er vervolgens spelenderwijs een constructief beeld van te maken, zoals het maken van een droomeiland of een mensfiguur.

Beeldend therapeuten bieden op een gedoseerde manier beeldende materialen aan met belevingskwaliteiten zoals verf, klei, speksteen en hout, en geven opdrachten waarbij emoties in beeld gebracht worden zoals de emotiethermometer, de gevoelscirkel, van klein naar groot en van groot naar klein werken, boosheid in verf uitdrukken, verschillende mensbeelden met emotie maken, in klei van destructief naar constructief werken en van scheuren met geschilderd papier tot het maken van een compositie van het gescheurde. Beeldend therapeuten geven aan dat door dit aanbod emoties van jongeren worden opgeroepen waar jongeren middels het sensorisch werken met beeldende materialen vat op krijgen. De ervaring van de beeldend therapeuten is dat jongeren vat krijgen op hun emoties als zij betekenis leren geven aan de inhoud van het beeldende werkstuk. Door het maken van bijvoorbeeld een emotiethermometer worden zij zich bewust van hun emoties, welke emoties hen parten spelen en hoe zij hierop invloed uit kunnen oefenen.

Rust, ontspanning en stemmingsverhogend

De jongeren zelf geven aan dat het werken met de handen hen rust en ontspanning geeft. Zij ervaren vaak veel lichamelijke onrust en stress en kunnen deze vaak moeilijk afwenden. Ze geven aan dat hun hoofd 'leeggemaakt' wordt en hun lichaam tot rust komt, als ze met beeldende middelen aan het werk

zijn. Het laat de spanning afnemen. Ze geven aan dat ze na de beeldende therapie sessie op een meer ontspannen manier weggaan dan dat ze gekomen zijn.

Beeldend therapeuten signaleren dat het regelmatig voorkomt dat jongeren als het ware in een flow van actie en gedrevenheid komen en met plezier aan het werk zijn, dat ze in het werkstuk 'zitten' en er helemaal in op gaan. Met als gevolg dat ze zich kunnen ontspannen in de beeldende activiteit en het piekeren stopt.

Bij jongeren kunnen in conflictueuze situaties de emoties erg oplopen. Beeldend therapeuten geven aan dat als de jongeren na dat soort momenten in de beeldende therapie kwamen, zij door op een expressieve manier met hun handen te werken, rustiger en meer ontspannen werden. Door bijvoorbeeld flink in de klei te wroeten, in hout te hakken of een vel papier vol met kleur te verven werden de heftige emoties vaak afgewend. De heftige emoties vloeien via de bewegingen als het ware weg in het materiaal. Jongeren zelf pikten dit op door te benoemen dat als ze in een conflictsituatie belanden, ze dit konden afwenden door iets creatiefs te gaan doen met hun handen.

“Als ik aan mijn werkstuk aan het werk ben, heb ik even niets meer aan mijn hoofd”.

De doelgroep die in JJI en Gesloten Jeugdzorg in behandeling is, heeft vaak veel last van schommelingen in de stemming en is over het algemeen negatief/ depressief gestemd of heeft negatieve opvattingen. Jongeren geven aan dat ze door het werken met prettige en mooie beeldende materialen ook een goed en prettig gevoel krijgen. De mooie en felle kleuren van de verf fleuren op en geven een goed gevoel als ze op papier staan, werd door één van de jongeren genoemd. Doordat het beeldende werkstuk tastbaar en blijvend is kunnen jongeren telkens terugkijken naar het werkstuk om dit gevoel weer naar boven te halen. Een opdracht die dit bevordert is o.a.: maak een schatkistje en doe daar zelfgemaakte kleine werkstukjes in waar je blij van wordt of een mooie herinnering aan hebt.



Afbeelding 6.4

“Kleurenspeel”

6.3.3 Interactie

Jongeren met problemen op het gebied van interactie hebben een tekort aan sociale vaardigheden. Zij kunnen zich slecht inleven in de ander, voelen de ander slecht aan. Ze zijn vaak egocentrisch ingesteld, tonen zich vaak onverschillig t.o.v. de gevoelens van de ander en stemmen vaak moeilijk af op de ander. De grenzen van de ander en ook de eigen grenzen worden regelmatig overschreden.

In de therapie van de deelnemende beeldend therapeuten werd door de therapeuten alleen individueel gewerkt. De keuze voor individuele therapie is gemaakt omdat er in groepen met jongeren vaak een groepsdruk ontstaat die een veilige therapeutische situatie in gevaar brengt.

De interactie waarvan sprake was in de beeldende therapie, bestond zodoende uit de interactie tussen de jongere en de beeldend therapeut en de interactie tussen de jongere en het beeldend materiaal. Alle deelnemende beeldend therapeuten gaven aan dat zij hun interventies juist vaak richten op de interactie die de jongere aangaat met het beeldend materiaal en het beeldend werkstuk. Want zoals hierboven al te lezen is, heeft het materiaal ook zijn eigen aard en belevingskwaliteiten waar de jongere al handelend op reageert. In de beeldende therapie wordt de problematiek rondom de categorie *interactie* in de observatiefase o.a. zichtbaar doordat de jongere weinig rekening met de aard van het materiaal houdt en erg op zichzelf gericht is. De jongere drukt bijvoorbeeld heel hard op het houtskool of de pastel waardoor het materiaal verpulverd wordt wat leidt tot vlekken en vegen of hij slaat te ruw en te hard op de speksteen zodat deze uiteen valt. In de interactie met de beeldend therapeut werkt de jongere alleen op zijn stuk van het papier zonder de interactie met de beeldend therapeut aan te gaan of is de jongere in het begin erg volgend, doet hetzelfde als de therapeut.

Hoewel de kerncategorie *interactie* minder genoemd wordt door de beeldend therapeuten en jongeren en de interventies van de beeldend therapeuten minder gericht zijn op dit probleemgebied, is het wel een belangrijk item. De beeldend therapeuten geven unaniem aan dat op het gebied van interactie de beeldende therapie effect heeft.

Aanvoelen en afstemmen

De beeldende materialen hebben een eigen karakter en belevingskwaliteiten. Het harde en tevens broze van speksteen, het vloeiende van ecoline, het stevige en plakkerige van klei, het vette van oil pastel. Het kan meegaand zijn of weerstand bieden. Het voelt plakkerig, ruw of zacht aan. Het vraagt om een specifieke behandeling waarin het belangrijk is dat de maker kennis heeft van de aanpak van dat materiaal.

In de expressiematerialen die de beeldend therapeuten vooral gebruiken is het aanvoelen van het materiaal een belangrijker item dan de kennis van technieken. Dit aanvoelen vraagt van de jongere om zich te kunnen inleven en te kunnen verdiepen in het materiaal. Hoe hard kan er geslagen worden op de speksteen, hoeveel kracht kun je op klei uitoefenen, hoeveel druk kan een pastelkrijtje aan, hoeveel ecoline kan aan de kwast om het te laten vloeien? In de observatieperiode zien beeldend therapeuten jongeren erg worstelen met het materiaal. Ze kunnen moeilijk hun kracht doseren waarop ze met het materiaal omgaan. Ze gaan er eerder onvoorzichtig en wild mee om dan voorzichtig en bescheiden.

Beeldend therapeuten geven aan dat gaandeweg in de beeldende therapie de jongeren meer rekening gaan houden met de aard van het materiaal en een genuanceerdere afstemming maken met het materiaal. Ze zien dat de speksteen minder snel sneuvelt, dat met het vloeibare van de ecoline, die voorheen als een vervelend en onwillig materiaal ervaren werd, gespeeld wordt en met het pastelkrijt zachte landschappen gecreëerd worden i.p.v. dat het verpulverd en weggeblazen wordt.

Opdrachten die dit stimuleren zijn o.a.: een zo hoog mogelijke toren van klei bouwen, een sterrenhemel maken door ecoline te blazen, een stuk speksteen kiezen en kijken welke 3D vorm uit de speksteen te halen is, wisselen van werkstuk, waarbij zowel de therapeut als de jongere op een eigen vel papier beginnen een eigen gekozen voorstelling te maken, na 5 minuten wisselen ze van tekening en dit herhalen ze een aantal keren en samen één potlood vasthouden en een tekening maken.

Doordat jongeren binnen de beeldende therapie op een ervarende manier leren, leren zij het materiaal aan te voelen en hun acties, handelingen erop af te stemmen. Beeldende werkstukken leiden daardoor minder snel tot een destructie van het materiaal. Beeldend therapeuten signaleren dat in de behandelfase jongeren vaker in staat zijn om tot constructieve beeldende werkstukken te komen.

Ook geven beeldend therapeuten aan dat jongeren met het werken met beeldende materialen de schuld van de fouten of het mislukken, niet bij een ander kunnen leggen, wat ze wel gewend zijn te doen. Hierdoor pakken jongeren de fouten eerder ter hand. Zij worden er zelf verantwoordelijk voor geacht, er is haast geen ontsnapping mogelijk.

“Nu snap ik waarom ik in speksteen wel een hartje kan maken en niet een kruis. De steen is niet zo hard als hij lijkt.”



Afbeelding 6.5: Met speksteen aan het werk.

Samenwerken

Jongeren die in de JJI en Gesloten Jeugdzorg verblijven, zijn door de hechtingsproblematiek vaak egocentrisch ingesteld. Er is vaak geen sprake van samenwerken of samenspraak.

Beeldend therapeuten geven aan dat jongeren in de observatieperiode bij samenwerkingsopdrachten de interactie met de therapeut vermijden. Ze zoeken geen oogcontact, werken alleen op de eigen plek. In het

beeldend werk zien beeldend therapeuten in de behandelfase verbetering in dit gedrag optreden. Via het materiaal gaan de jongeren voorzichtig de interactie aan met de therapeut. Ze blijven niet meer alleen op het eigen stuk op het vel papier, maar bewegen over het hele papier met de kwast met verf. Zo komen ze de kwast van de beeldend therapeut tegen en reageren daar non-verbaal op. Beeldend therapeuten zien op deze manier een samenspel ontstaan. Jongeren zeggen hierover dat zij het prettiger vinden om op deze manier samen te werken omdat ze de therapeut niet hoeven aan te kijken of iets terug moeten zeggen en toch het gevoel hebben dat ze contact met de ander te hebben.

Het non-verbale in de interactie legt de focus op de belevingskant van de interactie. Voor jongeren is dit een belangrijke leermiddel omdat zij in interactie met anderen over het algemeen zeer beperkte ervaringen hebben op dit gebied, want zij zijn vaak al op zeer jonge leeftijd op zichzelf teruggeworpen.

Opdrachten die dit stimuleren zijn o.a.: tegenover elkaar op een groot vel papier beginnen, naar elkaar toewerken, in het midden van het vel op hetzelfde moment elkaar ontmoeten, samen één beeld maken van klei, waarbij er om en om wordt gewerkt en samen een stad van klei bouwen.

Naast de interactie met de therapeut vraagt het beeldende materiaal ook om een soort van dialoog met de jongere. Als het materiaal in beweging is gezet, vraagt dit om een reactie, een respons van de jongere. Hierdoor ontstaat en een wisselwerking tussen het materiaal en de jongere. Ook het materiaal reageert vanuit zijn eigenheid op de actie van de jongere. Beeldend therapeuten signaleren dat het reageren op het beeldende materiaal minder bedreigend is voor de jongeren dan in het directe contact met mensen. Hierdoor kunnen jongeren op een veilige manier oefenen in samenspel, in samenwerken, in acties over en weer.

“Ik deed de therapeut maar na want zij zal het wel weten, dacht ik. Nu doe ik dat niet zo vaak meer. Ik ga ook mijn ding doen op papier en soms daag ik de therapeut uit. En dan lachen we samen.”

6.3.4 Cognitie

Voor jongeren met problemen op het gebied van cognities geldt dat zij vaak weinig zelfinzicht en probleembesef hebben. Ze hebben vaak negatieve gedachten over zichzelf en anderen. Jongeren met problemen op dit gebied nemen het gedrag van zichzelf en de ander verkeerd waar en interpreteren het vaak negatief. Daarnaast zijn jongeren door hun cognitieve beperkingen moeilijk in staat om op hun gedachtegang en handelen te reflecteren en gedachten te structureren.

Beeldend therapeuten geven aan dat de problematiek rondom de categorie *cognitie* in de observatiefase in de beeldende therapie zichtbaar wordt doordat de jongere veel beeldende materialen rondom zich verzamelt, zonder plan aan het werk gaat, chaos ontstaat waar hij geen constructieve vorm weet uit te halen en hij niet goed begrijpt hoe hij deze chaos zelf veroorzaakt heeft.

Beeldend therapeuten zien dat jongeren erg impulsief en chaotisch te werk gaan, waardoor het beeldend werk vaak gedoemd is te mislukken. De jongeren houden hier een negatief gevoel en een chaotische

denkwijze aan over. Ze hebben geen zicht op hoe ze zelf deze moeilijkheden veroorzaken. Daarnaast zijn hun waarnemingen erg subjectief gekleurd wat het denken bij deze jongeren negatief beïnvloedt.

Hoewel in dit onderzoek naar voren komt dat er meer effect van de beeldende therapie met deze doelgroep te behalen is op de gebieden zelfbeeld en emotie, merken de beeldend therapeuten dat er in de beeldende therapie ook een belangrijk effect te behalen is binnen de kerncategorie cognitie, namelijk in het vergroten van zelfinzicht, het gestructureerd en planmatig leren werken en anders waarnemen.

Zelfinzicht en probleembesef

Als jongeren aan het werk zijn met beeldende middelen, zijn ze vaak erg gedreven aan het werk. Ze gaan helemaal op in hetgeen waar ze mee bezig zijn en hebben vaak niet meer in de gaten op welke manier ze aan het werk zijn. Beeldend therapeuten geven aan dat jongeren nauwelijks stil staan bij en terug blikken op wat ze doen, voelen of denken. Ze geven aan dat ze jongeren in de behandel fase regelmatig stil zetten om van een afstand naar hun eigen manier van handelen te laten kijken. Doordat het beeldend werk concreet voor hen staat en als een spiegel werkt, krijgt de jongere een duidelijk beeld voor zich van de manier waarop hij heeft gehandeld. De ervaring van de beeldend therapeuten is dat als jongeren samen met de therapeut, die de manier van handelen en de betekenis van het beeldende werkstuk helpt onder woorden te brengen, naar het werkstuk kijken, dit voor hen inzichtelijk werkt. Samen met de therapeut wordt via het beeldend werk gekeken of de jongere in zijn manier van handelen en de betekenis van het beeldend werk, het gedrag herkent dat vaak tot problemen heeft geleid zoals zichzelf in chaos verliezen, impulsief handelen, het materiaal dingen laten doen waar het niet geschikt voor is, te veel druk uitoefenen op het materiaal, etc. Het accent van deze reflecties ligt niet op het benoemen van fouten maar op hoe dit anders zou kunnen worden aangepakt. Het beeld geeft duidelijkheid en helderheid hoe er door de jongere gehandeld is in het medium. Het beeldend werk helpt jongeren hierdoor tot een helder inzicht te komen van hun eigen gedragingen.

De ervaring van beeldend therapeuten is dat de jongeren vaak vanuit wanorde, onduidelijkheid en impulsief handelen werken. Zij leren om op die manier naar zichzelf te kijken. Door het gedrag in het medium te verbinden met het probleemgedrag wordt het probleembesef en de zelfkennis vergroot. Het ontwikkelen van het probleembesef en de zelfkennis van deze jongeren verloopt beter als zij daar een concreet voorbeeld bij hebben zoals het beeldend werk.

“Het is wel raar om te zien dat in het beeldend werk hetzelfde naar voren komt als hoe ik buiten doe. Niet altijd fijn om te zien, maar het is wel waar.”

Structureren

Beeldend therapeuten signaleren dat jongeren vaak zeer impulsief aan het werk gaan. Jongeren pakken bijvoorbeeld vaak veel verf, allerlei kleuren en zetten zonder na te denken de eerste streken op papier. Als de schildering vordert ontdekken ze dat er te weinig ruimte is voor de hele voorstelling. Teleurstelling volgt, want ze waren net zo lekker bezig.

In het werken met beeldende materialen zijn veel soorten van werkwijzen mogelijk: van rechtstreekse expressie op papier tot een schets of plan en daarna de uitwerking van het plan. Ook kunnen beeldende

opdrachten op een diverse manier aangeboden worden. Ongestructureerd, gestructureerd, eenvoudig, gecompliceerd, concreet, abstract etc.

In het beeldend werk wordt onmiddellijk de werkwijze van de jongere weerspiegeld. Als de werkwijze chaotisch is, dan is het beeld ook chaotisch. In het beeldende werkstuk wordt de jongere geconfronteerd met de chaos in het eigen handelen. De ervaring van de beeldend therapeuten is dat jongeren daar zelf erg veel last van ondervinden. Naast teleurstelling houden ze er ook een chaos in hun hoofd aan over.

In de behandelfase zien beeldend therapeuten door het aanbieden van beeldende opdrachten waar structuur in aangebracht is, gaandeweg verandering in de chaotische werkwijze en het impulsieve gedrag.

Om te stimuleren jongeren meer gestructureerd te laten werken, vragen beeldend therapeuten aan jongeren dat ze eerst nadenken over de uitvoering van het beeldende werkstuk. Ze vragen hard op te noemen welk materiaal ze gaan kiezen, welke kleuren ze nodig hebben, welk gereedschap, hoe in grote lijnen de voorstelling er uit gaat zien en hoeveel tijd ze denken daarvoor nodig te hebben, enz.

Beeldend therapeuten geven aan dat jongeren in de beeldende therapie geleerd hebben planmatig te werken en structuur in hun werkwijze aan te brengen. Jongeren zelf geven aan dat ze in de beeldende therapie geleerd hebben om eerst te denken en dan te doen en dat daardoor de resultaten van het beeldende werkstuk beter zijn.

“Eerst pakte ik gewoon wat voor me lag en ging ik gewoon aan het werk. Nu ga ik eerst een plannetje bedenken en dan ga ik aan het werk. Soms overleg ik ook nog eerst met de therapeut wat mijn plannetje is.”

Waarnemen

Hierboven werd al beschreven dat beeldend therapeuten altijd samen met jongeren hun werk en werkwijze bekijken. Het is beeldend therapeuten opgevallen dat jongeren in de observatiefase vaak hun werkstuk anders beleven dan wat er te zien is in het beeld. Jongeren kunnen bij het benoemen van een schildering, de schildering liefdevol en zacht noemen terwijl de beeldend therapeut er een heftig en dreigend beeld inziet. Wat ook vaak voorkomt is dat jongeren in bijvoorbeeld een collage eigenschappen willen tonen die het tegenovergestelde in beeld brengen, zoals een plaatje van een man die volgens de jongere relaxed overkomt, terwijl er een plaatje staat van een opgefokte man.

Opdrachten die het realistisch waarnemen stimuleren zijn o.a.: een collage maken over karaktereigenschappen, een collage maken over je buitenkant, een collage maken over de wereld om je heen, verschillende karaktertypen in een dier weergeven en een zelfbeeld in klei maken.

In de behandelfase is het steeds meer mogelijk om samen met de jongeren op een genuanceerde manier een beeldend werkstuk, zoals een collage, nogmaals goed te bekijken en te bespreken, waardoor jongeren vaak tot een meer realistische conclusie komen. De ervaring van beeldend therapeuten is dat jongeren vaak vanuit de eigen beleving redeneren zonder echt te kijken wat er feitelijk te zien is. Omdat

het beeldend werkstuk blijvend is maakt dit het mogelijk om van een afstand nogmaals te kijken naar een beeld wat door de jongeren op een eigen manier wordt waargenomen.

“Toen ik naar het beeldje keek zag ik andere dingen van mijzelf.”



Afbeelding 6.6: Masker met emoties

6.3.5 De therapeutische alliantie

De jongeren die in de JJI en Gesloten Jeugdzorg verblijven hebben in hun leven vaak slechte ervaringen met anderen, volwassenen en ook leeftijdsgenoten. Er is in hun jeugd vaak sprake van een slechte relatie tussen kind en ouder of een instabiele thuissituatie.

Door volwassenen zijn deze jongeren vaak verwaarloosd, overvraagd of onjuist bejegend. Door leeftijdsgenoten zijn de jongeren vanwege hun sociaal onhandige gedrag, vaak gepest of sociaal buitengesloten. De jongeren zelf hebben ook invloed op de slecht verlopende contacten met de omgeving omdat ze zich vaak onwillig opstellen, veel agressie tonen en/of zich egoïstisch gedragen.

Beeldend therapeuten geven aan dat het daarom uiterst belangrijk is om een juiste afstemming te vinden met de jongeren. De therapieruimte, de houding van de therapeut, de relatie die de therapeut aangaat met de jongere, de werkwijze van de therapeut, de sfeer, het beeldende materiaal, etc. zijn allen van grote invloed. Bij jongeren zijn deze items een voorwaarde om een therapeutisch proces in te kunnen zetten. Wordt er onvoldoende afgestemd met de jongeren dan is de therapie gedoemd te mislukken, omdat de jongeren rigoureuus afhaken als de toon verkeerd is. De beeldend therapeuten hebben daarom veel oog voor de motivatie, de stemming, het niveau, de situatie en de kwaliteiten van de jongeren.

Zowel in de interviews met de jongeren als met de beeldend therapeuten wordt vaak opgemerkt dat de afstemming één van de belangrijkste focussen is in de beeldende therapie. Jongeren vertalen dit door aan te geven dat ze vinden dat de therapeut hen wel moet ‘snappen’ of ‘begrijpen’ en als dat niet het geval is, dat zij dan niet verder gaan met de therapie.

Houding van de therapeut

De beeldend therapeuten geven unaniem aan dat een houding van onvoorwaardelijkheid ten opzichte van de jongeren in de beeldende therapie, erg belangrijk is. Hiermee bedoelen ze dat de therapeut geen eisen of voorwaarden stelt aan de jongeren die in de therapie komen. Voor de deelnemende beeldend therapeuten is het niet een voorwaarde dat er bij de jongere sprake is van motivatie voor beeldende therapie, affiniteit met het medium, voldoende denkniveau of inzicht in de eigen problematiek. Zij geven aan dat zij bij de start een flexibele houding aannemen om samen met de jongeren te zoeken naar een ingang om aan het werk te kunnen gaan. Een flexibele houding is volgens de beeldend therapeuten een vereiste om jongeren in een therapieproces te krijgen. Deze houding vraagt van de beeldend therapeuten dat zij bij de aanvang van de therapie, oog hebben voor de behoeften en de capaciteiten van de jongeren en dat zij met de jongeren samen overeenstemming proberen te bereiken over de inhoud van de beeldende therapie, zoals met welk materiaal gewerkt gaat worden, aan welke opdrachten gewerkt wordt, wanneer aan eigen voorkeuren gewerkt wordt en welke doelen nagestreefd worden.

De beeldend therapeuten gaan in op de behoefte en de capaciteiten van de jongeren want hun ervaring is dat als jongeren positieve ervaringen opdoen, de motivatie voor de therapie en het vertrouwen in de therapeut groeien.

De beeldend therapeuten zijn bij binnenkomst van de jongeren in de therapie erg alert op de lichaamstaal en de lichaamshouding van de jongeren, zodat ze hun eigen houding als beeldend therapeut hierop kunnen afstemmen. Aspecten waar de beeldend therapeuten op letten zijn bijvoorbeeld: het tempo waarin de jongere beweegt en spreekt, of hij de therapeut aankijkt, of hij dichtbij of op afstand van de therapeut blijft staan, gaat zitten en of hij in actie komt.

Om tot een therapeutisch proces te komen is naast een onvoorwaardelijke en flexibele houding, ook een houding van eerlijkheid en authenticiteit van de beeldend therapeut belangrijk. Deze jongeren hebben vaak in het verleden te maken gehad met mensen waarmee ze geen stabiele en betrouwbare relatie konden opbouwen. Beeldend therapeuten signaleren dat het in het belang is van een positieve ontwikkeling in de therapie, dat de jongeren de therapeut leren vertrouwen. Beeldend therapeuten hechten daarom belang aan een eerlijke en authentieke houding, zodat de jongeren van de therapeut op aan kunnen en weten wat ze aan de therapeut hebben. Onder eerlijk en authentiek verstaan beeldend therapeuten dat de therapeuten hun gevoel en gedachten kunnen uiten waarin het niet gaat om een persoonlijk oordeel of uitlatklep van de therapeut, maar om een professionele betrokkenheid.

Ook geven beeldend therapeuten aan, een houding te hebben waaruit consequentheid en duidelijkheid spreekt. Dit tonen zij vooral door zich als therapeut aan afspraken te houden en dit ook van de jongeren te verwachten. Tijd is tijd, nee is nee. Een jongere hoeft bijvoorbeeld in de beeldende therapie niet aan het werk te gaan, maar dat is geen reden om weg te gaan.

Wat jongeren zelf belangrijk vinden, is dat de therapeut rust, overzicht en evenwichtigheid uitstraalt. Deze jongeren zijn fysiek erg onrustig, hebben geestelijk en lijfelijk veel spanning en een chaos in hun hoofd. Gevoelsmatig zitten ze vaak in een crisis, waarin emoties hoog oplopen. In het begin van de sessie zitten zij vaak op het puntje van de stoel, wippend met de benen, met handen die ondertussen het

materiaal dat ze voor zich hebben liggen, kapot maken. Dit gedrag neemt af, geven beeldend therapeuten aan, als de jongeren zich veilig beginnen te voelen. Jongeren ervaren het als belangrijk dat de therapeut uitstraalt dat ze weten wat ze doen en hoe ze doen. Jongeren geven aan dat ze vaak ontspannen en voldaan de therapieruimte verlaten mede door de rustige en evenwichtige uitstraling van de therapeut.

Werkrelatie

Alle deelnemende beeldend therapeuten geven aan dat het opbouwen van een werkrelatie tussen de jongere en de beeldend therapeut een belangrijk onderdeel is van de beeldende therapie. In de werkrelatie speelt empathie, vertrouwen en veiligheid een belangrijke rol. Een werkrelatie is volgens de therapeuten nodig om de doelen te behalen. Investeert de therapeut niet in de relatie met de jongeren dan wordt een therapeutisch proces met de jongeren onmogelijk. Beeldend therapeuten geven aan dat het werken aan een werkrelatie met deze jongeren veel tijd, inzet en geduld kost. Jongeren tasten vaak de beeldend therapeuten voorzichtig af en/of testen de therapeuten om te kijken of zij wel evenwichtig genoeg zijn voor de relatie en of zij wel te vertrouwen zijn.

Jongeren zelf geven aan dat zij het erg prettig vinden dat het contact met de therapeut een één op één contact is. De volle aandacht van de therapeut ervaren zij als positief. Dit individuele contact heeft een goed effect op de jongeren. Beeldend therapeuten signaleren dat deze jongeren behoefte hebben aan een band met de therapeut. Ze willen erg graag gezien, gehoord en serieus genomen worden.

In de relatie met de jongere is het volgens de therapeuten belangrijk dat de jongeren zowel fysieke als geestelijke ruimte krijgen. Fysieke ruimte om zelf voor afstand of nabijheid met de therapeut te kunnen kiezen. Geestelijke ruimte om zelf initiatieven te kunnen nemen in het contact met de therapeut, en aan te geven hoe ze dat contact willen vormgeven. Beeldend therapeuten geven aan dat je als therapeut bijvoorbeeld bij aanvang niet te veel persoonlijke vragen moet stellen aan de jongere, niet te veel moet vragen over het delict dat ze gepleegd hebben en sowieso niet te veel moet praten. Jongeren ervaren dit als beangstigend en het roept veel spanning op, waardoor het gevaar ontstaat dat ze afhaken.

In het contact met de jongeren hebben de beeldend therapeuten ervaren dat het jongeren helpt als de therapeuten het gevoel van spanning en onzekerheid, onderkennen en behapbaar voor hen maken. Dit doen ze door bijvoorbeeld het gevoel te benoemen of het te verdunnen door het in een bredere context te plaatsen. Jongeren ervaren het als prettig dat zij erkenning en ondersteuning krijgen voor gevoelens die ze ervaren en waar ze zelf geen vat op hebben en vinden het fijn dat deze door de therapeut gezien worden. Deze erkenning en ondersteuning draagt bij aan het vertrouwen in de therapeut en het veilig voelen van de jongeren.

Het contact dat de therapeut heeft met de jongere gaat voor een groot deel via het medium: het samenwerken aan een beeldend werkstuk of het evalueren van het werkstuk. Beeldend therapeuten geven aan dat zij vaak met jongeren samenwerken in het beeldend medium, om de werkrelatie vorm te geven en als belangrijk oefenmateriaal voor de jongeren. Voor zowel de therapeut als voor de jongeren is dit een belangrijk item in de beeldende therapie. Jongeren geven aan dat zij dit een prettige manier van communiceren vinden omdat ze de therapeut dan niet de hele tijd hoeven aan te kijken en iets te doen hebben terwijl er toch contact is.

Opdrachten die het communiceren op non-verbaal vlak stimuleren zijn o.a.: samen één potlood vasthouden, waarbij een huis getekend wordt zonder te praten of de opdracht waarbij therapeut en jongere een kleur kiezen, verschillend van elkaar en op het vel papier landje veroverd dient te worden.

In het samenwerken aan een beeldend werkstuk kan de jongere zien hoe de therapeut reageert op zijn acties en andersom. Jongeren kunnen via deze weg ervaren of de therapeut te vertrouwen is en de therapeut kan vanuit haar professie observeren hoe de jongere reageert op de non-verbale interventies. Het samen bewegen op papier en samen zoeken naar vorm, wat vaak gepaard gaat met plezier, is een belangrijke positieve ervaring voor deze jongeren. De ervaring voegt iets toe in de beeldvorming van jongeren t.a.v. het vertrouwen in volwassenen, wat zich niet alleen beperkt tot de beeldende therapieruimte. Jongeren vertellen in een later stadium in de behandeling bijvoorbeeld dat ze anders gereageerd hebben in een conflict met één van de ouders, doordat de jongere meer oog had voor de ouder en niet alleen voor zichzelf.

Werkwijzen

In de beeldende therapie werken de beeldend therapeuten allen vanuit het gedachtegoed dat het in de therapie gaat om wat de jongeren wél kunnen en niet zozeer op wat ze níét kunnen. Deze jongeren hebben veelal weinig positieve ervaringen als het gaat om persoonlijke groei. Om een persoonlijke groei in gang te kunnen zetten, is het van belang dat de beeldend therapeuten oog hebben voor de mogelijkheden van de jongeren en bij aanvang hierop hun interventies en het behandelaanbod afstemmen.

De beeldend therapeuten geven aan dat zij in de observatieperiode een afstemming maken met de jongeren, wat inhoudt dat het beeldend aanbod aansluit bij de interesse, de mogelijkheden en het niveau van de jongeren.

Beeldend therapeuten noemen dat zij in het begin van de behandeling vooral de *supportieve* en *orthopedagogische* werkwijzen (Smeijsters, 2008c) hanteren. Hierbij zijn de interventies van de beeldend therapeut gericht op ondersteunen, activeren, stabiliseren en structureren. Doelen die de beeldend therapeuten nastreven zijn o.a.: verminderen van passiviteit, rust en ontspanning vinden, leren samenwerken en meer zelfbewust zijn.

In een later stadium van de behandeling zijn de interventies van de beeldend therapeuten meer richting de *re-educatieve* werkwijze (Smeijsters, 2008). Hun interventies zijn hierbij gericht op het bewust worden en het werken aan de problematiek van de jongeren. Ook bij deze werkwijze hanteren de beeldend therapeuten de visie dat het bij het aanbod en de reflecties op het beeldend werk gaat om wat de jongeren wél kunnen en het uitbreiden van hun mogelijkheden. Doelen die de beeldend therapeuten in deze fase van de behandeling nastreven zijn o.a.: uitbreiden van het zelfbeeld, uiten van emoties, grip krijgen op emoties, vergroten van het zelfvertrouwen en afremmen van impulsief gedrag.

Beeldend therapeuten geven aan dat zij vaak hun sessies beginnen met het stellen van vragen waarbij ze aansluiten bij het dagelijkse, het hier en nu en de beleving van de jongeren. Dit doen zij omdat het interessegebied van de jongeren veelal hier ligt en om het onderwerp dichtbij, concreet en tastbaar te

maken. Zij stellen daarbij vaak open vragen als: "Hoe was je weekend? Hoe is het op de groep? Hoe gaat het vandaag met je?" Uit wat de jongeren in hun antwoorden aangeven, stemt de beeldend therapeut het beeldende aanbod af. Enerzijds maken beeldend therapeuten gebruik van beeldend therapeutische methoden en anderzijds stemmen zij hun aanbod af op wat zich afspeelt in het 'moment'.

Één van de beeldend therapeuten rapporteert het volgende over één van haar cliënten:

"Ze zat vol met haar ervaring van haar verjaardag en gaf aan gelijk aan het werk te willen gaan. Ik ben ingegaan op the present moment met haar vitality affect: klaterend.

Haar emoties klaterden op papier. Nadat ze klaar was, strekte ze haar rug, zuchtte diep en nam meer plek in. Daarna was ze erg opgelucht."

Nadat beeldend therapeuten hun aanbod afgestemd hebben, werkt de jongere óf aan een individuele beeldende opdracht óf aan een opdracht waarin de jongere en beeldend therapeut samen werken. Beeldend therapeuten kiezen vaak om samen met de jongeren aan een beeldende opdracht te werken omdat zij het belangrijk vinden dat jongeren zien hoe de therapeut het beeldend werk aan zichzelf verbindt, waardoor de jongeren dit ook gemakkelijker bij zichzelf toepassen. De beeldend therapeuten laten met dit soort van interventies ook zien dat het in de beeldende therapie niet gaat om iets moois te maken, maar een uiting te geven aan iets van jezelf.

Wat ook een belangrijk aspect is in de werkwijze van beeldend therapeuten binnen het samenwerken is, dat de beeldend therapeut fungeert als een voorbeeld. Beeldend therapeuten geven aan dat terwijl ze samen aan het werk zijn aan een beeldend werkstuk, in het beeld laten zien hoe zij de opdracht vorm geven, welke mogelijkheden er op papier zijn of een andere manier van vormgeven dan de jongere gewend is laten zien. Ook kan de beeldend therapeut door zelf vorm te geven, fungeren als een spiegel door bijvoorbeeld het beeld dat een jongere heeft neergezet groot uit te werken, waarbij zij non-verbaal de jongere ondersteunt en versterkt. Het effect op jongeren is dat zij hun mogelijkheden via non-verbale weg weten uit te breiden.

Jongeren geven bij de vraag welke opdrachten hen bij gebleven zijn en waar ze iets aan gehad hebben als antwoord, dat dit o.a. opdrachten zijn waarin ze de leiding mochten nemen of moesten volgen. Ze gaven aan dat ze het prettig vonden dat ze konden zien hoe de therapeut zich bewoog op papier, gebruikten dit als ze zelf de leiding mochten nemen en gingen zelf met de thema's verder experimenteren.

Opdrachten waarin geoefend wordt in het volgen en leiding nemen zien er als volgt uit: één van beide neemt als eerste de leiding. Er wordt gevarieerd met tempo, schilderaanzet van de kwast, kleur etc. De ander volgt. Daarna neemt de ander de leiding. Die probeert andere dingen te doen op papier die de ander nadoet.

Beeldend therapeuten laten de jongeren individueel werken als jongeren bij binnenkomst de indruk geven overprikkeld te zijn, zich moe of gefrustreerd voelen. De jongeren gaan dan met een beeldende opdracht aan het werk die de beeldend therapeut geeft of die ze samen besloten hebben, passend bij de

doelstellingen van de behandeling van de jongeren. Het effect op jongeren is dat ze bij dit soort opdrachten de concentratie op zichzelf kunnen richten en vaak tot ontspanning komen.

Aan het einde van de sessie reflecteren de beeldend therapeuten samen met de jongeren op het beeldend werken. De ervaring is dat de jongeren daar in het begin niet veel tijd en aandacht aan willen besteden, maar dat in de loop van de behandeling de reflectie op het werk toeneemt en in een nog later stadium verbinding gelegd wordt van het beeldend werken naar zichzelf.

Beeldend therapeuten geven aan dat zij samen met de jongeren regelmatig de doelen en behandelplannen doornemen en dat dit een positief effect heeft op de jongeren en het therapieproces. Jongeren voelen zich daardoor gezien en serieus genomen. Hierdoor zien zij een toename van motivatie om mee te werken en een toename van zelfkennis.



Afbeelding 6.7: Samen aan het werk

6.3.6 Conclusie

Na uitvoering van dit intensieve praktijkonderzoek kan geconcludeerd worden dat de beeldende therapie een waardevolle bijdrage kan leveren bij het verminderen van de problematiek van jongeren in de JJI en Gesloten Jeugdzorg.

Zoals beschreven is, geven beeldend therapeuten aan dat het een voorwaarde is voor het slagen van behandeling met deze doelgroep, dat de beeldend therapeut afstemt op deze specifieke groep van jongeren, waarbij de therapeut start met een attitude van onvoorwaardelijkheid t.a.v de jongeren. Van daaruit werken de beeldend therapeuten aan het opbouwen van een werkrelatie. Als deze werkrelatie in ontwikkeling is, gaan zij inhoudelijk aan de slag.

In dit onderzoek werd duidelijk dat de behandeling zich binnen het kader van de kerngebieden, zelfbeeld, emotie, interactie en cognitie afspeelde omdat de problematiek van jongeren zich op deze gebieden concentreert.

Om de vraag te beantwoorden welke effecten de beeldende therapie te bieden heeft m.b.t. deze kerngebieden kan gezegd worden dat de beeldende therapie de volgende effecten heeft getoond:

- *Zelfbeeld.* Uit het onderzoek komt naar voren dat het kerngebied zelfbeeld in de beeldende therapie een onderwerp is dat het meeste naar voren komt. Zowel de jongeren die in behandeling zijn in de beeldende therapie als de deelnemende beeldend therapeuten signaleren op dit kerngebied de *grootste effecten*. Deze effecten worden vooral zichtbaar bij de items: *toenemen van zelfontplooiing, vergroten zelfkennis, opbouwen van een positief zelfbeeld, uitbreiden van eigen mogelijkheden en kwaliteiten en vergroten van de wilskracht*.
- *Emoties.* Uit het onderzoek komt naar voren dat beeldende therapie op het kerngebied emotie een belangrijk effect heeft. Zowel de jongeren die in behandeling zijn in de beeldende therapie als de deelnemende beeldend therapeuten signaleren *een belangrijk en groot effect* op de problematiek rondom emoties van deze jongeren. De effecten binnen dit kerngebied zijn zeer breed en worden zichtbaar in de items als: *uiten van emoties, herkennen van emoties, verdragen van emoties, kunnen differentiëren van emoties en grip krijgen op emoties*. Daarnaast heeft beeldende therapie effect op *het doen toenemen van rust, ontspanning en het verhogen van de stemming*.
- *Interactie.* Hoewel het kerngebied interactie minder genoemd wordt door de beeldend therapeuten en jongeren en de interventies van de beeldend therapeuten minder gericht zijn op dit kerngebied, is het wel een belangrijk item binnen de beeldende therapie. De beeldend therapeuten geven unaniem aan dat op het gebied van *interactie een beperkt maar een belangrijk en noemenswaardig effect* wordt behaald. De effecten van dit kerngebied worden vooral zichtbaar bij de items: *beter aanvoelen en afstemmen op de omgeving en beter kunnen samenwerken met de ander*.
- *Cognitie.* Hoewel uit het onderzoek naar voren komt dat de beeldende therapie vooral effect heeft op de gebieden zelfbeeld en emoties, wordt door de beeldend therapeuten aangegeven dat op het kerngebied cognitie een *beperkt maar opmerkelijk en noemenswaardig effect* wordt behaald. Deze effecten worden vooral zichtbaar bij items als: *vergroten van zelfinzicht en probleembesef, gestructureerd en planmatig leren werken en objectiever kunnen waarnemen*.

Zoals in de inleiding beschreven, bestond het onderzoek uit verschillende typen dataverzameling. Een daarvan was de *sessiebeoordelingslijst*. Deze lijst werd na elke sessie door de beeldend therapeut afgenomen bij de jongere in de beeldende therapie. Een van de laatste vragen van deze lijst was de vraag een cijfer tussen de 0 en 10, te geven aan de therapie. Het cijfer had betrekking op de tevredenheid van de jongere over het resultaat van de beeldende therapie.

Opmerkelijk was dat over het algemeen een hoog cijfer gegeven werd door de jongeren. Het gemiddelde cijfer kwam uit tussen een 7 en een 8. Hieruit mag geconcludeerd worden dat jongeren aangeven resultaat te ervaren door de beeldende therapiebehandeling.

Hoofdstuk 7

KWANTITATIEF EFFECTONDERZOEK

Henk Smeijsters en Ingrid Candel

7.1 Inleiding

In Hoofdstuk 6 zijn de kwalitatieve resultaten besproken. Dit hoofdstuk geeft de resultaten weer van de voor- en nametingen.

7.1.1 Design

Een *multiple baseline design* is een experimenteel onderzoeksdesign. Dit betekent dat hiermee een oorzakelijk verband tussen behandeling en effect aangetoond kan worden (de kwestie van interne validiteit). Om dit met zekerheid te kunnen zeggen moet het multiple baseline design voldoen aan de volgende kenmerken: bij verschillende individuen meten gedurende een pre-interventieperiode (de baseline), stabiliteit van gedrag tijdens de baseline, continue en herhaalde metingen, objectieve meting, starten met de behandeling van individu 2 als bij individu 1 een gedragsverandering gemeten wordt, een duidelijke verandering in de trend na de start van de therapie (De Beurs & Barendregt, 2008). Volgens de rationale van dit design is een verbetering telkens na de verschillende momenten waarop de therapie van start ging, een aanwijzing dat de therapie voor deze verandering verantwoordelijk is.

In het onderhavige onderzoek betrof het jongeren van diverse instellingen, die op verschillende tijdstippen met de therapie startten en voorafgaand aan de behandeling allen een baselineperiode met observatieopdrachten doorliepen.

Vergelijkt men de voormetingen van een groep cliënten met de nametingen dan is sprake van een *niet-vergelijkend onderzoek*. Er vindt geen vergelijking plaats tussen een groep met en een groep zonder behandeling, een placebobehandeling of 'treatment as usual'. Veranderingen die in de behandelgroep tussen de voor- en nametingen optreden geven dan geen uitsluitsel over de vraag of de therapie voor deze verandering verantwoordelijk is. Andere gebeurtenissen die tussen de voor- en nameting zijn opgetreden kunnen het mogelijke effect veroorzaakt hebben, bijvoorbeeld een parallelle therapie of training of een verandering in het groepstherapeutisch klimaat bij een van beide groepen. Wat het effect hiervan is kan niet gecontroleerd worden, omdat er geen controlegroep is.

Tijdens bijeenkomsten met de onderzoekers van de betrokken instellingen en door middel van een schriftelijke enquête zijn diverse onderzoeksdesigns besproken en tegen elkaar afgewogen. Er is uiteindelijk gekozen voor de combinatie van kenmerken van het *multiple baseline design* met een *geïntegreerde voormeting en nameting* (dit laatste houdt concreet in dat alle scores vooraf en alle scores

achteraf zijn samengenomen). Deze keuze werd in goed overleg met de instellingen gemaakt op grond van praktische en ethische overwegingen²⁹. In de meeste instellingen werd het realiseren van een controlegroep onmogelijk, zelfs ongewenst beschouwd.

Ook kon niet aan alle kenmerken van het multiple baseline design voldaan worden. Met name de continue en herhaalde metingen en het starten met de behandeling van individu 2 als bij individu 1 een gedragsverandering gemeten wordt bleek onmogelijk. Het afnemen van de meetinstrumenten meerdere malen tijdens de baseline en na elke sessie of na twee sessies, bleek te arbeidsintensief en met het oog op de jongeren niet gewenst. Wat bij het kwalitatieve gedeelte wel lukte, een kort gesprek tussen vaktherapeut en jongere na elke sessie, was bij het kwantitatieve gedeelte niet mogelijk. In elk geval was de combinatie van het kwalitatieve én kwantitatieve gedeelte na elke sessie voor jongeren te belastend. Er is gekozen voor de kwalitatieve sessiebeoordelingslijst na elke sessie, omdat dit de vaktherapeut de mogelijkheid gaf met de stemming van de jongere rekening te houden en gemakkelijk te organiseren was. Bovendien is het de vraag of de gebruikte meetinstrumenten voldoende sensitief zijn voor afname na elke sessie.

In het kwantitatieve deel van het onderhavige onderzoek is dus sprake van een combinatie van kenmerken van het multiple baseline design en een geïntegreerde voor- en nameting van alle jongeren. Omdat de vaktherapieën op diverse tijdstippen in diverse instellingen gestart zijn is het onwaarschijnlijk dat op al die tijdstippen tegelijk met het starten van vaktherapie dezelfde 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.

²⁹ Denk daarbij aan de problemen ten aanzien van randomisatie, de verplichting een actieve behandeling aan alle cliënten aan te bieden, die op gespannen voet staat met een controlegroep en de geringe statistische power door de relatief kleine doelgroep (zie De Beurs en Barendregt, 2008).

Tabel 7.1 Evaluatiemomenten periode februari - september 2010

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	

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

7.1.2 Effectevaluatie

Meetinstrumenten

Voor de start van de vaktherapeutische behandelfase en na 10 vaktherapeutische behandelsessies zijn vier meetinstrumenten afgenomen³⁰.

De vier meetinstrumenten, verdeeld naar de vaktherapeutische kerngebieden, worden hier kort beschreven.

Zelfbeeld

Voor zelfbeeld werd de *Rosenberg Self Esteem Scale (RSES)* (Rosenberg, 1965) gebruikt, in te vullen door de jongeren, met een duur van 5 minuten. Voor eigenwaarde zijn er 10 items. Enkele voorbeelden van items:

- “Over het algemeen genomen ben ik tevreden met mezelf”
- “Soms denk ik dat ik nergens goed in ben”
- “Af en toe voel ik me absoluut nutteloos”

De beoordeling per item gebeurt op een 4-puntsschaal: 1 = helemaal mee eens, 4 = helemaal niet mee eens. Over alle items wordt de somscore berekend (alle items worden in dezelfde richting gescoord): min. = 10, max. = 40. Een lage score betekent een lage eigenwaarde.

³⁰ Na de 10 behandelsessies liep de therapie door, voor de meting na 10 sessies werd gekozen in verband met de looptijd van het RAAK project.

Emotie

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

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

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

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

Interactie

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

Het betreft verschillende domeinen:

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

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

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

Een hoge correspondeert met een hoge competentie.

Cognitie

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

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

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

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

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

Respondenten

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

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

Data-analyse

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

7.2 Kwantitatieve resultaten

7.2.1 Zelfbeeld

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

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

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

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

7.2.2 Emotie

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

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

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

Na 10 sessies vaktherapie is er geen statistisch significant verschil in 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 vaktherapie³¹. Dan is het mogelijk na de introductie van de vaktherapie meteen te zien of er een verandering optreedt die duidelijk afwijkt van de trend die veroorzaakt kan zijn door therapieën die al langer lopen. Vooraf was echter bekend dat deze opzet, meerdere malen meten tijdens de baseline en na elke sessie (of na elke tweede sessie), niet haalbaar was. Daarmee is in het kwantitatieve gedeelte de systematiek en 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)³².

De kwalitatieve gegevens en de richting van de kwantitatieve gegevens maken evenwel de hypothese aannemelijk dat metingen na meer sessies statistische significante resultaten kunnen opleveren.

Aanbevelingen voor vervolgonderzoek

³¹ De *Reliable Change Index* kan op individueel niveau uitsluitel geven of de verandering groter is dan wat op basis van de onbetrouwbaarheid van het meetinstrument te verwachten is.

³² Deze vraag kan nog breder gesteld worden: is werken in een aparte setting (een instelling) wel effectief en zo ja, is het duurzaam effectief? (zie bijvoorbeeld Orobio de Castro, 2011).

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

Evidence in vaktherapie: een bredere discussie

Het onderzoeksdesign

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

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

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

Het *multiple baseline design* is, zoals we eerder zagen, een experimenteel design waarbij de behandeling van verschillende cliënten op verschillende 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)³³.

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

Epistemologische paradigma's

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

³³ Zoals eerder opgemerkt werken vaktherapeuten zowel geprotocolleerd als niet geprotocolleerd. Deze tweedeling hangt samen met de tweedeling tussen specifieke en non-specifieke factoren. In het eerste geval gaat het met name om het toepassen van bepaalde technieken van een specifieke methode, in het tweede geval om het opbouwen van een therapeutische relatie waarvan de werkzame factoren niet methodespecifiek zijn. Door de mogelijkheden die het medium biedt is vaktherapie sterk in het opbouwen van een therapeutische relatie. Dit wil echter niet zeggen dat uitsluitend gewerkt moet worden vanuit de non-specifieke (common factors) benadering. Zoals o.a. Pijnenburg en Van Yperen (in Pijnenburg, 2010) en Stams (2011) benadrukken, moeten zowel non-specifieke (therapeutische relatie, de veranderingstheorie van de cliënt) als specifieke factoren (methodische elementen en technieken) onderzocht en samengevoegd worden.

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

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

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

De vier kwadranten zijn:

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

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

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

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

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

Tot slot

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

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

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

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

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

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

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

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

LITERATUURLIJST

- Abrams, B. (2010). Evidence-based music therapy practice: An integral understanding. *Journal of Music Therapy*, Vol. XLVII (4), 351-379.
- Akhtar, N. & Bradley, E.J. (1991). Social information processing deficits of aggressive children: Present findings and implication for social skills training. *Clinical Psychology Review*, 11, 621-644
- Andrews, D.A. (1995). The psychology of criminal conduct and effective treatment. In: J. McGuire (Ed.). *What Works: Reducing re-offending*. Wiley: Chichester.
- Andrews, D.A., Leshied, A. & Hoge, R.D. (1992). *Review of the profile, classification and treatment literature with young offenders: A social psychological approach*. Ontario: Ministry of Community Social Services.
- Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- 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.
- Argyle, M. & Kendon, A. (1967). The experimental analysis of social performance. *Advances in Experimental Social Psychology*, 3, 55-97.
- 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.
- Baeten, N. (2007). *Beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie*. Utrecht: EFP Oostvaarderskliniek.
- 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.

- Bakker, H.M., Windemuller, S., Huskens, B., Grootenboer, J. & Teeuwisse, J., (1998). *Creatieve therapie beeldend. Psychotherapie bij licht verstandelijk gehandicapte kinderen en jongeren*. Assen: Van Gorcum.
- 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.
- Beelen, F. & Oelers, M. (2000). *Interactief. Creatieve therapie met groepen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bennink, J., Gussak, D.E. & Skowran, M. (2003). The role of the art therapist in a Juvenile Justice Setting. *The Arts in Psychotherapy*, 30 (3), 163-173.
- Berkum, R. van (2008). *Wat is Equip?* December 2008. Teylingereind www.equipnederland.com
- Bernstein, D.P., Arntz, A. & Vos, M.E. de (2007). Schemagerichte therapie in de forensische setting. Theoretisch model en voorstellen voor best clinical practice. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 120-139.
- Bernstein, D.P., Vos, M.E. de & Arntz, A. (2008). Schematherapie voor forensische patiënten. In: M. van Vreeswijk, J. Broersen & M. Nadort (red.)(2008). *Handboek schematherapie. Theorie, praktijk en onderzoek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Beroepsprofiel PMT (2009) <http://www.nvpmt.nl/leden/index.html>, 08-02-2010
- Beurs, E. de & Barendregt, M. (2010). De evidence base van zorgprogramma's in de tbs: een visie op therapie-effectonderzoek. *Proces*, 89 (5), 331-343.
- Beurs, E. de & Zitman, F.G. (2007). Routine outcome monitoring: Het meten van therapie-effect in de klinische praktijk met webbased software. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 62, 13-28.
- Bijl, B., Beenker, L. Vogelvang, B. & Veltkamp, E. (2003). *Onderzoek ITB Harde Kern en ITB Criem*. Den Haag: WODC/Ministerie van Justitie.
- Blackburn, R. (1993). *The psychology of criminal conduct: Theory, research and practice*. Chichester: Wiley.

- Blake, C.S. & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A Review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20 (4), 209–221.
- Blokland-Vos, J. Günther, G. & Mook, C. van (2008a). Je vak in schema's. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4 (2), 17-23.
- Blokland-Vos, J. Günther, G. & Mook, C. van. (2008b). Je vak in schema's. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 4 (3), 35-44.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom onderwijs.
- Boendermaker, L. (1999). *Justitiële behandelinrichtingen voor jongeren. Populatie en werkwijze. Proefschrift*. Leuven – Apeldoorn: Garant.
- Boendermaker, L. & Beijerse, J. uit (2008). *Opvoeding en bescherming achter 'tralies'. 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.
- 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.

- Budde, E. (2008). *Wat woorden niet kunnen zeggen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- California Department of Corrections Research Unit (1987). Unpublished paper, quoted in A. Peaker & J. Vincent. (1990). *Arts in prisons: Towards a sense of achievement*. Home Office Research and Planning Unit and the Arts Council, December.
- Choi, A-N., Lee, M.S. & Lee, J-S. (2008). Group music intervention reduces aggression and improves self-esteem in children with highly aggressive behavior: A pilot controlled trial. *Advance Access Publication, eCAM*, 7 (2), 213-217.
- Chu, B.C. & Harrison, T.L. (2007). Disorder-specific effects of CBT for anxious and depressed youth. A meta-analysis of candidate mediators of change. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 10 (4), 352-372.
- Codding, P.A. (2002). A comprehensive survey of music therapists practicing in correctional psychiatry: Demographics, conditions of employment, service position, assessment, therapeutic objectives and related values of the therapist. *Music Therapy Perspectives*, 2, 56-68.
- Cohen, J.A., Mannarino, A.P. & Deblinger, E. (2008). *Behandeling van trauma bij kinderen en adolescenten. Met de methode traumagerichte cognitieve gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Cornell, D., e.a. (1996). Psychopathy in instrumental and reactive offenders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 783-790.
- Crick, N.R. & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social-adjustment. *Psychological Bulletin*, 115 (1), 74-101.
- Crone, E. (2009). *Het puberende brein. Over de ontwikkeling van de hersenen in de unieke periode van de adolescentie*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Dam, C. van (2004). *Juvenile criminal recidivism. Relations with personality and post release environmental risk and protective factors*. Academisch proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.
- Damasio, A.R. (2003). *Ik voel dus ik ben. Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- DeCarlo, A. & Hockman, E. (2003). RAP therapy: A group work intervention method for urban adolescents. *Social Work wit Groups*, 26 (3), 45-59.
- Deklerck, J. (2004). *Delinquentie en haar context bekeken vanuit een cyclisch model van 'integratie-desintegratie'*. Proefschrift. Leuven: Katholieke Universiteit.
- Deklerck, J. (2004). Verbondenheid als antwoord op delinquentie. Een fundamentele aanpak in een risicosamenleving. Coördinatie Integraal Veiligheidsplan Stad Mechelen. Mechelen, 23 juni.
- Delleman, O. (2009). 'Positieve psychiatrie'. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64 (5), 373-384.

- Demorest, A.P. (1992). The role of social cognition in children's social maladjustment. *Social Cognition*, 10, 211-233.
- Dempster, R.J., e.a. (1996). Psychopathy and the instrumental aggression in violent offenders. *Paper presented at the annual meeting of the American psychological Association*, Toronto, Ontario, August.
- Denzin, N.K. & Lincoln, Y.S. (2000). *Handbook of qualitative research*. London: Sage Publications.
- Derksen, J.J.L. (2011). Breinobsessie leidt tot lege onzinpsychologie. *NRC Handelsblad*, 18 augustus.
- 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.
- Duits, N., Casteren, M. van, Brink, W. van den & Dorelijers, Th.A.H. (2005). Risicotaxatie van geweldsrecidive bij jeugdigen. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 47, 511-518.
- Duncan, B.L., Miller, S.D. & Sparks, J.A. (2004). *The heroic client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy*. San Fransisco: Jossey-Bass.
- Elliott, R. & Greenberg, L.S. (2001). *Essential research findings in counseling and psychotherapy*. London: Sage Publications.
- Elliott, R. & Slatick, E. & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy. Alternative strategies. In: J. Frommer & D.L. Rennie (Eds.). *Qualitative psychotherapy research. Methods and methodology*. Lengerich: Pabst Science Publishers.
- 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.
- Gussak, D. (2004). Art therapy with prison inmates. A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 31 (4), 245-259.
- Gussak, D. (2006). Effects of art therapy with prison inmates. A follow-up study. *The Arts in Psychotherapy*, 33 (3), 188-198.
- Gussak, D. (2007). The effectiveness of art therapy in reducing depression in prison populations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51 (4), 444-460.
- 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.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hafkenscheid, A. (2010). De Outcome rating scale (ORS) en de Session rating scale (SRS). Enkele psychometrische kenmerken van de Nederlandse versies. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 36 (6), 394-403.
- Hall, L. & Long, C.G. (2009). Back to basics: progressive muscle relaxation (PMR) training for women detained in conditions of medium security. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20 (3), 481-492.
- Hanna, F.D. & Hunt, W.P. (1999). Techniques for psychotherapy with defiant, aggressive adolescents. *Psychotherapy*, 36 (1), 56-68.
- Hanrath, J. (2009). Opvoeden in een gesloten 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.
- 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.
- Helmich, M. (2006/2007). *Kijk wat ik doe en zie hoe ik ben. Een observatiemethode waarmee problematisch gedrag in de Beeldende Therapie van jongeren met interactieproblemen in een justitiële jeugdinrichting in kaart gebracht kan worden*. Nijmegen: HAN.
- Hendrickx, M. (2003). Psychometrische evaluatie van de Nederlandstalige versie van de Agresie Beoordelingsschaal van Dodge en Coie (1987). *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 36, 33-43.
- Hermanns, J. (2009). Nieuwe wegen in het terugdringen van recidive? *Proces*, (88) 3, 147-154.
- Hermanns, J. & Menger, A. (2009). *Walk the line. Over continuïteit en professionaliteit in het reclasseringswerk*. Utrecht: Hogeschool Utrecht - Kenniscentrum Sociale Innovatie.
- Hermans, D., Eelen, P. & Orlemans, H. (2007). *Inleiding tot de gedragstherapie*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hollin, C.R. (1990). Social skills training with delinquents: A look at the evidence and some recommendations for practice. *British Journal of Social Work*, 20, 483-493.
- Hollin, C.R. & Tower, P. (1986). Social skills training: Critique and future development. In: C.R. Hollin & P. Trower (Eds). *Handbook of social skills training, Volume 2: Clinical applications and new directions*. Oxford: Pergamon Press.
- Hornsveld, R.H.J., Dam-Baggen, C.M.J. van, Lammers, S.M.M., Nijman, H.L.I. & Kraaimaat, F.W. (2004). Forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: persoonlijkheidskenmerken en gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 133-143.
- Hout, I. van den (2006). Mindfulness-based stress reduction. Een nieuwe invalshoek voor psychomotorische therapie? *Tijdschrift voor Vaktherapie* 3, 10-16.

- Howells, K. (1986). Social skills training and criminal and antisocial behaviour in adults. In C.R. Hollin & P. Trower (eds), *handboek of social skills training, Volume 1: Applications across the life span*. Oxford: Pergamon Press.
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (Eds.)(1999). *The heart and soul of change: What works in therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Hurk, A.A., van den & Nelissen, P.Ph. (2004). "What Works". Een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Hutschemaekers, G. (2008). *Clïënt en hulpverlener samen probleemeigenaar. Droom en werkelijkheid in creatieve therapie*. Lezing 3 april 2008.
- Hutschemaekers, G. (2011). *Persoonlijke mededeling tijdens de KenVaK studiedag over onderzoek op 11 april*.
- Hutschemaekers, G. & Nijnatten, C.H.C.J. van (2008). De scientist practitioner en de evidence-based practice. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 63(12), 1025-1032.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & Smit, A. (2006). *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP, De Gelderse Roos.
- Institute of Medicine (2007). *Treatment of PTSD: An assessment of the evidence*. Washington: Institute of Medicine.
- IPPR (2003). *Offender rehabilitation and the arts: IPPR Seminar Summary*. London: Institute for Public Policy Research. Available at: www.ippr.org.uk
- Johnson, D. (2009). Examining underlying paradigms in the creative arts therapies of trauma. *The Arts in Psychotherapy*, 36 (2), 114-120.
- 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.
- Kipper, D.A. & Ritchie, T.D. (2003). The effectiveness of psychodramatic techniques: a meta-analysis. *Group Dynamics: Theory, Research and Practice*, 7, 13-25.
- Kliphuis, M. (1973). Het hanteren van creatieve processen in vorming en hulpverlening. In: L. Wils (red.). *Bij wijze van spelen*. Samsom: Alphen aan de Rijn.

- 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.
- 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.
- National Institute of Corrections (2001). *Cognitive reflective communication: dealing with risk roots*. Washington DC.
- Nickel, C., Lahmann, C., Tritt, K., Loew, T.H., Rother, W.K. & Nickel, M.K. (2005). Stressed aggressive adolescents benefit from progressive muscle relaxation: a random, prospective, controlled trial. *Stress and Health*, 21, 169-175.
- Nieuwenhuijzen, M. van, Orobio de Castro, B., Valk, I.E. van der, Wijnroks, L., Vermeer, A. & Matthys, W.C.H.J. (2004). Sociale probleem oplossingsvaardigheden als verklaring voor gedragsproblemen van kinderen met lichte verstandelijke beperkingen. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan Mensen met Verstandelijke Beperkingen*, 30, 219-233.
- Nijland, N. (2009). *Motivatiemodule PMT voor de forensisch psychiatrie*. Franeker
- Nissimov-Nahum, E. (2008). A model for art therapy in educational settings with children who behave aggressively. *The Arts in Psychotherapy*, 35 (5), 341-348.
- Nissimov-Nahum, E. (2009). Use of a drawing task to study art therapists' personal experiences in treating aggressive children. *The Arts in Psychotherapy*, 36 (3), 140-147.
- Novaco, R.W. (1975). *Anger control*. Lexington, MA: Heath.

- Novaco, R.W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In: J. Monahan & H.J. Steadman (Eds.). *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Novaco, R.W. (1997). Remediating anger and aggression with violent offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 2, 77-88.
- Nuttall, C., Goldblatt, P. & Lewis, C. (1998). *Reducing offending: an assessment of research evidence on ways of dealing with offending behavior*. Home Office Research Study No.187. London: Home Office.
- Office of Juvenile Justice and Delinquency Prevention (1998). *Arts programs for juvenile offenders in detention and correction*. Available at: <http://ojjdp.ncjrs.org>.
- O.G. Heldring (2010). http://www.ogheldring.nl/?page_id=186 (gelezen 04.09.2010).
- Orobio de Castro, B. (2000). *Social information processing and emotion in antisocial boys*. Amsterdam: Paedologisch Instituut.
- Orobio de Castro, B. (2007). *Woede, wraak & leedvermaak. Op zoek naar drijvende krachten achter de ontwikkeling van gedragsproblemen*. Inaugurale rede. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Orobio de Castro, B. (2011). Effectieve beïnvloeding van antisociaal gedrag. Lezing tijdens het congres '100 Jaar Het Keerpunt' te Maastricht.
- Ortiz, J., & Raine, A. (2004). Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, 154-162.
- Oudejans, S., Nabitz, U. & Schippers, G. (2009). Routine Outcome Monitoring in de verslavingszorg. Bevorderende en belemmerende factoren. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 64 (9), 774-784.
- Palmer, E. J., & Hollin, C. R. (1996). Assessing adolescent problems: An overview of the Adolescent Problem Inventory. *Journal of Adolescence*, 19, 347-354.
- Palmer, E. J., & Hollin, C. R. (1999). Social competence and sociomoral reasoning in young offenders. *Applied Cognitive Psychology*, 13, 79-87.
- Pas, Y. van der & Klopper, I. (2008). Beeldende kracht. Behandeling van dwangstoornis met beeldende therapie en cognitieve gedragstherapie. *Tijdschrift voor Vaktherapie* 1, 3-12.
- Patrick, C.J. (2001). Emotional processes in psychopathy. In: A. Raine & J. Sanmartin (Eds.). *Violence and psychopathy*. New York: Kluwer/Plenum.
- Persons, R.W. (2009). Art therapy with serious juvenile offenders: A phenomenological analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 53, 433-453.
- Pijnenburg, H. (2010)(red.). *Zorgen dat het werkt. Werkzame factoren in de zorg voor de jeugd*. Amsterdam: SWP.

- Plaisier, J. (2007). Afstemming van gedragsinterventies voor jeugdige delinquenten, in opdracht van de directie Justitieel Jeugdbeleid van het ministerie van Justitie, Impact R&D, blz: 20.
- Ploeg, J.D. van der (2009). *Agressie*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Postbus 51 (2009). *Wat is gesloten jeugdzorg?* Januari, www.postbus51.nl.
- Raine, A., e.a. (2006). The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent Boys. *Aggressive Behavior*, 32, 159-171.
- Rappaport, N. & Tomas, C. (2004). Recent research findings on aggressive and violent behavior in youth: Implications for clinical assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health*, 35 (4), 260-277.
- Rentray (2009). *Behandelmethodiek*. Januari, www.rentray.nl.
- Rentray (2010). http://rentray.nl/template_new.php?pid=over_rentray&id=12 (gelezen 20.09.2010).
- Ritter, M. & Graff Low, K. (1996). Effects of dance/movement therapy: a meta analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23, 249-260.
- Roemen-Van Haaren, M. (2010). *Psychomotorische therapie. Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz*. Redactie: Jan de Lange. Amsterdam: Uitgeverij Boom
- Rollnick en Miller (1995): What is motivational Interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.
- Rollnick en Miller (2002): *Motivationale Interviewing: Preparing People for Change*. Guilford Publications, 2002 second Edition.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Ross, E.C., Devon, L.L., Polaschek, D.L.L. & Ward, T. (2007). The therapeutic alliance. A theoretical revision for offender rehabilitation. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 462-480.
- Ruiter, de, Kuin, Vries, de, & Das, (2002). *Psychopathie Checklist: Jeugdversie* (onderzoeksversie, geautoriseerde vertaling), Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Programmagroep Klinische Psychologie.
- Ruiter, C. de & Veen, V. van (2004). *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: Werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- Rutten, M. (1990). *Emerging Body Language*. www.eblcentre.com
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57, 316-331.

- Ross, R. R., & Fabiano, E. A. (1985). *Time to think: A cognitive model of delinquency prevention and offender rehabilitation*. Johnson City, TN: Institute of Social Sciences and Arts.
- Ross, R.R. & Hilborn, J. (2008). *Rehabilitating rehabilitation: Neurocriminology for treatment of antisocial behavior*. Ottawa: Cognitive Centre of Canada.
- Sadock, B.J. & Sadock, V. (2004). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia : Lippincott, Williams, Wilkins.
- Sanderlin, T.K. (2001). Anger management counseling with the antisocial personality. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 4, 9-11.
- Scarpa, A. & Raine, A. (1997). Psychology of anger and violent behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 20 (2), 375-394.
- Schweizer, C. (red.)(2009). *Uit de verf*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Skeem, J., Monahan, J. & Mulvey, E. (2002). Psychopathy, treatment involvement and subsequent violence among civil psychiatric patients. *Law and Human Behavior*, 26, 577-603.
- Sloan, T. (1997). Theories of personality: Ideology and beyond. In: D. Fox, & I. Prilleltensky (Eds.). *Critical psychology: An introduction*. London: Sage.
- Slot, N.W. (1988). *Residentiële hulp voor jongeren met antisociaal gedrag*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Smeijsters, H. (red.)(2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (red.)(2006). *Handboek muziektherapie. Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Smeijsters, H. (2007). *Agressieregulatie in de forensische psychiatrie*. Heerlen: Hogeschool Zuyd – KenVaK / Melos.
- Smeijsters, H. (2008a/2010). *De kunsten van het leven. Hoe kunst bijdraagt aan een emotioneel gezond leven*. Diemen: VEEN Magazines.
- Smeijsters, H. (red.)(2008b). *De kunsten van het leven. Voorbeelden uit de creatieve therapie*. Diemen: VEEN Magazines.
- Smeijsters, H. (2008c). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2010a). Praktijkonderzoek naar interventies. Vaktherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 6 (1), 9-17.
- Smeijsters, H. (2010b). Werken in het medium vraagt om een eigen theorie. Reactie Henk Smeijsters op 'Hoe overkoepelend is een overkoepelende interventietheorie?', ingezonden door Pijke Dijkema. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 6 (3), 36-37.

- Smeijsters, H., Beurskens, S., Reverda, N., Gielen, X. & Pénczes, I. (2012). Practice Based Evidence en Evidence Based Practice. Een verheldering van begrippen. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 8 (2).
- Smeijsters, H., Braak, J. van den, Helmich, M., Reumers, H. & Wekken, J. van der (2009). *Vaktherapie in de justitiële jeugdinrichtingen en de gesloten jeugdzorg*. Kaderdocument voor alle vaktherapieën. Heerlen/Cadier & Keer: KenVaK/Melos/Het Keerpunt.
- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2004). *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie* (2004). Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Smeijsters, H., Kil, J., Kurstjens, H., Welten, J. & Willemars, G. (2011). Arts therapies for young offenders in secure care. A practice based research. *The Arts in Psychotherapy*, 38, 41-51.
- Smitskamp, H. & Velde, J. te (1988). *Het creatief proces. Toepassingen in therapie en onderwijs*. Culemborg: Phaedon.
- 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. L., & Corbin, J. M. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Swaab, D. (2010). *Wij zijn ons brein. Van baarmoeder tot Alzheimer*. Amsterdam/Antwerpen: Uitgeverij Contact.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures, Division of Clinical Psychology, American Psychological Association (1995). Training in dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Thompson, J. (1999). *Drama workshops for anger management and offender behaviour*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Thornton, D.M. (1987). Treatment effects on recidivism: a reappraisal of the nothing works doctrine. In: B. McGurk, D.M. Thornton, & M. Williams (Eds.). *Applying psychology to imprisonment*. London: HMSO.
- Tiemens, B., Hutschemaekers, G., Kaasenbrood, A. & Niet, G. de (2011). Evidence-based werken: kennis en context. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 37 (6), 429-441.
- Tiemens, B., Kaasenbrood, A. & Niet, G. de (2010). *Evidence based werken in de GGZ. Methodisch werken als oplossing*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Timmer, S. (2004). Zanger gezocht. Dramatherapie binnen een schemagerichte behandeling voor zedendelinquenten. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 23 (1), 11-16.
- Trower, P. (1978). Skills training for adolescent social problems. A viable treatment alternative? *Journal of Adolescence*, 1, 319-329.
- 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., & Ruiters, C. . (January 01, 2006). Signaleringslijsten psychische problematiek bij jeugdigen. *Kind En Adolescent : Tijdschrift Voor Pedagogiek, Psychiatrie En Psychologie*, 27, 1, 4.
- Vandermeulen, J., Derix, M. & Lafosse, C. (red.)(2008). *Neuroplasticiteit*. Amsterdam: Boom.

- Veerman, J.W. (2008). Het mooie van meten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 63 (12), 1019-1024.
- Verstegen, R. & Lodewijks, H.P.B. (2006). *Interactiewijzer. Analyse en aanpak van interactieproblemen in professionele opvoedingssituaties*. Assen: Van Gorcum.
- Vien, V.A. & Beech, A.R. (2006). Psychopathy: theory, measurement and treatment. *Trauma, Violence, & Abuse*, 7 (3), 155-174.
- Vinke, A., Vogelvang, B.O., Erfteimeijer, 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.
- Willemars, G. & Helmich, M. (2010). Praktijkonderzoek naar interventies. Beeldende therapie in Justitiële Jeugdinstellingen en Gesloten Jeugdzorg. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 6 (2), 11-16.
- Williams, J.M.G. , Teasdale, J.D., Segal, Z.V. & Kabat-Zinn, J. (2007). *Mindfulness en bevrijding van depressie*. Amsterdam: Uitgeverij Nieuwezijds.
- Wong, S., & Hare, R. D. (2005). *The guidelines for a psychopathy treatment program*. Toronto, Canada: MultiHealth Systems.

- Wood, J., Foy, D., Layne, C., Pynoos, R. & James, C.B. (2002). An examination of the relationship between violence exposure, posttraumatic stress symptomatology, and delinquent activity. In: R. Greenwald (Dd.). *Trauma and juvenile delinquency: Theory, research, and interventions*. Binghamton: Haworth.
- Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2005). *Schemagerichte therapie. Handboek voor therapeuten*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Yperen, T. van (2011). *Ontwikkelen effectiviteit jeugdzorg*. Lezing tijdens het congres '100 Jaar Het Keerpunt' te Maastricht.
- Yperen, T. van & Veerman (red.)(2008). Zicht op effectiviteit. *Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.
- Zamble, E. & Quinsey, V. L. (1997). *The criminal recidivism process*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zevalkink, J & Dam, Q.D. van (2007). *Tegenwoordigheid van geest. Het actuele moment in een psychoanalytische behandeling*. Assen: Van Gorcum.

DE AUTEURS³⁴

Overkoepelende hoofdstukken

Dr. Henk Smeijsters (eindredactie), tot zijn emeritaat in 2012 lector van de KenVaK, een gezamenlijke kenniskring van Zuyd Hogeschool, Hogeschool Utrecht, ArtEZ Hogeschool en Stenden Hogeschool; tevens hoofdopleider van de Master of Arts Therapies Zuyd en lid van de werkgroepen die in opdracht van de hbo-raad (Forum Praktijkgericht Onderzoek) en ZonMW kenmerken, kwaliteitscriteria en randvoorwaarden van praktijkgericht onderzoek hebben beschreven.

Mr. drs. Joost van den Braak, ruim 10 jaar werkzaam als senior-adviseur bij Van Montfoort/Collegio, een organisatie actief op het gebied van jeugdzorg, jeugdbeleid, politie en justitie, lokaal beleid, onderwijs, zorg en welzijn. Van Montfoort/Collegio biedt onderzoek en ontwikkeling, opleiding en training, en advies en management. Een van de recente werkzaamheden betreft de indiening van gedragsinterventies bij de 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.

³⁴ Zie het dankwoord voor alle andere vaktherapeuten die door mee te lezen, mee te denken mee te discussiëren een bijdrage aan dit boek hebben geleverd.

Josefien van der Wekken, dramatherapeut en psychodramatherapeut (GGZ, jeugdzorg). Zij is sinds 2005 werkzaam in de gesloten jeugdzorg (plus), O.G. Hellingstichting te Zetten. Zij was vanaf het pilotonderzoek betrokken bij het RAAK project.

Pijke Dijkema, MPMTH, heeft dramatherapie gestudeerd en de Master opleiding psychomotorische therapie gevolgd. Hij is werkzaam geweest als dramatherapeut in het speciaal onderwijs en is sinds 6 jaar werkzaam als psychomotorisch therapeut binnen de forensische jeugd- en orthopsychiatrie van Accare in Assen. Pijke heeft de basiscursus gedragstherapie gevolgd en combineert psychomotorische therapie met cognitieve gedragstherapie en dramatherapeutische werkvormen. Hij volgt supervisie ten behoeve van zijn registratie als cognitief gedragtherapeutisch medewerker.

Hoofdstukken beeldende therapie

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

Marjan Helmich, zie boven

Hoofdstukken dans-bewegingstherapie

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

Eefje Prins

Hoofdstukken dramatherapie

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

Josefien van der Wekken, zie boven

Sanne van der Kolm

Jorg de Man, Dramatherapeut & Stagegeleider op Avenier

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

Hoofdstukken muziektherapie

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

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

Heinz Reumers, MTh, zie boven

Hoofdstukken psychomotorische therapie

Pijke Dijkema, MPMTh, zie boven

Thea Braun-de Bijl

Sander Fauth

DANKZEGGING

Dit boek is het resultaat van een praktijkgericht onderzoek in de jaren 2008-2010, uitgevoerd in het kader van een RAAK project, dat toegekend werd door de Stichting Innovatie Alliantie (SIA)³⁵. De algehele leiding berustte bij KenVaK, de kenniskring Kennisontwikkeling Vaktherapieën van de Hogeschool Zuyd, Hogeschool Utrecht, ArteZ Hogeschool en Stenden Hogeschool. Vanuit de instellingen heeft de Stichting Jeugdzorg St. Joseph een coördinerende rol vervuld.

Het consortium bestond uit de volgende deelnemers:

Hogescholen vanuit KenVaK

- Hogeschool Zuyd
- Hogeschool Utrecht

Praktijkinstellingen

- Stichting Jeugdzorg St. Joseph (JJI Het Keerpunt & Icarus), Cadier en Keer
- Avenier (Jongerenhuis Harreveld, Harreveld & De Sprengen, Zutphen)
- Den Hey-Acker, Breda
- LSG-Rentray, Eefde
- St. O.G. Heldring, Zetten

De personen die binnen- en buiten het consortium hun medewerking hebben verleend staan in onderstaande tabel. De projectleiders van KenVaK bedanken iedereen die aan dit omvangrijke project zijn medewerking verleend heeft.

Overzicht van alle deelnemers:

Algemeen projectleider	Dr. Henk Smeijsters, lector KenVaK, Hogeschool Zuyd
Projectleiders per vaktherapie	<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

³⁵ RAAK staat voor Regionale Aandacht en Actie voor Kenniscirculatie. Het is een regeling vanuit het Ministerie van Onderwijs Cultuur & Wetenschap ter bevordering van de gezamenlijke kenniscreatie en kennisuitwisseling tussen hogescholen, het midden- en kleinbedrijf en/ of publieke instellingen. RAAK heeft als doel professionals te ondersteunen bij het oplossen van praktijkproblemen en het innoveren van hun handelen. Kenniskringen zoals Kenniskring Vaktherapieën (KenVaK) van hogescholen kunnen RAAK-projecten bij de Stichting Innovatie Alliantie (SIA) indienen en komen, na goedkeuring, in aanmerking voor projectfinanciering.

Vaktherapeuten	
<i>Leden van de mediumprojectgroepen</i>	<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)
<i>Belangstellende meelezers</i>	<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)

BIJLAGE 1 KERNGEBIEDEN WAAR DE VAKTHERAPIEËN AAN WERKEN

Problemen met het zelfbeeld

- Zwakke identiteit
- Niet goed weten wie je bent
- Onrealistisch zelfbeeld
- Gebrekkig inzicht in eigen mogelijkheden en onmogelijkheden
- Weinig inzicht in en omgang met eigen probleemgedrag
- Negatieve overtuigingen over jezelf, weinig zelfvertrouwen
- Zelfoverschatting
- Weinig veerkracht bezitten
- Weinig gedragsalternatieven hebben

Problemen met emoties

- Moeite met het herkennen en erkennen van emoties bij zichzelf
- Moeite met het omgaan met en uiten van emoties
- Moeite met energie ontladen/ juiste dosering benutten; ontladen gaat ongericht
- Moeite met het omgaan met spanning en frustratie, te snelle opbouw van spanning
- Moeite met stemmingsregulatie
- Gebrekkige impulscontrole
- Moeite met agressieregulatie
- Geringe copingvaardigheden
- Moeite met verwerking

Problemen met interactie

- Geringe sociale vaardigheden
- Problemen met afstemmen t.o.v. de ander
- Moeilijk eigen grenzen aangeven en bewaken t.o.v. van anderen
- Moeilijk grenzen van anderen erkennen en bewaken
- Negatieve houding t.o.v. (gezags)relaties
- Gebrek aan empathie

Problemen met cognities

- Een onrealistisch wereldbeeld
- Gebrekkige realiteitszin
- Negatieve opvattingen over anderen
- Problemen met het waarnemen en interpreteren (denkfouten)
- Gebrek aan planmatig werken (structurerend vermogen)
- Gebrek aan moraal (denkfouten)

BIJLAGE 2 INDICATIES EN CONTRA-INDICATIES

Indicaties vaktherapie

- Jongeren die moeite hebben met verbaal communiceren, abstraheren en reflecteren of juist te sterke verbaliteit en rationalisering als afweer gebruiken
- Jongeren met een beperkt zicht op het eigen aandeel in zaken door bijvoorbeeld een verstandelijke handicap, of hun beperkte mogelijkheid om over problemen te praten

Contra-indicaties vaktherapie

- Jongeren die geen affiniteit met het medium en/of de therapeut kunnen opbouwen
- Jongeren met een te hoog angstniveau ten aanzien van veranderingsprocessen

Indicaties beeldende therapie

- Jongeren die (sterk) zintuiglijk zijn ingesteld
- Jongeren die een concrete zintuiglijke ervaring kunnen gebruiken om eigen emoties te kunnen waarnemen of uiten
- Jongeren die emoties sterk onderdrukken (die bijvoorbeeld door middel van symboliek in beeldend werk wel geuit kunnen worden)
- Jongeren die moeite hebben contact te maken met hun eigen belevingswereld
- Jongeren die moeite hebben continuïteit in het contact te ervaren
- Jongeren met weinig interne structuur die behoefte hebben aan externe kaders om te kunnen functioneren
- Jongeren die baat hebben bij visuele ondersteuning (picto's en dergelijke)
- Jongeren die moeite hebben emoties en gedrag te ordenen en begrenzen
- Jongeren voor wiens problematiek of ervaringen geen woorden te vinden zijn of jongeren waarbij sprake is van een taboe op praten of het benoemen van bepaalde ervaringen

Contra-indicaties beeldende therapie

- Jongeren die overspoeld raken door prikkels (die het materiaal, de ruimte of het onderwerp oproepen)

BIJLAGE 3 VOORBEEDEN VAN WERKVORMEN VOOR DE KERNGEBIEDEN

Werkvormen Kerngebied Zelfbeeld

Werkvormen bij het kerngebied Zelfbeeld, onderverdeeld in drie hoofdcategorieën

Versterken van de autonomie/identiteit/eigenheid

- Maak een standbeeld voor jezelf van klei / Klei een object met het thema 'monument voor jezelf'.
- Bedenk een symbool voor jezelf en klei / teken dit.
- Teken een eiland in een zee op papier. Jij bent koning van het eiland, richt het eiland in.
- Bouw van een materiaal naar keuze je droomhuis / een plek waar je je veilig voelt. Denk na over hoe je graag zou wonen. Hoe ziet je huis eruit? Is het groot of klein, misschien onder de grond of op wielen. Is het een iglo of kasteel? Lijkt het meer op een vliegtuig of op een tent?
- Teken een grote cirkel op een vel papier, teken binnen de cirkel dingen die je leuk vindt en waar je van houdt, teken buiten de cirkel dingen die je niet leuk vindt.
- Kies drie kleuren die je mooi vindt, zoek bij elke kleur een vorm en maak hier een tekening van. Je kunt variëren in groot/klein, veel/weinig, bij elkaar/van elkaar af/over elkaar heen enz.
- Maak een ik-doesje. Aan de binnenkant zitten je gevoelens, je herinneringen, dingen die belangrijk voor je zijn. Aan de buitenkant verbeeld je wat je aan anderen laat zien, je hobby's, je vrienden of familie enz.
- Kies een materiaal en werk een opdracht uit met het thema 'thuis'.
- Maak van een stevig stuk karton een raam of luik dat open en dicht gemaakt kan worden. Achter dit luik komt een vel papier. Op dit papier schilder je wat je ziet als je het luik opent. Je staat dus binnen en kijkt door een raam naar buiten. Wat zie je?
- Zoek een dier dat bij je karakter past. Klei dit dier. Bespreek daarna waarom je voor dit dier hebt gekozen en waarom het belangrijk voor je is.
- Experimenteren met ecoline om van daaruit komen tot eigenheid en vormgeving. Voor de stimulatie van sensoriek en het sorteren van bijzondere effecten kun je hier meel, zout, suiker, azijn, olie etc bij gebruiken.
- Maak een tekening van je naam en laat in kleuren en vormen zien wat bij je past, of schrijf bij iedere letter een eigenschap die je bezit.
- Als je mocht kiezen welke rol jij zou spelen in een film, welke zou jij dan kiezen? Teken dit of maak een collage met beeldmateriaal/ eigen foto's.
- Maak een collage met foto's, teksten over jezelf (gevoelens, mensen, dieren, wensen etc.).
- Zoek foto's van een dier dat qua gedrag op jou lijkt en maak er een collage van.
- Keuzes maken: kies in max. 10 minuten afbeeldingen uit tijdschriften die je iets zeggen, raken of interesseren (geen teksten). Knip of scheur daarna alles af wat niet belangrijk is. Leg de afbeeldingen voor je neer en kies er 3 uit. Met een kleine passe-partout maak je daarna je definitieve keuze voor 1 (deel van een) plaatje.

- Maak met behulp van plaatjes uit tijdschriften een collage, wat past bij jou? Wat vind je leuk, welke plaatsje vind je mooi, waar heb je een hekel aan?
- Maak een familiewapen, waar moet je aan denken bij je familie, wat zijn de eigenschappen hiervan? Wat doe je vaak met je familie? Wat is jouw plek hierin?
- Maak een landschapswerkstuk en geef jezelf daarin een plek. Waar sta je? Wat is er om je heen? Hoe voelt deze plek voor jou?
- Kies een kaart uit een kaartenbak en laat je inspireren en maak hiervan een werkstuk. Wat maakt dat je deze kaart hebt gekozen en laat zien wat je er van hebt gemaakt.

Versterken van het positieve zelfbeeld (versterken van het zelfvertrouwen/de eigenwaarde)

- Maak een lelijke tekening. Hier mag je allerlei tekenmaterialen voor gebruiken.
- Een lelijke tekening en een mooie maken en daarna een overgang tussen die twee.
- Een werkstuk maken met prettige/fijne dingen en met vervelende dingen en één die er tussen in zit (bijv. dmv collages met plaatjes).
- Teken een boot in het water.
- Klei een fantasiedier.
- Trek je lichaam over op een groot stuk papier. Vul de figuur in met eigenschappen van jou (bijv. met je handen kun je goed tekenen dus in je hand teken je een potlood, in je hoofd heb je herinneringen teken deze bijv. in symbolen, met je voeten kun je voetballen dus teken je een voetbal enz).
- Werk je naam uit met hout, gips of klei of in graffiti.
- Schrijf je naam zo vaak mogelijk op een groot vel papier, in allerlei verschillende vormen en stijlen, kies er 1 uit en maak er een vergroot werkstuk van met verf, of tekenmateriaal.
- Kies een onderwerp waar je enthousiast over bent en maak er een werkstuk over.
- Maak een tekening met het thema 'een mooie herinnering'.
- Maak in 5 minuten een A3 vel vol met kleuren, lijnen en vlakken. Snij dan uit een ander vel een vakje van 5x5 cm. Gebruik het kader wat dan ontstaat als zoeker, en zoek naar een mooi stukje van je A3 vel. Plak de zoeker vast op de juiste plaats en vergroot je gekozen stuk uit tot 25x25 cm op een nieuw vel.
- Teken jezelf in een lichaamshouding die heel kenmerkend voor je is.
- Maak een tekening van jezelf van top tot teen en schrijf erbij wat je wel en niet mooi aan jezelf vindt. Vergroot het positieve gedeelte. Deze werkvorm is ook mogelijk met foto's van jezelf.
- Maak een werkstuk/ tekening met het thema "mijn grootste wens".
- Maak een landschap waar je op dit moment graag zou willen zijn (tropisch, sneeuw, bergen, bos, zomer, herfst etc.).
- Kies een kaart uit, plak deze op een vel papier en teken vanaf de kaart verder, verzin de rest van het landschap en wat daar in gebeurt.
- Je kijkt door een verrekijker en ziet een plek waar je graag zou willen zijn, teken deze plek. Zoom daarna in op een bepaald deel van de tekening, teken dat deel op een nieuw vel papier. Dit kan het begin zijn van een beeldverhaal.

- Werk de 4 elementen: water, vuur, lucht, aarde uit op een groot vel papier. Werk het element dat je het meest aanspreekt uit op een nieuw vel papier.
- Kwaliteitenspel: maak een werkstuk waarin 1 of meer van jouw kwaliteiten naar voren komen. Materiaal naar eigen keuze.
- Maak een poster waar je jezelf op aanprijst.

Verbeteren van de zelfreflectie en het zelfinzicht (opbouwen van een reëel zelfbeeld)

- Kies een materiaal en werk een opdracht uit met het thema 'dit ben ik over tien jaar'.
- Teken een tijdslijn op een groot stuk papier. Zet de cijfers van nul tot dertig erop. Zet zoveel mogelijk belangrijke herinneringen boven of onder de lijn in tekeningetjes/kleuren/vormen of symbolen. Boven de positieve herinneringen, onder de negatieve. Wat heb je meegemaakt? Wanneer je de tekening naar jouw idee compleet hebt gemaakt ga je verder met je verwachtingen voor de toekomst. Zet een verticale lijn over je leeftijd nu. Boven zet je nu wat je wilt over twee jaar, en over tien jaar enz. Onder zet je wat je moet doen om dat te bereiken. Geef duidelijk aan welk vak wat betekent.
- Zet een lijn door een groot stuk papier. Aan de ene kant teken je allemaal positieve eigenschappen van jezelf die je al hebt. Aan de andere kant teken je dingen die je nog niet kan of nog wilt leren / Vouw een groot vel doormidden. Teken/plak plaatjes/schrijf woorden aan de ene kant van de vouw over dingen waar je tevreden mee bent van jezelf, en aan de andere kant dingen die je wilt veranderen en die nog beter kunnen.
- Klei drie figuren met de titels "dit was ik", "dit ben ik" en "dit word ik" of maak een drieluik: verleden, heden, toekomst.
- De jongere moet een A3 vel in 6 vakken verdelen. Vlak 1 is ochtend en vlak 6 is avond (deze twee delen staan vast, de rest niet). De jongere tekent hoe zijn ideale dag eruit ziet. Belangrijk is dat dit wel reëel is en geen fantasietekening mag worden.
- Maak een tekening van jezelf door: in de spiegel te kijken en jezelf na te tekenen, de schaduw van je gezicht (contour) over te trekken of je lichaam om te laten trekken. Wat zie je (objectief/ subjectief)? Vul de tekening aan met kleuren/ woorden etc.
- Verzin een quote/een statement die bij je past en maak hier een poster van. Maak gebruik van verschillende materialen zoals collage en verf.

Werkvormen Kerngebied Interactie

Werkvormen bij het kerngebied Emotie onderverdeeld in vier hoofdcategorieën.

Herkennen van emoties

- Vingerverf opdracht: ga experimenteren met de verf, ervaar hoe het voelt en maak verschillende bewegingen. Probeer daarna je emotie van dit moment weer te geven door gebruik te maken van vormen, bewegingen en kleuren.
- Maak van klei een vorm die prettig in je handen ligt. Het is een voelsteen, je kunt er rustig door worden en er kracht uit halen als je niet lekker in je vel zit.

- Kies allebei een emotie, werk deze emotie uit op een papier op een zo duidelijk mogelijke manier. Wanneer je op de helft bent wordt er gewisseld van tekening en zonder dat je weet welke emotie de ander heeft getekend maak je de tekening af. Sluit aan bij wat er al is en probeer hier op door te gaan. Benoem daarna welke emotie het is.
- Zoek plaatjes in tijdschriften van mensen of gezichten en verdeel deze gezichten over een aantal papieren. Elk papier staat voor een emotie. Werk deze emotie zo goed mogelijk uit.
- Knip een persoon uit een tijdschrift/ van internet en plak deze op een plek op je papier (lieft iemand die een emotie uitstraalt). Teken een nieuwe omgeving voor deze persoon.
- Trek een kaart met een emotie. Laat de kaart niet aan een ander zien. Je gaat deze emotie tekenen of verbeelden. Dit mag in de vorm van een collage, met kleuren, plaatjes enz. Wat je zelf gemakkelijk vindt of er bij vindt passen. Doe dit zo duidelijk mogelijk want de anderen gaan straks jouw emotie raden. Je zou bijvoorbeeld een situatie kunnen tekenen waaruit de emotie blijkt. Of een houding van iemand. Je mag ook een stripverhaal tekenen maar je mag geen woorden gebruiken.
- Teken een landschap en geef jezelf daarin een plek, teken jezelf ook.
- Gebruik het voelbord (een houten plank met allerlei verschillende materialen erop geplakt) en begin met een spel; doe om de beurt je ogen dicht, laat je hand leiden door de ander naar een materiaal, voel hieraan en kijk daarna of je kunt raden welk materiaal je gevoeld hebt. Doe dit een aantal keren en kijk dan welke materialen je prettig en onprettig vindt.
- Teken heel snel wat in je opkomt als de ander iets van een kaartje voorleest (een onderwerp, een voorwerp), kies daarna vijf tekeningetjes uit, maak er een verhaal van.
- Teken of maak van klei een mensfiguur in een bepaalde lichaamshouding, waarbij de houding een bepaald gevoel uitdrukt.
- Schilderen met lange kwasten, bind kwasten aan lange stokken, hang een groot vel papier op een muur/deur, leg kranten op de grond en ga samen met de lange kwasten vanaf een stoel of staand, een schilderij proberen te maken. Dit kan eventueel met een concreet thema of persoonlijke opdracht. Bijvoorbeeld met de lange kwasten een geheim woord op papier krijgen.
- Maak gebruik van verschillende druktechnieken, bijvoorbeeld monoprint, het dubbel vouwen van papier met verf er tussen, en zie wat het resultaat is.

Erkennen van emoties

- Teken vier vakken en teken in elk vak een basisemotie.
- Schilder tekeningen met de thema's: hoop, verliezen, angst, geluk
- Maak een onprettige/onveilige plek en een prettige plek.
- Zoek plaatjes: maak een werkstuk van een held en iemand die gered moet worden.
- Gevoelswereld spel: emoties om leefgebieden heen leggen: 5 positieve/ negatieve gevoelens kiezen: dit kan als uitgangspunt dienen voor een werkstuk.
- Maak een plattegrond van je thuis, groep of van school. Geef de plekken waar jij je prettig voelt aan met groen en waar jij je minder prettig of onveilig voelt aan met rood.

- Maak een muur van karton of klei. Maak daarna een mensfiguur en geef deze een plek t.o.v. de muur. Wat is er te zien? Is de muur hoog/ laag of dik/ dun? Is het mogelijk om een opening te vinden of maken in de muur?
- Schilder verschillende vormen, met verschillende kleuren en ritmes. Laat de jongere hardop associëren met emoties en laat daarna een prettige/passende vorm uitwerken.
- Maak een werkstuk met het thema vies en een werkstuk met het thema mooi. Ervaar en zie wat het verschil is van druk, welke drempels er ontstaan of vervallen.

Uiten van emoties

- Teken de omtrek van je lichaam. Kies een aantal emoties uit, hoe je je voelt en geef deze een kleur. Kleur je lichaam in met deze emoties.
- Maak een tekening met het thema 'mijn leven binnen een inrichting / opgesloten zitten.
- Schilder de 'herinneringsdoos'. Van binnen en van buiten, bepaal wat er op komt en zorg dat je kunt herkennen dat hij van jou is.
- Maak een tekening met dingen waar je een hekel aan hebt en gebruik dit daarna als dartbord.
- Kies een emotie en werk die op drie verschillende manieren uit.
- Maak een woede tekening.
- Scheur plaatjes uit tijdschriften en maak een sfeercollage.
- Schilder een tekening met het thema 'hier word ik boos van'.
- Materiaal dat weerstand biedt kapot maken/vervormen tot iets anders. Bijvoorbeeld servies kapot gooien en van de scherven een mozaïek maken. Karton en gekleurd papier kapot scheuren en een collage of landschap van maken. Spijkers in een plank hout slaan en er daarna met touw een ingewikkeld lijnenspel van maken. Of zagen, houtbranden, slaan in klei.
- Bedenk een vorm die je wilt maken. Rol slierten van de klei zo dik als je pink en bouw daar de pot mee op. Leg elke ring op elkaar en zet ze stevig aan elkaar vast tot het een geheel wordt.
- Maak een masker van klei of gipsverband met als thema: binnen en buiten: hoe kom ik aan de buitenkant over, hoe voel ik mij van binnen. Laat dit zien in de gezichtsuitdrukking, via vormgeving en kleurgebruik.
- Maak iedere keer een 'weerbericht' van je stemming door middel van een klein werkstuk.
- Januskop: maak van klei een kop met twee verschillende gezichten die uitdrukking geven aan je gevoelens.
- Zwarte inktmonsters: gooi/ spat met Oost-Indische inkt vlekken op papier evt. met behulp van penseel, spons ed. Gebruik je fantasie om hier één of meerdere monsters van te maken. Je kunt dit versterken door er ogen op te plakken of te tekenen en door de omgeving uit te werken. Symboliseer de emotie agressie.
- Onder begeleiding van de therapeut worden verschillende ritmes ervaren met het kleien. Je kunt gebruik maken van je handen en van stokken. Sla op de klei, voel met je vingers. Dit gebeurt in verschillende hardheid. Het hard slaan kan de suggestie wekken van boos of kwaad. Het aaien van de klei kan de associatie opwekken van zacht en liefhebben. De jongere kan na verloop van tijd een ritme aannemen wat hij op dit moment prettig vindt. Kijk samen of je deze ook waar nodig kan veranderen of beïnvloeden.

- Maak een tweeluik waarbij het onderwerp spanning versus ontspanning is, spanning met harde materialen, houtskool, krijt etc. en ontspanning met bijvoorbeeld ecoline.

Eigen gedrag mbt emoties beïnvloeden

- Deel 1 Beeld een hevige emotie uit (vier B's). De emotie moet gekoppeld zijn aan een concrete situatie uit het eigen leven (het liefst van afgelopen week).
Deel 2 Schrijf nu naar aanleiding van de emotie alle negatieve gedachten op die je toen had, of die je nu over de emotie kan hebben.
Deel 3 Geef jezelf een compliment naar aanleiding van deze emotie (schriftelijk of in beeld).
- Maak een tekening van een heftige emotie op een groot vel met vetkrijt. Als de tekening af is, teken je hem met potlood op een klein papiertje zo goed mogelijk na. De grote tekening verscheur je en de kleine doe je in een 'gevoelsdoosje'.
- Maak een thermometer voor je gevoelens. Plak hier plaatjes bij, teken situaties en teken hoe je je dan voelt en gedraagt.
- Kies een materiaal dat je niet zo goed ligt en een materiaal dat je heel prettig vindt. Begin met het vervelende materiaal. Als je merkt dat je te gefrustreerd raakt om verder te gaan pak je het prettige materiaal en werkt daarmee tot je weer rustig bent en verder kunt met het onprettige materiaal.
- Maak een boos dier, een bang dier, een verdrietig dier en een blij dier. Kijk en bespreek wat de overeenkomsten en verschillen zijn. Probeer elke emotie duidelijk in het dier naar voren te krijgen. Bespreek daarna als welk dier je je vaak gedraagt en als welk dier je je dan voelt.
- Vouw een vel papier dubbel. De bovenkant stelt de buitenkant van jezelf voor, de onderkant de binnenkant. Bewerk beide delen met krijt verf of collagemateriaal. Maak daarna een verbinding tussen beide delen via een opening, een raam of luik.
- Vouw een tekenvel in drieën, geef op het eerste deel weer hoe je je voelde voor de behandeling, op het middelste deel hoe het nu met je gaat en op het derde deel hoe je zou willen dat het in de toekomst met je gaat.

Werkvormen Kerngebied Interactie

Samenwerken:

- Een leeg vel met een punt/stip in het midden. Therapeut en jongere kiezen ieder een hoek waar ze beginnen. Het doel is om tegelijkertijd op hetzelfde moment de punt te bereiken.
- Van leiden en volgen kun je na enige oefening overgaan op de volgende opdracht: samen doen zonder dat het echt duidelijk is wie de leiding heeft en wie volgt. Ontdek misschien ook het verschil tussen volgen en na-apen! Zowel bij leiden en volgen als bij deze en onderstaande oefening kun je thema's verzinnen bijvoorbeeld sporten, dieren, voertuigen, je gedrag voordat je hier was en dergelijke.
- Een bewegingsspel waarin je ontdekt welke beweging meer bij de een en welke meer bij de ander past. Zijn er ook bewegingen die bij beide passen?
- Maak samen een 'spiegeltekening.'

- Ieder zit aan de kopse kant van een groot papier. Maak een plek voor jezelf op het papier en begin daar met een tekening met ecoline. Na een bepaalde tijd gaan we naar elkaar toe werken en er één tekening van maken. Om dit te doen is het belangrijk dat je goed in de gaten houdt wat de ander gedaan heeft.
- Begin allebei een tekening over een thema. Na tien minuten wordt er gewisseld van papier en na tien minuten weer.
- Teken een balk op je papier (in tweetallen). Verdeel de balk in tien vakjes. Kies allebei je lievelingskleur en kleur daarna het vakje dat het dichtst bij je is. Het is de bedoeling dat je naar elkaar toe gaat werken en dat er een geleidelijk kleurverloop van de ene naar de andere kleur komt. Zorg dat je tegelijkertijd klaar bent.
- Verdeel je papier in zes vakken. Teken in het eerste vak een vorm. Geef de vorm en de restvorm een kleur met krijt. Geef je tekening door aan je buurman en laat je buurman een andere vorm met een andere kleur in het laatste vakje tekenen. Nu krijg je je eigen papier weer terug en is het de bedoeling dat je je eigen vorm en kleur langzaam per vakje laat veranderen naar de andere vorm.
- Teken een cirkel op papier. Trek er een lijn door. Aan een kant van de lijn kleur je de mandala helemaal in met vakken, lijnen en kleuren. Wanneer je klaar bent ruil je je papier met een ander. Kijk goed naar wat de ander gedaan heeft en teken precies hetzelfde in de andere helft. Dit doet hij ook met jou tekening.
- Iedereen begint een tekening. Na tien minuten krijg je een sein en schuif je je tekening door naar je buurman. Je werkt verder aan de tekening die je krijgt. Dit gebeurt een aantal keren.
- Iedereen maakt een dier in klei, dit mag ook een fantasiedier zijn. Daarna worden er groepjes van twee gemaakt. In die groepjes werk je verder. Ieder werkt aan zijn eigen werkstuk zonder te praten. Het is de bedoeling dat je naar elkaar kijkt en je eigen werkstuk gaat aanpassen aan die van de ander. Uiteindelijk moeten er twee dezelfde werkstukken komen te staan.
- Trek een kaart met 1 van de 4 belangrijkste interactieposities. Lees wat er op het kaartje staat. Nu krijg je een gezamenlijke opdracht. De opdracht is: schilder een huis. Dit doe je vanuit je rol. Aan het eind van de opdracht wordt aan iedereen gevraagd of ze de rol van de ander weten.
- Deel 1: oefen met de verschillende interactieposities en leg goed uit wat ze in kunnen houden bij een manier van schilderen of een opdracht geven en volgen.
Deel 2: Ieder kiest een interactiepositie waar zijn voorkeur ligt. We gaan nu samen schilderen op hetzelfde blad vanuit die rol zonder verder thema.
Deel 3: Trek een kaart met 1 van de 8 interactieposities. Lees wat er op staat. We gaan nu samen schilderen op hetzelfde blad vanuit die rol zonder verder thema. Wissel af met een voorkeurspositie en een minder bekende positie. Het raden van elkaars rol is een leuke toevoeging.
- Met klei: de een mag alleen weghalen, de ander alleen er bij doen (en dan van rol wisselen).
- Samenopdracht: samen een kwast vasthouden en bijv. een huis schilderen zonder te praten.
- Tegenopdracht: allebei een kleur kiezen en 'land' veroveren op het papier.
- Samenopdracht: allebei aan één kant van het papier met tekenen beginnen en precies op hetzelfde moment op een punt in het midden van het papier uitkomen.

- Ieder tekent een boom/ vis/ huis zonder omgeving (wat past bij jou, jouw gevoel). Daarna worden de vormen uitgeknipt. Op een groot vel papier wordt gezamenlijk een landschap/ onderwaterwereld getekend. Op het eind worden de uitgeknipte vormen in de omgeving geplaatst. Hoe verliep de samenwerking? Waar wilde je jouw vorm plaatsen, is dat ook zo gegaan? Wat was de reden om deze plaats te nemen?
- Vorm een groepje van minimaal drie jongeren. Iedereen krijgt een eigen vel papier van 50x70 cm. Op dit vel papier zijn aan de kopse kant op dezelfde hoogte streepjes neer gezet. Je kunt je voorstellen dat er een weg tussen loopt. Iedereen maakt een schildering of krijttekening op zijn blad en houdt rekening met de streepjes. De vellen worden na afloop naast elkaar op gehangen en er wordt gekeken naar de overgangen, de samenwerking en de verschillen. Je kunt deze opdracht ook met een horizonlijn doen.
- Samen wordt er een kaartje of plaatje uitgezocht en dit wordt samen uitvergroot en nageemaakt.
- We werken samen op 1 groot vel papier minimaal 50x70, de opdracht is: maak een veilige plek op het papier en ga daarnaast ook het contact aan.
- Schilder met elkaar een aquarium. Iedere cliënt zoekt een eigen kleur uit waarmee hij/zij mag schilderen. Het is de bedoeling dat je alleen met je eigen kleur schildert. Er is steeds een persoon aan het schilderen. Er kan pas gestopt worden met schilderen als iemand uit de groep stop roept. Degene die stop roept gaat dan verder met schilderen in zijn eigen kleur. Er mag zovaak stop geroepen worden als men wil. Na 30 minuten wordt er gestopt met schilderen. Iedereen gaat nog een keer naar het vel papier en geeft zichzelf een plek in het aquarium.
- Een groot vel op tafel, liefst tafelvullend. Minstens vier personen zitten om de tafel. Eerst schildert iedereen een huisje recht voor zich. Dit is het start- en ontvangtpunt. Beurtelings wordt de dobbelsteen gegooid. Met de kleur die je gooit schilder je een weggetje naar een andere persoon die aan tafel zit. De manier waarop je het weggetje schildert kan (eventueel) passend zijn bij die ander.
- Werk samen met verf op 1 blad aan de hand van verschillende kaartjes waar rollen op staan. Iedereen krijgt een kaartje van de therapeut en probeert dit uit te voeren. bijv. rood pest blauw, geel volgt oranje, groen zorgt voor blauw enz.

Interactie met materiaal

- Kies een plaatje uit, plak het in het midden van je papier en teken het af.
- Maak een tekening met het thema 'voorground en achtergrond'. Denk na wat het verschil is en hoe je dit kunt doen. Vervolgopdracht: maak een integratie van voorground en achtergrond, laat deze soepel in elkaar overlopen zodat er minder verschil is.
- Zet van te voren een dikke rode lijn, horizontaal op tweederde hoogte van het papier. Houd het papier in verticale positie. Neem drie kleuren acrylverf en wit en zwart. Begin dan aan de onderzijde van het papier al "breiend" (aanschilderend) te schilderen. Er mag geen wit van het papier meer te zien zijn. Langzaam schilder je in de richting van de rode lijn. Hier aangekomen kijk je hoe je met de rode lijn wilt omgaan. Schilder dan door naar de bovenzijde van het papier. Met de rode lijn wordt in de praktijk verschillend omgegaan. Vaak is er een parallel te zien met de manier waarop de uitvoerders met grenzen/ invloeden van buitenaf omgaan.

Belangrijke personen

- Gebruik een vierkant stuk papier. Teken van het midden uit steeds groter wordende cirkels. Teken jezelf (of een symbool voor jezelf) in de middelste cirkel. Teken daarom heen mensen die belangrijk voor je zijn en waar je een goede band mee hebt. Hoe verder naar buiten je ze tekent hoe verder weg ze staan. Teken een sociogram.
- Maak een tekening van jezelf met iemand die belangrijk voor je is.
- Teken met olie en softpastelkrijt een held (stripfiguur) en iemand die gered moet worden. Hier kun je ook de situatie bij tekenen. Daarna volgt een gesprek.
- Maak een tekening waarin je jouw familie, het gezin waaruit je komt of pleegouders, tekent als dieren: welk dier zouden zij zijn en hoe staan ze bij elkaar? Of doe hetzelfde met een collage met foto's van je familieleden of door middel van een werkstuk met klei (sociogram).

Werkvormen Kerngebied Cognitie

Objectief versus subjectief (gericht op waarneming, interpretatie, leren luisteren/volgen)

- Bespreken beeldend werk aan de hand van objectieve observatielijsten (wat, waar, kleur, vorm, formaat, materiaal enz) en subjectieve observatielijsten (mooi, lelijk, chaotisch, saai enz).
- Zeggen wat de ander moet tekenen aan de hand van een tekening en daarna kijken of ze hetzelfde zijn.
- Kies een plaatje uit een tijdschrift (bijv. van een gebouw) plak dit ergens op een papier en maak de tekening af (zodat het plaatje in je tekening past).

Spiegelen

- Leiden en volgen (ervaren wat het met je doet als een ander over je werk heen schildert om te leren dat ook niet bij een ander te doen (normen en waarden)).

Verschillende uitkomsten

- Dezelfde opdracht op drie manieren uitwerken (bijvoorbeeld ander materiaal) om te leren dat er niet één mogelijkheid is (vanuit de cognitieve gedragstherapie: in eerste instantie geef je één invulling (interpretatie), door de opdracht nog twee keer uit te werken leer je dat er ook andere mogelijkheden zijn).
- Allebei hetzelfde stripverhaal afmaken en kijken naar de verschillen (jouw waarheid is niet dé waarheid, er zijn meer mogelijkheden).
- Maak zes bollen van klei, verander ze allemaal op een andere manier.

Oplossingen

- 'Mislukte' werkstukken uit vorige sessies of eigen werkstukken vanuit de groep opnieuw bekijken en afmaken tot tevredenheid.
- Teken een vis, teken een vis met een probleem, teken de oplossing van het probleem.
- Kies een tekenmateriaal of werkwijze die je niet prettig vindt, maak daar een tekening van (in bijv. 15 min) en maak het daarna af met een materiaal dat je prettig vindt tot je tevreden bent.

- Verdeel je papier in drie vakken. Teken in het eerste vak een gebeurtenis waarin iemand iets deed wat je niet leuk vond. Teken in het tweede vak hoe je je daar over voelde en in het derde vak wat je had willen doen/hoe je je had willen voelen.
- Maak een stripverhaal waarin jijzelf voorkomt en iets beleeft. In het verhaal laat je zien wat je moeilijk vindt (de omgang met anderen, de relatie met ouder(s), dingen waar je steeds tegenaan loopt). Vind in het verhaal een oplossing voor het probleem of bedenk iets of iemand die je ermee kan helpen.
- Naar aanleiding van een gebeurtenis: denken (gedachten opschrijven), voelen (tekenen met pastelkrijt) en doen (uitknippen met de schaar).
- Maak van een (of meerdere) werkstuk(ken) dat al af is een nieuw werkstuk.

Cognitieve oefeningen

- Teken een plaatje na dat ondersteboven ligt (hiermee wordt je rechter hersenhelft geactiveerd).
- Activiteiten aanbieden waarvan de jongere in eerste instantie denkt "dat kan ik niet" met als resultaat een goed product waardoor de gedachte ontkracht wordt.
- Zoekplaatjes voor elkaar maken en deze proberen op te lossen.

Plannen & Structureren

- Voorafgaand aan een opdracht de jongere laten vertellen hoe hij denkt dat hij de opdracht gaat uitvoeren (dit naderhand evalueren).
- Uit het voorhanden zijnde aanbod een voor zichzelf verantwoorde keuze maken en deze motiveren.
- Binnen het medium situaties uitbeelden en uitwerken aan de hand van de vijf G's (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag, gevolg).
- Bouw een toren .
- Huiswerkopdrachten die laten zien of de jeugdige in staat is het geleerde zelf toe te passen, te oefenen en te generaliseren. D.m.v. huiswerk de motivatie verhogen het eigen veranderingsproces te bevorderen en ontwikkelen.