

Door  
Julie Kil,  
Thea Braun-de Bijl,  
Eefje Prins

# Praktijkonderzoek naar interventies

## Dans en beweging in Justitiële Jeugd- inrichtingen en Gesloten Jeugdzorg

Een bijzondere samenwerking heeft praktijk en onderzoek bij elkaar gebracht. In het kader van het KenVaK/ RAAK-project is onderzocht welke interventies door vaktherapeuten worden ingezet in een Justitiële Jeugdinrichting of in de Gesloten Jeugdzorg. Eerder verscheen de algemene opzet van het onderzoek. In dit artikel komen de interventies in danstherapie en psychomotorische therapie aan bod.

### In dit artikel ...

- ... de opzet van het onderzoek naar danstherapie en psychomotorische therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en de Gesloten Jeugdzorg;
- ... uitleg over de keuze voor de kerngebieden waarmee de therapeuten werken en waarop het lopende onderzoek zich verder richt;
- ... de omschrijving van de interventie danstherapie en psychomotorische therapie binnen dit werkveld.

### Inleiding

Veel van de jongeren binnen een Justitiële Jeugdinrichting (JJ) of Gesloten Jeugdzorg (GJ) hebben onvoldoende ondersteuning ervaren tijdens de kindertijd. Hierdoor ontwikkelen zij al op jonge leeftijd een onrealistisch zelfbeeld. Dit zelfbeeld wordt daarnaast sterk bepaald door anderen en door het ideaalbeeld dat de media hen voorhoudt. Ook het herkennen van emoties is voor veel jongeren binnen een JJ een groot probleem. Emoties worden niet op tijd erkend en worden vaak verkeerd benoemd. Hierdoor zijn jongeren onzeker met als gevolg dat zij zichzelf overschreeuwen. Om eigen kwaliteiten en vaardigheden te ontdekken is het belangrijk dat zij zichzelf beter leren kennen. Door hier in een veilige, therapeutische omgeving mee te experimenteren kan een jongere leren realistischer naar zichzelf en zijn vaardigheden te kijken (Sitskoorn, 2008). Specifiek voor psychomotorische therapie en danstherapie is dat er lijfelijk gewerkt wordt. Door het lichaam opnieuw (positief) te ervaren – door sport, spel, dans of juist relaxatie – kan er binnen het actuele moment van de ervaring verandering plaatsvinden (Stern, 2004; Smeijsters, 2008).

Dit artikel beschrijft de eerste fase van het RAAK-onderzoeksproject met betrekking tot danstherapie en psychomotorische therapie. Deze fase heeft als doel het

ontwikkelen, uitvoeren, evalueren en verbeteren van vaktherapeutische interventies in de JJI en de GJ en daarmee het bereiken van practice-based evidence (PBE) door het inzetten van methoden uit de naturalistic inquiry (Lincoln & Guba, 1985) en grounded theory (Boeije, 2005). Beschreven wordt de plaats van danstherapie en psychomotorische therapie binnen de behandeling. Tevens komt aan bod hoe de handleidingen voor de interventies psychomotorische therapie en danstherapie ontwikkeld en vormgegeven zijn.

### Vraagstelling van het onderzoek

In het eerste deel van het onderzoek dat plaatsvond van 2008 tot 2009 was de centrale doelstelling: het gezamenlijk ontwikkelen van consensus based practices (Van Yperen & Veerman, 2008) op het gebied van danstherapie en psychomotorische therapie van het niveau 'potentieel' (de interventie is goed beschreven) en 'in theorie effectief' (er is een goede theoretische uitleg waarom de interventie kan werken op basis van 'circumstantial evidence' uit andere onderzoeken) voor de behandeling van jeugdigen gericht op het verminderen van crimineel gedrag.

In het tweede deel dat plaatsvindt in 2010 worden deze interventies toegepast binnen verschillende instellingen, bijgesteld op basis van praktische toepassing en onderzocht op hun effectiviteit.

### Methode

Voorafgaand aan het eerste deel van het onderzoek zijn in het pilotonderzoek onder leiding van Smeijsters (Smeijsters et al., 2009), in samenwerking met vaktherapeuten die werkzaam zijn in een JJI, vier kerngebieden tot stand gekomen waar de vaktherapie zich op richt. Deze kerngebieden zijn Zelfbeeld, Emotie, Cognitie en Interactie. Voor elk kerngebied en elk medium zijn werkwijzen, doelen, methoden, technieken en werkvormen beschreven. In dit artikel lichten we er hier een aantal van toe.

De hoofddoelen van de kerngebieden zijn het versterken van het zelfbeeld, beter om kunnen gaan met emoties, verbeteren van de interactie en het veranderen van disfunctionele cognities (denkfouten). De behandeling in een JJI, en daarmee de geformuleerde kerngebieden en doelen, zijn gericht op het terugdringen van het recidivegevaar.

Het praktijkonderzoek danstherapie/ psychomotorische therapie is begonnen met diepte-interviews met vaktherapeuten, zowel psychomotorisch therapeuten als danstherapeuten. De interventie danstherapie/ psychomotorische therapie is vervolgens uitgebreid beschreven in een eerste kaderdocument. Dit document is vervolgens bediscussieerd in twee focusgroepen waarin zowel psychomotorisch therapeuten als danstherapeuten zitting hadden. Ofschoon er op het gebied van werkvormen zeker overlap bestaat, was de algemene consensus binnen deze focusgroepen dat psy-



Afbeelding 1: Stokkendans.

chomotorische therapie en danstherapie twee verschillende interventies zijn. Danstherapie hanteert de Laban Bewegingsanalyse als overkoepelende methodiek, welke binnen de psychomotorische therapie niet wordt teruggevonden. Psychomotorische therapie daarentegen heeft bewegings- en cognitief gedragsmatige uitgangspunten geïntegreerd. Binnen dit artikel is de keuze gemaakt niet gedetailleerder op deze verschillen in te gaan. Daarop is besloten twee afzonderlijke kaderdocumenten te ontwikkelen.

De kaderdocumenten zijn vervolgens getoetst door meerdere Delphi-rondes met vaktherapeuten en door andere behandelaars binnen de instellingen. Dit is gebeurd aan de hand van verschillende kwaliteitscriteria zoals 'credibility', 'dependability', 'authenticity', 'confirmability' en 'transferability', zie voor nadere uitleg van deze criteria het artikel van Smeijsters (2010). Uit deze toetsing zijn de Handleiding Psychomotorische therapie en de Handleiding Danstherapie ontstaan.

### Resultaten danstherapie

Bij het werken met jeugdigen is het belangrijk om aan te sluiten bij het ontwikkelingsniveau van de jongere en het zich ontwikkelende lichaamsbeeld/ lichaamsbewustzijn. Daarnaast is het bieden van veiligheid noodzakelijk (Levy, 1992). Een therapeutische relatie kan door middel van 'mirroring' worden opgebouwd en sluit daarmee aan op het ontwikkelingsniveau van de jongere. Mirroring wordt door Levy (1992) omschreven als de kunst om diepgaande emotionele acceptatie en communicatie te reflecteren door het observeren en spiegelen van non-verbaal gedrag. Danstherapie kan de persoonlijke patronen van de jongere zichtbaar en behandelbaar maken. Laban bewegingsanalyse vormt binnen danstherapie hiertoe de basis, door duidelijke bewegingsstructuren aan te bieden, startend vanuit hetgeen de jongere laat zien in beweging (Govoni & Weatherhogg, 2007). Doordat danstherapie werkt binnen het actuele moment (Stern, 2004) en de directe ervaring (LeDoux, 1998) kan aan doelen uit de kerngebieden 'zelfbeeld' en 'emotie' bij

uitstek gewerkt worden. Binnen de jeugdzorg blijkt dat het accent bij danstherapie niet ligt bij de cognitieve uitwerking van deze ervaringen; dit gebeurt elders in de behandeling. Het kerngebied 'interactie' krijgt een plek binnen de therapeutische relatie. Daar waar men samen in beweging gaat is immers altijd sprake van interactie. Echter, danstherapie richt zich niet primair op de doelen die behoren tot dit kerngebied. In de handleiding is daarom gekozen om de kerngebieden 'zelfbeeld' en 'emotie' uit te werken, hetgeen niet wil zeggen dat 'interactie' en 'cognitie' niet aan bod komen. Als het in het therapeutisch proces van belang is, wordt erop ingegaan. In het merendeel van de therapieën blijken de kerngebieden 'zelfbeeld' en 'emotie' de hoofd-doelen te vormen.

In het volgende deel wordt de rationale voor beide kerngebieden toegelicht. Daarnaast worden bij elk kerngebied enkele subdoelen verder uitgewerkt. Voor de andere subdoelen wordt verwezen naar de Handleiding Danstherapie (in voorbereiding).

### ***Kerngebied Zelfbeeld***

#### **■ *Rationale***

Hoofddoel van behandeling op dit kerngebied is het creëren van een realistisch zelfbeeld. Daarnaast kan gewerkt worden aan het verstevigen van het zelfrespect/ gevoel van eigenwaarde, vergroten van het zelfvertrouwen, meer assertief worden en het ontwikkelen van een positiever lichaamsbeeld.

#### **■ *Danstherapie***

Uit onderzoek is gebleken dat er een relatie is tussen zelfbeeld en bewegingsperformance (Ritter & Graff Low, 1996). Volgens het ontwikkelingsmodel van Winnicott (1960) ontwikkelt een kind een eigen fysieke identiteit door het proces van samensmelting met en daarna differentiatie van de verzorger, meestal de moeder. Hierdoor ontstaat een persoonlijke identiteit, die later kan opgaan en verder ontwikkeld kan worden in andere sociale groepen. Vrijwillige activiteit richting de buitenwereld en proprioceptieve feedback, nodig voor motorische planning zijn vervolgens noodzakelijk om het zelfbeeld te versterken (Stern, 2000; Cleary, 2002). Als het zelfbeeld versterkt of gemodificeerd wordt in therapie is het noodzakelijk vanuit het lichaam en lichaamservaringen te starten, op het niveau waar het zelfbeeld ontstond, het vroegkinderlijke niveau. De danstherapeut faciliteert het bewustzijn van de cliënt met behulp van proprioceptieve waarneming van het eigen lichaam, door het ervaren van de grenzen van de huid en verschillende lichaamsdelen, verschillende tegenovergestelde manieren van bewegen van deze lichaamsdelen, overdrijven, innerlijke spanning loslaten en eigen bewegingsritmes ontdekken (Pallaro, 1996). Ook zintuiglijke waarneming van de omgeving is een belangrijk onderdeel binnen deze ontwikkeling. Het ontwikkelen van een

eigen zelfbeeld houdt in dat er een individuele bewustwording van lichaamsbeeld en exploratie van lichaamsgrenzen dient plaats te vinden. Daarnaast kan de inhoud van het lichaamsgeheugen, met name specifieke bewegingen en bekwaamheden, zoals het kunnen gronden, voelen en contact houden met je centrum, bijdragen aan de ontwikkeling van het zelfbeeld (Govoni & Weatherhogg, 2007; Kleinman, 2008).

#### **■ *Werkwijze***

In de beginfase wordt veel gebruik gemaakt van supportieve werkwijzen. Dit gebeurt vooral in de vorm van mirroring, als middel tot bewustwording en versterking van eigen bewegings- en gedragspatronen. Zowel door het voorhouden van een spiegel in bewegingsgedrag als daarnaast het zintuiglijk ervaren van je eigen lichaam en de omgeving kan zelfinzicht, zelfgevoel en het zelfbeeld verder ontwikkeld worden (orthopedagogische werkwijze).

Bekend zijn met het eigen lichaamszelfbeeld, de wijze waarop het lichaam reageert en de bewegingsmogelijkheden bevordert onafhankelijkheid. De gevoeligheid om de lichamelijke reacties in interactie waar te nemen vergroot de sociale interactie. Hierbij wordt de re-educatieve werkwijze (veranderen van zelfinzicht, zelfgevoel en zelfbeeld en het daaruit voortvloeiende probleemgedrag) ingezet.

#### **■ *Werkvormen***

Een voorbeeld van een werkvorm binnen het kerngebied zelfbeeld is 'Leiden en volgen vanuit dans- of bewegingsvormen'. Hierbij kan gedacht worden aan het direct spiegelen van elkaars bewegingen met of zonder materiaal. De jongere kan hierbij onderzoeken welke soorten bewegingen de voorkeur hebben. Zintuiglijke waarneming kan plaatsvinden door plastic stukken met verschillend reliëf op de vloer te leggen, de jongere kan van het ene stuk naar het andere stuk lopen. Met ogen dicht reliëf voelen, kan de jongere onderscheid maken en de verschillende reliëfs herkennen? Wat vindt de jongere prettig en niet prettig? Een andere passende werkvorm binnen dit kerngebied is het aannemen van verschillende lichaamshoudingen. Men kan bijvoorbeeld houdingen nadoen van foto's of plaatjes. De jongere kan hierbij onderzoeken bij welke lichaamshouding hij stevigheid en zekerheid ervaart en bij welke lichaamshouding niet. Stevigheid kan ook ervaren worden in dansbewegingen veelal met de benen en voeten, stappen en stampen, bijvoorbeeld Afrikaanse dans.

### ***Kerngebied Emotie***

#### **■ *Rationale***

Het hoofddoel van het kerngebied emotie is het beter leren omgaan met emoties. Tevens wordt aandacht besteed aan het vergroten van de regulatie van emoties, gevoelens (eventueel van rouw of trauma) onder ogen durven zien en

een plek geven. De eventuele traumatische gebeurtenis kan buiten beschouwing blijven.

#### ■ *Danstherapie*

In het limbische systeem zetelen de primaire emoties: angst, boosheid (en agressie), verdriet en vreugde. Dit systeem heeft uitgebreide neurale verbindingen met de basale ganglia, waar emoties en gedachten worden verondersteld geïntegreerd te worden in beweging (Ritter & Graff, 1996; Berrol, 2006). Danstherapie is gebaseerd op deze theoretische wederzijdse wisselwerking tussen beweging en emotie (Ritter & Graff, 1996). Danstherapie is effectief doordat er direct op sensomotorisch en ervaringsniveau het proces wordt aangegaan.

Binnen de danstherapie worden emoties rechtstreeks beleefd. Bij een emotie zoals agressie kan danstherapie in een gestructureerde vorm leren de gevoelens op een beheersbare manier tot uitdrukking te brengen (Lewis, 2003; Koshland et al., 2004). Ook kan danstherapie bijdragen aan het verkrijgen van zelfcontrole (Koshland et al., 2004). De structuur van Laban Bewegingsanalyse vormt hierbij de basis. Labans uitgangspunten (Laban & Lawrence, 1972) zijn dat beweging een expressie is van bewuste en onbewuste gedachten, gevoelens en conflicten en dat de mens in staat is zijn stijl van communicatie en adaptatie te veranderen door in de beweging op zowel bewust als onbewust niveau nieuwe ervaringen op te doen.

Daarvoor is het nodig dat de jongere binnen het kerngebied zelfbeeld voldoende lichaamsbesef ontwikkeld heeft.

Bij de behandeling van trauma's kan door mirroring het gevoel van eenzaamheid verminderen en in bewegingsrituelen iets van de pijn oplossen (Levy et al., 2006). Hier kan een empathische bewegingsrelatie een eerste vorm van communicatie over het trauma mogelijk maken (Berrol, 2006).

#### ■ *Werkwijzen*

Er kan op verschillende werkwijzen aan dit kerngebied gewerkt worden: supportief (verbeteren van de 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 en het vergroten van de frustratietolerantie), palliatief (door het verzachten van emotionele pijn/ rouw) en reconstructief. De structuur van Laban Bewegingsanalyse vormt hierbij de basis.

#### ■ *Werkvormen*

Binnen danstherapie kunnen werkvormen vanuit een Laban-element worden ingezet, bijvoorbeeld kracht: het krachtgebruik variëren van licht tot sterk-krachtig, waarbij de beweging gecontroleerd blijft. De beweging kan beheersbaar gehouden worden bijvoorbeeld door deze te ondersteunen

met een vast ritme, ademhaling of geluiden. Bewegingen vanuit stokkendans (zie Afbeelding 1) of boksen, schoppen of slaan kunnen hierbij gebruikt worden.

Wanneer de spanning te hoog oploopt kan samen met de jongere naar manieren gezocht worden om weer tot rust te komen. Dit kan door de jongere handvatten aan te reiken door middel van ontspanningsoefeningen, of langzame elkaar spiegelende bewegingen (zie Afbeelding 2). Bij een aantal jongeren kan juist een actieve vorm zoals hardlopen of tafeltennis effectief zijn.

Een andere werkvorm passend bij het kerngebied emotie is het maken van een bewegingsfrase. Hier kunnen verschillende uitgangspunten in verwerkt worden zoals een beweging uit een sport, dagelijkse bewegingen of een ansichtkaart. Tevens kan er bij de uitvoering van de frase gebruikt gemaakt worden van verschillende soorten muziek. De jongere kan onderzoeken hoe het lichaam reageert op een emotie of herinnering. Deze lichamelijke reactie kan in beweging versterkt worden, bijvoorbeeld wanneer je boos wordt, ga je je vuisten ballen en kunnen er bijpassende bewegingen met gebalde vuisten gemaakt worden. Hieruit kan een bewegingsfrase ontstaan. De jongere krijgt hiermee de mogelijkheid om emoties te voelen, te (h)erkennen, te uiten en te reguleren.

### **Resultaten psychomotorische therapie**

Psychomotorische therapie is primair een experiëntiële therapievorm: de essentie is de ervaring. Dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gevoelens, gedachten en gedragingen, aansluitend op de problematiek van de jongere. Door alle veranderingen die een jongere in deze levensfase ondergaat, lijkt het zinvol om niet enkel op cognitief niveau behandeling te bieden, maar juist ook op gedrags- en belevingsniveau. Het is daarom noodzakelijk specifieke hulp te bieden ten aanzien van bewegen en lichaamsbeleving (Emck & Smit, 2005).

Jongeren binnen een JJI worden zeer vaak aangemeld voor psychomotorische therapie vanwege een gebrekkige spanningsregulatie. Dit kan zich uiten in psychosomatische klachten, overaangepast gedrag, woede-uitbarstingen of agressie. Omdat deze problematiek regelmatig voorkomt en psychomotorische therapie in de JJI zich vooral richt op spanningsregulatie, is er vanuit de Delphi-rondes voor gekozen om in de Handleiding Psychomotorische therapie uitsluitend spanningsregulatie te behandelen. Hierbij wordt niet uitgesloten dat er andere behandeldoelen zijn binnen psychomotorische therapie, maar zij zullen hier niet nader worden besproken.

#### ***Spanningsregulatie***

Agressieregulatie is een veel voorkomend probleem, waarbij jongeren vaak het idee hebben dat de agressie hen over-

komt. Vroege (lichaams)signalen van spanning worden niet herkend. Voor een goede stemmingsregulatie is het belangrijk dat een jongere door aandacht te besteden aan lichaamssignalen herkent dat hij spanning opbouwt. Wanneer een jongere spanning herkent, kan er onderscheid gemaakt worden tussen de verschillende emoties en de gradaties hierin. Binnen spanningsvolle situaties kan worden geoefend en geëxperimenteerd met passende copingvaardigheden. Door een gebrek aan sociale en probleemoplossende vaardigheden kunnen jongeren vaak alleen maar op een agressieve en opstandige manier reageren op anderen (Boendemaker, 2003). Binnen het aandachtsgebied interactie is het van belang dat een jongere leert niet alleen zijn eigen lichaamssignalen te herkennen, maar ook op een acceptabele manier aan de ander aan te geven wat hij prettig vindt en wat niet. Daarnaast zal een jongere de signalen die de ander geeft moeten leren herkennen en respecteren. Uit onderzoek is gebleken dat veel delinquente jongeren verschillende cognitieve tekorten (belemmeringen om gebeurtenissen adequaat op te merken en te interpreteren) en een gebrek aan sociale en/ of probleemoplossende vaardigheden hebben (Dodge & Newman, 1981). De jongere neemt selectief waar en gaat er al snel van uit dat iemand zich vijandig tegenover hem opstelt. De onjuiste of gekleurde cognities die de jongere heeft zijn een belangrijke oorzaak voor het gebruik van inadequate copingstrategieën. In de veilige situatie binnen de psychomotorische therapie kan de jongere goed experimenteren met nieuw gedrag en onjuiste cognities toetsen en bijstellen. Binnen psychomotorische therapie kan een werkvorm meerdere keren uitgevoerd worden, waardoor een jongere direct effect kan merken van een ander denkpatroon. Binnen het hoofddoel Spanningsregulatie zijn de vier oorspronkelijke kerngebieden gemodificeerd en aangepast. Binnen de Handleiding Psychomotorische therapie/ Spanningsregulatie worden zij aandachtsgebieden genoemd. De aandachtsgebieden zijn: lichaamsbewustzijn, copingvaardigheden, interactie en cognitie.

#### ■ *Werkwijzen spanningsregulatie*

Binnen de psychomotorische therapie wordt de jongere de gelegenheid geboden om op zowel gedrags- als belevingsniveau een leer- c.q. ontwikkelingsproces door te maken. Denken, voelen en handelen en de integratie daarvan in relatie tot de problematiek staan hierbij centraal. Daarnaast kan de jongere oefenen en experimenteren met nieuw gedrag en kan hij nieuwe ervaringen opdoen met zijn (veranderende) lijf. De jongere kan ontdekken wat zijn sterke kanten zijn of wat hij leuk vindt om te doen. Binnen iedere behandeling is er sprake van verschillende fasen. In eerste instantie wordt er vaak steunend gewerkt en afhankelijk van de draagkracht van de jongere wordt er



**Afbeelding 2:** Langzame, spiegelende bewegingen.

steeds meer inzichtelijk of confronterend gewerkt. Dit kan worden beschreven met behulp van vijf prototypische werkvormen supportief, palliatief, ortho(ped)agogisch/ ontwikkelend, re-educatief en reconstructief/ inzichtgevend plus (Smeijsters, 2008). Niet iedere jongere zal alle fasen doorlopen, wanneer de jongere voldoende basisvaardigheden en zelfinzicht heeft kan er bijvoorbeeld direct reconstructief of inzichtgevend plus gewerkt worden. Ook binnen een sessie kan er een opbouw zijn in fasen, zo kan er voor gekozen worden om steunend te starten of juist af te sluiten.

#### *Aandachtsgebied: lichaamsbewustzijn*

##### ■ *Rationale*

Hoofddoel is het vergroten van het lichaamsbewustzijn. Daarnaast kan gewerkt worden aan bewustwording van (lichamelijke) kenmerken bij het oplopen van emotie/ spanning.

##### ■ *Psychomotorische therapie*

Om op een goede manier om te leren gaan met spanning moet de jongere zich bewust zijn van zijn lichaam. Binnen psychomotorische therapie wordt hier op verschillende manieren aandacht aan besteed. Eerst wordt de jongere geleerd wat ontspanning is, zodat spanning makkelijker herkend kan worden. Dit wordt gedaan door verschillende ontspanningstechnieken aan te bieden, de jongere kan zo ontdekken wat voor hem de meest passende techniek is en hiermee gaan oefenen. Verder wordt er vooral aandacht besteed aan de waarneming van de jongeren. De jongere oefent met het beter waarnemen van zichzelf (het lichaamsbeeld), de omgeving, en zijn spanningssignalen. Hierbij wordt tijdens de opdrachten zo veel mogelijk geprobeerd te checken of de waarneming klopt.



### ■ *Werkvormen*

Deze werkvorm is gericht op de bewustwording van lichaamssignalen bij oplopende spanning. De jongere staat aan één kant van de zaal, de therapeut aan de andere kant. De therapeut komt rustig naar de jongere toegelopen. De jongere zegt "Stop" op het moment dat de afstand tussen therapeut en jongere ideaal is. De therapeut doet een stap terug en vraagt of dit prettiger of minder prettig is. Wanneer dit prettiger is, blijft de therapeut net zo lang een stap terug doen tot de jongere de afstand goed vindt. Vervolgens kan er een stap naar voren gedaan worden met de vraag wat er gebeurt op het moment dat de therapeut naar voren stapt. Vervolgens worden gedachten, gevoelens en lichaamssignalen uitgevraagd.

### *Aandachtsgebied: copingvaardigheden*

#### ■ *Rationale*

Ontdekken en zich eigen maken van passende copingvaardigheden is hier het hoofddoel. Verbeteren van de zelfbeheersing kan een subdoel zijn.

#### ■ *Psychomotorische therapie*

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

In de vorige fase is de jongere zich bewust geworden van (lichamelijke) spanningssignalen en heeft hij ontdekt dat hij hier invloed op kan uitoefenen. Nu kunnen er verschillende technieken worden uitgetoetst in oefensituaties. Het doel in deze fase is copingvaardigheden ontdekken en uitproberen. Een bekend misverstand is dat de jongere zijn boosheid moet afreageren, uit onderzoek blijkt dat dit vaak een averechts effect heeft (Geen & Quanty, 1977; Tavis, 1989). De boosheid kan worden versterkt, daarnaast wordt de emotie boosheid gekoppeld aan agressief gedrag. Zinnvolle alternatieven zijn afleiding, zelfcontroletechnieken en mindfulness- en acceptatiebenaderingen (De Groot, 2007). De jongere kan binnen psychomotorische therapie deze alternatieven uitproberen en eigen maken. De jongere oefent met het sturen van zijn gedrag en het structureren van de situatie, ook kan er in deze fase begonnen worden met het onderscheiden van verschillende emoties. Wanneer de jongere in staat is emoties beter van elkaar te onderscheiden zal hij beter in staat zijn om een goed gedragsalternatief te kiezen.

#### ■ *Werkvorm*

Deze werkvorm is gericht op het verbeteren van de zelfbeheersing. De jongere leert jongleren met de therapeut samen. Door steeds meer ballen toe te voegen en door de

ingewikkelde techniek kan de frustratie oplopen. Hierdoor kan het gebeuren dat er harder wordt gegooid, minder wordt gevangen, kan worden gezocht, et cetera. Wanneer de therapeut deze signalen opmerkt kunnen deze worden benoemd en wordt de best passende ontspanningstechniek toegepast. De jongere wordt zoveel mogelijk gestimuleerd om zelf te stoppen en een ontspanningstechniek toe te passen op het moment dat hij merkt dat de spanning oploopt. Tijdens het oefenen staat voortdurend de oplopende spanning of frustratie centraal. Wanneer een jongere deze spanning zelf op tijd herkent en ingrijpt, zal het lukken om met drie ballen te jongleren (vaak één cyclus). Wanneer het de jongere nog niet lukt om de spanning te herkennen, zal regelmatig ingegrepen moeten worden door de therapeut, waarbij de jongere steeds langere perioden zelf de verantwoordelijkheid heeft.

### *Aandachtsgebied: interactie*

#### ■ *Rationale*

Hoofddoel is het verbeteren van de interactie met anderen. Ook kan aandacht besteed worden aan leren omgaan met eigen grenzen en de grenzen van anderen (ervaren, aangeven en respecteren).

#### ■ *Psychomotorische therapie*

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

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

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

#### ■ *Werkvorm*

Deze werkvorm is gericht op het leren herkennen van spanningssignalen van zichzelf en de ander en kan worden aangeboden nadat veelvuldig is geoefend met het aangeven van de eigen grenzen.

De therapeut legt niet uit wat de bedoeling is van de opdracht. De jongere krijgt meerdere voorwerpen aangeboden. In eerste instantie vraagt de therapeut netjes of hij deze wil en hoe hij ze vast wil houden of hoe ze omgehangen moeten worden. De therapeut doet dit steeds minder en geeft gewoon voorwerpen of stapelt alles op elkaar. Wanneer de jongere aangeeft dat het zwaar wordt, haalt de therapeut hem over, in eerste instantie op een vriendelijke en humoristische manier, later meer autoritair (hierbij wordt wel goed rekening gehouden met de draagkracht van de jongere). Pas wanneer de jongere op duidelijke manier "Nee" zegt en zich niet laat overhalen wordt er gestopt. In de nabespreking komt aan bod of de jongere zijn grens heeft overschreden en waar de moeilijkheden lagen. Eventueel kan er gewisseld worden van rol, waarbij de therapeut duidelijk zijn grenzen aangeeft, zowel verbaal als non-verbaal.

#### *Aandachtsgebied: cognitie*

##### ■ *Rationale*

Hoofddoel is hier het vergroten van inzicht. Daarnaast kan gewerkt worden aan het leren zien van het eigen aandeel in ontstane conflicten (rolwaarneming), met als doel verandering hierin te realiseren.

##### ■ *Psychomotorische therapie*

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

#### ■ *Werkvorm*

Deze werkvorm is gericht op het leren herkennen van het eigen aandeel in ontstane conflicten.

Wanneer er een conflict heeft plaatsgevonden binnen of buiten therapie, kan er voor gekozen worden om de situatie niet alleen uit te laten leggen door de jongere, maar dit ook na te spelen. Hierbij speelt de jongere eerst zichzelf en de therapeut de ander. Hierna kan er van rol worden gewisseld, waarbij de therapeut de jongere speelt. De nadruk ligt nu niet op de verbale communicatie, maar op de non-verbale communicatie.

#### **Discussie en eerste conclusies**

Geconcludeerd mag worden dat de vaktherapeuten die meegewerkt hebben aan dit onderzoek consensus bereikt hebben over een concept van best practices, die uitvoerbaar is binnen hun eigen werkplek. De deelnemende therapeuten hebben het uitvoerig beschreven en het met vakgenoten bespreken van interventies als zinvol en verrijkend voor de eigen arbeid ervaren. Duidelijk werd dat danstherapie hierbij goed kon aansluiten bij het model, zoals ontwikkeld in het kaderdocument (Smeijsters et al., 2009).

Binnen psychomotorische therapie is er veel tijd gaan zitten in het document zodanig aanpassen, dat de psychomotorische therapie-methodiek hierin tot zijn recht kon komen. Vandaar dat het psychomotorische therapie-document qua opzet afwijkt van de oorspronkelijke vorm. Dit proces heeft de verstandhouding tussen de verschillende vaktherapieën een stapje verder geholpen. Psychomotorisch therapeuten en danstherapeuten hebben gezamenlijk overlegd binnen de focusgroepen en er is ruimte geweest om een andere opzet mogelijk te maken. Kortom, het kader waarin dit onderzoek plaatsvindt, is gebleken flexibel en aanpasbaar te zijn aan verschillende zienswijzen.

In de komende tijd (lente/ zomer 2010) worden de interventies toegepast binnen de instellingen. Vervolgens kunnen ze geëvalueerd en verbeterd worden. Ook zal bekeken worden in hoeverre de interventies effectief zijn bij het terugdringen van recidivegevaar. Hiertoe zullen de uiteindelijke doelen van de interventies gemeten worden aan de hand van risicofactoren, zoals de Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY; Lodewijks et al., 2003). De resultaten zullen verwerkt worden in de uiteindelijke versies van de Handboeken Danstherapie en Psychomotorische therapie. De volgende stap wordt het voorleggen van de Handboeken aan een grotere groep vaktherapeuten, zodat de methodische invalshoeken verbreed kunnen worden.

#### **Dankwoord**

De auteurs willen alle vaktherapeuten bedanken die aan deze eerste fase als mee-lezer en commentator hebben meegewerkt: (vanuit danstherapie) Eva van den Boom, Mady de Jongh, Silke Loenen, Robbert Otte, Monique Peters en de intervisiegroep psychomotorische therapie

Oisterwijk (vanuit psychomotorische therapie) Pijke Dijkema, Pim Hoek, Patrick Spee, Frank Winkel, Moeneke Nijkamp, Sonja Vos en Evelien Wolters

#### Literatuur

- Berrol, C.F. (2006). Neuroscience meets dance/ movement therapy: Mirror neurons, the therapeutic process and empathy. *The Arts in Psychotherapy*, 33, 302-315.
- Boendemaker, L., & Yperen, T. van (2003). *Kansen in de Keten, een gemeenschappelijk referentiekader voor de justitiële jeugdinrichtingen*. NIZW Jeugd: eigen uitgave.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam/ Meppel: Uitgeverij Boom.
- Cleary, S.E. (2002). *Dance Movement Therapy and Sensory Integration: an integrated approach to working with children*. Boulder: Naropa University
- Groot, F. de (2007). De hardnekkige mythe van het fysiek afreageren van agressie. In: Simons, J. (red.), *Actuele thema's uit de psychomotorische therapie*. Leuven: Uitgeverij Acco.
- Dodge, K.A. & Newman, J.P. (1981). Biased decision-making processes in aggressive boys. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 375-279.
- Emck, C. & Smit, Ch. (2005). Wat beweegt hen? Over adolescenten en psychomotoriek. In: Lange, J. de (red.), *Een vak apart*. Utrecht: 't Web – Netwerk rondom bewegen.
- Geen, R.G. & Quanty, M.B. (1977). The catharsis of aggression: an evaluation of a hypothesis. In: Berkowitz, L. (red.), *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press.
- Govoni, R.M. & Weatherhogg, A. P. (2007). The body as theatre of passions and conflicts: Affects, emotions, and defences. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 2 (2), 109-121.
- Kleinman, S. (2008). Eating disorder hope-articles: Challenging Body Distortions through the Eyes of the Body. Beschikbaar op: [http://www.eatingdisorderhope.com/article\\_body-distortions.html](http://www.eatingdisorderhope.com/article_body-distortions.html).
- Koshland, L., Wittaker, J. & Wilson, B. (2004). PEACE through dance/ movement: evaluating a violence prevention program. *American Journal of Dance Therapy*, 26 (2), 69-90.
- Laban, R. & Lawrence, F.C. (1972). *Effort, economy of human movement*. Estover: Macdonald & Evans Limited.
- LeDoux, J. (1998). *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Touchstone.
- Levy, F.J. (1992). *Dance Movement Therapy, a healing art*. Reston: American Alliance for Health, Physical Education, Recreation and Dance 1900 Association.
- Levy, F.J., Ranjbar, J.A. & Dean, C.H. (2006). Dance Movement as a way to help children affected by war. *Journal of Physical Education, Recreation & Dance*, 77 (5), 6-12.
- Lewis, P. (2003). Marin Chace Foundation annual lecture: dancing with the movement of the river. *American Journal of Dance Therapy*, 25 (1), 17-37.
- Lincoln, Y.S. & Guba, E.G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th.A.H., Ruiter, C. de & Wit-Grouls, H. de (2003). *Gestructureerde taxatie van geweldsrisico bij jongeren*. Eefde: Rentray.
- Pallaro, P. (1996). Self and body-self: Dance Movement Therapy and the development of object relations. *The Arts in Psychotherapy*, 23 (2), 113-119.
- Ritter, M. & Graff Low, K. (1996). Effects of Dance/Movement Therapy: a meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, 23 (3), 249-260
- Sitskoorn, M. (2008) *Het maakbare brein – gebruik je hersens en word wie je wilt zijn*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (2010). Praktijkonderzoek naar interventies. Vaktherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 6 (1), 9-17.

- 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: Melos.
- Stern, D. N. (2000). *The interpersonal world of the infant: a view from psychoanalysis & developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton.
- Tavis, C. (1989). *Anger, the misunderstood emotion*. New York: Touchstone Books.
- Willemars, G. & Helmich, M. (2010). Praktijkonderzoek naar interventies. Beeldende therapie in Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg. *Tijdschrift voor vaktherapie*, 6 (2), 11-16.
- Winnicott, D. (1960). The theory of the parent-child relationship. *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585-595.
- Yperen, T. van & Veerman (red.) (2008). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Delft: Eburon.

#### Over de auteurs

Julie Kil is MSc., master of Dance Therapy en senior-geregistreerd danstherapeute. Zij werkt als dans- en bewegingstherapeut in de forensische kliniek Bedburg-Hau (met als specialisaties delictverwerking en agressieregulatie) en als onderzoeker van de kenniskring Kennisontwikkeling Vaktherapieën (KenVaK) van de Hogeschool Zuyd te Heerlen. Daarnaast is ze regelmatig gastdocent bij de Hogeschool van Arnhem en Nijmegen en Hogeschool Zuyd, lid van de Klankbordgroep Richtlijnenontwikkeling van het Trimbosinstituut en lid van het bestuur van de NVDAT (kennisinnovatie). Eefje Prins is in 2002 afgestudeerd als dans- en bewegingstherapeut aan de Hogeschool Zuyd. Sinds 2008 is zij werkzaam binnen de gesloten jeugdzorg bij de O.G. Helderstichting. Ze is vanaf december 2008 als co-onderzoeker betrokken bij het RAAK-project.

Thea Braun-de Bijl is in 2004 afgestudeerd aan de Faculteit der Bewegingswetenschappen, richting Gezondheidszorg (specialisatie psychomotorische therapie) aan de Vrije Universiteit in Amsterdam. Zij is van april 2005 tot april 2010 werkzaam geweest in JJI den Hey-Acker. Ze is vanaf juni 2009 tot april 2010 als co-onderzoeker betrokken geweest bij het RAAK-project. Momenteel is zij werkzaam binnen de verstandelijk gehandicaptenzorg bij ASVZ.

E: [juliekil@chello.nl](mailto:juliekil@chello.nl), [eprijs@oghelderling.nl](mailto:eprijs@oghelderling.nl), [tdbijl@asvz.nl](mailto:tdbijl@asvz.nl)

#### Samenvatting

Binnen het RAAK-project zijn de interventies danstherapie en psychomotorische therapie onderzocht op best practices, door het inzetten van methoden uit de naturalistic inquiry en grounded theory. Duidelijk is geworden dat danstherapie en psychomotorische therapie binnen de JJI en GJ twee verschillende interventies zijn. Binnen danstherapie ligt de nadruk vooral op de kerngebieden zelfbeeld en emotie, waar met behulp van het opbouwen van de therapeutische relatie door middel van mirroring en het



Door Albert Berman



inzetten van de Laban Bewegingsanalyse voorbeelden uitgewerkt worden. Binnen psychomotorische therapie is in dit werkveld spanningsregulatie een nadrukkelijk behandeldoel, met eigen specifieke aandachtspunten, afwijkend van de kerngebieden uit het pilotproject. Deze aandachtspunten, lichaamsbewustzijn, copingvaardigheden, interactie en cognitie worden eveneens gepresenteerd in dit artikel. Over de gepresenteerde interventies bestaat consensus, zodat ze gezien kunnen worden als practice-based evidence. ■

Eens in de zoveel tijd een congres bezoeken hoort bij het vak, vind ik. Vooral als het lekker ver weg is. De aanlokkelijke foto's van Cádiz aan de Zuid-Spaanse kust maakten de beslissing om naar het '8th European Music Therapy Congress' te gaan niet moeilijk. Ik meldde mij enthousiast aan en knutselde een Engels 'abstract' in elkaar over mijn baanbrekende werk (blabla) op de gesloten afdeling. Een congres wordt pas echt leuk als je zelf ook iets doet. Na drie maanden had ik nog niets gehoord en ging maar eens mailen. De website liet nog steeds aanlokkelijke plaatjes zien, maar nada info (ik was al Spaans aan het oefenen). Drie weken voor het congres waren de tapas tijdens de lunch wel bekend, maar van het 'scientific program' geen spoor. Op de valreep, mijn koffer was al gepakt, kwam het programma op de site. Zonder mijn bijdrage, hijo di puta! Na nog drie iets bozere mailtjes stond ook mijn presentatie ertussen ('u mag op vrijdag om 18.30 uur'). Goedgemutst stond ik dus om twee uur in de nacht op, om het vliegtuig in Düsseldorf te pakken (elke budgetbewuste Nederlander vliegt tegenwoordig vanuit Duitsland). Het hele gezin ging mee, zodat de kans om het tijdens het congres met leuke Finse muziektherapeutes aan te leggen nogal was gereduceerd. Het congres kan kort worden samengevat. De tapas vielen tegen en het scientific program viel mee. Ik was onder de indruk van al het onderzoek. Van Noord- tot Zuid-Europa is men druk in de weer met randomised controlled trials (RCT's), wat zéér belangrijk is voor de ontwikkeling van ons vak. Een Oostenrijkse onderzoeker had de resultaten van die RCT's netjes in een grafiek gezet. Dat was even schrikken. Het resultaat was nul, er was geen effect van muziektherapie! Sterker nog, na drie maanden waren de patiënten een beetje achteruit gegaan. Ze gingen nog doormeten waar dat aan lag, misschien was het slechts het gevolg van de kredietcrisis. Ik wilde er niets meer over horen en ging verder naar een workshop over 'healing ragas' van een Indiër, maar die was blijven hangen op een aswolk. Toen gaf ik de moed op en voegde me bij mijn gezin aan de playa. Later mocht ik zelf nog mijn verhaal doen. Ik dacht dat ik baanbrekend bezig was, maar wat bleek: muziektherapie op een gesloten afdeling is doodgewoon. Ze doen het van Noorwegen tot Australië. Een muziektherapeut zei tegen me dat ze altijd naar de mensen toeging, zij vond het hebben van een eigen ruimte een beetje ouderwets. Toch zuchtte ze even toen ik de foto's van mijn nieuwe werkruimte liet zien. "Eigenlijk willen ze er bij ons gewoon geen geld voor uittrekken hoor", vertrouwde ze me toe bij een vino tinto terwijl de zon in de Atlantische Oceaan zakte. Ik zei toen maar: "Het valt nog lang niet mee om muziektherapeut te zijn, maar gelukkig krijg je er wel een lekker kleurtje van!"

advertentie

**LL Kindermuziekwinkel heeft ook instrumenten voor (muziek)therapie**

Kijk op [www.kindermuziekwinkel.com](http://www.kindermuziekwinkel.com)

**KINDER MUZIEKWINKEL.COM**