

IK! beweeg

Psychomotorische module voor jongeren gericht op identiteitsversterking



Onderzoek & Innovatie
Anniek Verschuur
Studentnummer: 476272
Nijmegen, 2 juni 2014

Hoge School van Arnhem en Nijmegen
Creatieve therapie Differentiatie Psychomotorische Therapie
Begeleidend docent: Harriet Kienstra
Beoordelaar: Bas van Ritbergen

Opdrachtgever: Petra van den Munckhof
GGZ Oost Brabant

Voorwoord

IK! beweeg, mijn afstudeeronderzoek, eindproduct van een half jaar onderzoek en vier jaar lang ontwikkeling tijdens de opleiding Psychomotorische Therapie aan de HAN te Nijmegen. Vier jaar vol persoonlijke en professionele ontwikkeling. Ontdekken wie ik ben als persoon en als psychomotorisch therapeut.

Tijdens mijn therapiestage in het derde jaar bij GGZ Oost Brabant kwam ik op de locatie Land van Cuijk Noord Limburg in aanraking met de PMT Pubergroep: een groepsbehandeling voor jongeren met internaliserende of externaliserende problematiek gericht op identiteitsversterking. Een lastige maar hele boeiende doelgroep waarvoor uit ervaring blijkt dat de PMT behandeling heel waardevol is. De interessante en complexe doelgroep, de ontwikkelingen in de GGZ en de vraag naar steeds meer evidence based behandelingen maakten het tot een mooie uitdaging deze behandeling te beschrijven en te onderbouwen door middel van dit onderzoek.

Gedurende mijn onderzoek en de totstandkoming van deze scriptie, gericht op identiteitsversterking bij jongeren, heb ik regelmatig stil gestaan bij mijn eigen identiteitsontwikkeling en welke sprongen ik daar tijdens de afgelopen vier jaar in heb gemaakt. Sprongen om dichterbij mezelf te komen en me te ontwikkelen tot psychomotorisch therapeut. Een mooi proces dat ik met veel enthousiasme heb doorlopen, hoewel ik het soms ook zwaar vond. Tijdens de opleiding, mijn stage bij GGZ Oost Brabant en mijn onderzoek ben ik steeds sterker gaan geloven in de kracht van bewegen en ons lichaam in de zoektocht naar wie je bent. Ik heb met veel enthousiasme aan het onderzoek gewerkt en hoop dat het resultaat een bijdrage levert aan de ontwikkeling van jongeren met internaliserende of externaliserende problematiek, bij wie het ontwikkelen van de identiteit niet zo gemakkelijk gaat. Daarnaast hoop ik dat het onderzoek bijdraagt aan de professionalisering van de psychomotorische therapie.

Petra van den Munckhof, bedankt voor jouw vraag om deze module te ontwikkelen en de samenwerking tijdens de afgelopen twee jaar. Jouw enthousiasme en geloof in mijn kunnen hebben een grote bijdrage geleverd aan dit resultaat. Ik ben heel benieuwd naar het resultaat van jouw effectmeting. Mijn dank gaat verder uit naar Harriet Kienstra voor de begeleiding van mijn onderzoek: de feedback met alle kritische noten om tot een behapbaar geheel te komen. Alle psychomotorisch therapeuten van het expertpanel bedank ik voor het delen van hun ervaringen en expertise, elke ronde opnieuw. Ik wil de jongeren van de pubergroep bedanken voor hun eerlijke feedback op de module. Mijn lieve ouders, Rianne en Marinke, dank jullie wel voor alle steun, het trappen op de rem om mijn streven te relativeren, jullie overtuiging in mijn kunnen en jullie eigen kijk op mijn onderzoek. Als laatste wil ik mijn studiegenoten bedanken voor de samenwerking, de feedback en de gezelligheid tijdens de uren op school waarin we allemaal keihard hebben gewerkt.

Anniek Verschuur
Juni 2014

Samenvatting

Onderzoeksvraag

Hoe ziet een psychomotorische behandelmodule met kwantitatief meetbare doelen eruit, die de behandeling beschrijft voor een heterogene groep jongeren van 12 tot 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek gericht op identiteitsversterking, die tevens praktisch toepasbaar is binnen GGZ Oost Brabant?

Methoden

Om de onderzoeksvraag te beantwoorden is gebruik gemaakt van literatuuronderzoek, interviews, zowel mondeling als schriftelijk, en de Delphitechniek.

Resultaten en conclusie

Op basis van een beschrijving van identiteit en de identiteitsontwikkeling is gekomen tot de volgende definitie van identiteitsversterking:

- De versterking van het gevoel van de jongere dat hij zichzelf als uniek ervaart met al zijn positieve en negatieve eigenschappen en met duidelijke grenzen tussen zichzelf en anderen.
- De versterking van een stabiele, reële en overwegend positieve zelfwaardering.
- De versterking van de bewustwording, het uiten en het adequaat reguleren van emoties, ook in contact met anderen.

De doelgroep bestaat uit jongeren van 12 tot 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek. De jongeren zijn gediagnostiseerd met een angststoornis, stemmingsstoornis, gedragsstoornis, AD(H)D of autisme. Problemen met de ik-anderdifferentiatie, een stabiele, reële en overwegend positieve zelfwaardering en met het adequaat reguleren van emoties komen bij de gehele doelgroep voor. Een behandeling gericht op de verschillende aspecten hiervan is daarom voor de gehele doelgroep van belang.

Er is vastgesteld dat binnen de module het best een eclectische werkwijze gehanteerd kan worden met de volgende referentiekaders: ervaringsleren, lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen, cognitieve gedragstherapie, de oplossingsgerichte, cliëntgerichte en systemische benadering.

De module bestaat uit verschillende fasen met de thema's kennismaking en samenwerking, eigen kracht en stevig staan, lichaamssignalen, grenzen en afsluiting en afscheid. Er is vastgesteld dat de volgende interventies het meest geschikt zijn binnen de module: vragen stellen, betekenis verlenen, bekrachtigen, accepteren, observaties teruggeven, psycho-educatie, het G-schema bespreken en invullen en benoemen. De attitude van de therapeut dient gebaseerd te zijn op gelijkwaardigheid en is acceptierend, betrokken en transparant.

De werkvormen, die binnen de module gehanteerd worden, moeten voldoen aan de volgende voorwaarden: ze moeten passend zijn bij de thema's en de doelen, bij de fase van de behandeling en de werksituatie. Verder dienen werkvormen een betekenisvolle situatie op te leveren voor de jongere, veilig, uitnodigend en aansprekend te zijn en uiteindelijk moeten ze leiden tot succes.

Voor de start van de module vindt een intake plaats met de jongere en zijn ouders, die ook aanwezig zijn bij de evaluatie. Een gesloten, heterogeen samengestelde groep van drie tot zes jongeren is een geschikte vorm van groepsbehandeling voor deze doelgroep. De behandeling kan zowel door één als door twee therapeuten uitgevoerd worden. Er zit een vaste opbouw in de bijeenkomsten waardoor structuur wordt geboden en alle verschillende onderdelen aan bod komen.

De kwantitatief meetbare doelen van de module, waarin het algemene doel identiteitsversterking is vertaald, zijn gericht op een verbetering op de volgende effectvariabelen: lichaamsbewustzijn, competentiebeleving, emotieregulatiestrategie en/of mate van internaliseren of externaliseren.

Alle bovenstaande aspecten zijn in de module verwerkt waardoor een module is ontstaan die onderbouwt waarom psychomotorische groepstherapie een geschikte behandelvorm is voor jongeren van 12 tot 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek. Het is na dit onderzoek mogelijk de behandeling op effectiviteit te onderzoeken. Dit betekent dat de hypothese van dit onderzoek kan worden bevestigd.

Inhoudsopgave

Voorwoord.....	1
Samenvatting	2
1. Inleiding.....	5
2. Vraagstelling en hypothese.....	6
3. Methoden.....	7
4. Resultaten	9
4.1 Deelvraag 1: Wat wordt verstaan onder identiteitsversterking?	9
4.2 Deelvraag 2: Waardoor wordt de doelgroep van jongeren van 12 tot 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek gekenmerkt?.....	12
4.3 Deelvraag 3: Waarom is een module gericht op identiteitsversterking voor de gehele doelgroep van belang?.....	16
4.4 Deelvraag 4: Welk referentiekader is het meest geschikt voor een behandeling gericht op identiteitsversterking bij deze doelgroep?	18
4.5 Deelvraag 5 Welke interventies en attitudes zijn het meest geschikt voor het versterken van de identiteit bij deze doelgroep?.....	21
4.6 Deelvraag 6: Aan welke voorwaarden moeten werkvormen voldoen die ingezet worden in de module?	26
4.7 Deelvraag 7: Hoe kan de behandeling gericht op identiteitsversterking bij deze doelgroep het beste worden georganiseerd?	29
4.8 Deelvraag 8: Op welke variabelen kan het effect van de module gemeten worden?	32
Conclusie	35
Discussie & Aanbevelingen	37
Literatuur	39
Bijlage A Zoektermen	43
Bijlage B Interviewschema.....	44
Bijlage C Overzicht, vragenlijst en resultaat deelnemers pubergroep voorjaar 2014.....	47
Bijlage D Overzicht expertpanel	51
Bijlage E Delphi-techniek ronde 1: Vragenlijst en resultaat	52
Bijlage F Delphi-techniek ronde 2: Vragenlijst en resultaat	55
Bijlage G Delphi-techniek ronde 3: Vragenlijst en resultaat.....	62

1. Inleiding

Behandelcontext

Binnen GGZ Oost Brabant Land van Cuijk Noord Limburg (LvCNL) is de afdeling Kind en Jeugd gespecialiseerd in de diagnostiek en ambulante behandeling van kinderen en jongeren tot 23 jaar met psychische problematiek en/of (een vermoeden van) psychiatrische problematiek. Psychomotorische therapie (PMT) maakt deel uit van het behandelaanbod voor kinderen, jongeren en adolescenten met verschillende diagnoses en behandeldoelstellingen. Opdrachtgever voor het onderzoek is Petra van den Munckhof, psychomotorisch therapeut bij GGZ Oost Brabant, afdeling Kind en Jeugd op locatie LvCNL.

Jongeren in de leeftijd van 12 tot 16 worden regelmatig, door de hoofdbehandelaar in samenspraak met het multidisciplinaire team, geïndiceerd voor de “PMT pubergroep”. Zowel jongeren met internaliserende, als jongeren met externaliserende problematiek nemen deel aan deze groepsbehandeling, die gericht is op identiteitsversterking. De levensfase van deze jongeren is de adolescentie. De belangrijkste ontwikkelingstaak in de adolescentie is het ontwikkelen van een stabiele identiteit. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat jongeren met een hoog risico voor internaliserend of externaliserend probleemgedrag of bij wie sprake is van psychologische problemen, meer problemen ervaren met het ontwikkelen van een samenhangende en stabiele identiteit en vaker ‘identity distress’ ervaren (o.a. Crocetti et al., 2013; Jung, Pick, Schlüter-Müller, Schmeck & Goth 2013; Wiley & Berman, 2013).

Aanleiding

Petra van den Munckhof is een van de psychomotorisch therapeuten die jongeren binnen de pubergroepen behandelt. Voor haar master psychomotorische therapie wil zij het effect van de pubergroepen onderzoeken. Daarvoor is het van belang dat de behandeling uitgeschreven wordt in een module en effectvariabelen worden opgesteld. De module zorgt voor overeenstemming in de uitvoering van de pubergroep, noodzakelijk voor het meten van het effect. Met de effectmeting wordt aangesloten bij de onderzoekslijn internaliserende problematiek van GGZ Oost Brabant (GGZ Oost Brabant, z.d.). Binnen deze onderzoekslijn wordt onderzoek verricht naar de prevalentie van en zorg bij internaliserende problematiek. Beide worden tot op heden sterk ondergewaardeerd waardoor behandelprogramma's nauwelijks wetenschappelijk onderzocht zijn. Onderzoek naar vroege signalering en therapeutische mogelijkheden wordt daarom noodzakelijk geacht door GGZ Oost Brabant. Een effectmeting draagt daarnaast bij aan de professionalisering van de psychomotorische therapie. Naast een aanzet voor een effectmeting wordt door het schrijven van een module inzichtelijk wat er wordt gedaan met cliënten en waarom, wat bijdraagt aan de onderbouwing van de beroepsuitoefening (NVPMT, 1998). Dit is met de transitie van jeugdzorg extra van belang.

Op dit moment ligt er een PMT-module die enkel gericht is op het verbeteren van sociale vaardigheden. Uit de praktijk blijkt echter dat de hulpvraag van jongeren en hun omgeving meer is gericht op het versterken van de identiteit, waardoor het verbeteren van sociale vaardigheden een subdoel is (geworden). De beschreven module is dan ook niet toepasbaar in de praktijk. De verandering in hulpvragen die gezien wordt, komt onder andere voort uit de huidige ontwikkelingen in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze ontwikkelingen houden onder meer in dat waar mogelijk behandeling zoveel mogelijk plaatsvindt binnen de basis GGZ (voorheen eerste lijn) (Rijksoverheid, z.d.). Voor cliënten met zware psychische stoornissen en ingewikkelde hulpvragen is de gespecialiseerde GGZ bedoeld, waaronder GGZ Oost Brabant. Binnen de pubergroepen betekent dit dat alleen het versterken van sociale vaardigheden niet (meer) voldoet; identiteitsversterking staat veel meer op de voorgrond en daar moet de te ontwikkelen module zich op richten.

De opdrachtgever geeft aan dat het in praktijk soms lastig is jongeren zowel letterlijk als figuurlijk in beweging te krijgen en dat het tijdens de behandeling soms erg zoeken is naar geschikte interventies en attitudes. Daarom is de vraag gesteld om te onderzoeken welke interventies en attitudes geschikt zijn voor het versterken van de identiteit bij deze doelgroep. Concluderend is de vraag van de opdrachtgever om een module te ontwikkelen voor jongeren met internaliserende dan wel externaliserende problematiek gericht op identiteitsversterking, om zo aan te sluiten bij de huidige ontwikkelingen in de GGZ en de vraag naar evidence based behandelingen.

2. Vraagstelling en hypothese

Onderzoeksvraag

Hoe ziet een psychomotorische behandelmodule met kwantitatief meetbare doelen eruit, die de behandeling beschrijft voor een heterogene groep jongeren van 12 tot 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek gericht op identiteitsversterking, die tevens praktisch toepasbaar is binnen GGZ Oost Brabant?¹

Deelvragen

1. Wat wordt verstaan onder identiteitsversterking?
2. Waardoor wordt de doelgroep van jongeren van 12 tot 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek gekenmerkt?
3. Waarom is een module gericht op identiteitsversterking voor de gehele doelgroep van belang?
4. Welk referentiekader is het meest geschikt voor een behandeling gericht op identiteitsversterking bij deze doelgroep?
5. Welke interventies en attitude zijn het meest geschikt voor het versterken van de identiteit bij deze doelgroep?
6. Aan welke voorwaarden moeten werkvormen voldoen die ingezet worden in de module?
7. Hoe kan de behandeling gericht op identiteitsversterking bij deze doelgroep het beste worden georganiseerd?
8. Op welke variabelen kan het effect van de module gemeten worden?

Hypothese

Door het, naar aanleiding van literatuur- en praktijkonderzoek, beschrijven van een psychomotorische behandelmodule, op basis van de Handleiding Module-ontwikkeling voor Psychomotorische Therapie (NVPMT, 1998), kan onderbouwd worden dat psychomotorische groepstherapie een geschikte behandeling vormt voor jongeren van 12 tot 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek gericht op identiteitsversterking. Het beschrijven van een module maakt het vervolgens mogelijk de behandeling op effectiviteit te onderzoeken, doordat de beschrijving zorgt voor overeenkomstig handelen tussen psychomotorisch therapeuten en leidt tot het vaststellen van effectvariabelen.

¹ De gehanteerde begrippen worden in de beschrijving van de resultaten verder uitgewerkt.

3. Methoden

Ontwikkelingsonderzoek

Dit onderzoek is op te vatten als een ontwikkelingsonderzoek (Migchelbrink, 2006) waarin een module ontwikkeld wordt, waaraan onderzoek een belangrijke bijdrage levert. Door het beantwoorden van de verschillende deelvragen is gekomen tot de verschillende onderdelen van de module. Dit onderzoek heeft in overleg met de opdrachtgever geleid tot het maken van goede keuzes in het schrijven van de module die passen bij de praktijk wat betreft organisatie en realiseerbaarheid (Migchelbrink, 2006). Doordat de onderzoeker als co-therapeut deelneemt aan de pubergroep zijn tussentijds ook onderdelen getest. Het testen van de gehele module was niet mogelijk tijdens de onderzoeksperiode. Er zijn verschillende onderzoeksmethoden toegepast, namelijk literatuuronderzoek, interviewen en de Delphi-techniek. Hieronder worden de verschillende methodes uitgewerkt.

Literatuuronderzoek

Literatuuronderzoek heeft een bijdrage geleverd aan het beantwoorden van alle deelvragen. Er is op verschillende plekken naar literatuur gezocht. Ten eerste op het internet, in verschillende (wetenschappelijke) databanken, zoals Web of Science, Science Direct, SpringerLink en Google Scholar en op websites van organisaties als het Trimbos Instituut en het Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Voor het literatuuronderzoek is verder gebruik gemaakt van verschillende handboeken over ontwikkelingspsycho(patho)logie en de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR. Voor verschillende deelvragen is daarnaast gebruik gemaakt van specifieke PMT-vakliteratuur gevonden in bijvoorbeeld de NVPMT kennisbank, op PMT Info Site of in het Tijdschrift voor Vaktherapie. Tot slot zijn ook bronnen geraadpleegd over de verschillende onderzoeksmethoden. In *Bijlage A* zijn de gebruikte zoektermen weergegeven. Er zijn combinaties en vertalingen van deze zoektermen gebruikt.

Interviews

Voor het beantwoorden van de deelvragen 4 t/m 7 is gebruik gemaakt van interviews, zowel van mondelinge halfgestructureerde open interviews, als vragenlijsten.

Halfgestructureerd open interview

Bij een halfgestructureerd open interview wordt door het stellen van open vragen informatie verzameld, waarbij structuur wordt aangebracht met behulp van een lijst van onderwerpen die tijdens het gesprek aan de orde moeten komen (Migchelbrink, 2006). De interviews zijn afgenomen bij alle zeven psychomotorisch therapeuten die werkzaam zijn met kinderen en jeugdigen binnen GGZ Oost Brabant, van wie twee werken met de pubergroep. In het interview is gesproken over geschikte referentiekaders, interventies, attitudes en werkvormen. Voor elk onderwerp is een eerste open vraag opgesteld. In de voorbereiding zijn daarnaast aan de hand van literatuur deelvragen beschreven om meer structuur te kunnen aanbrengen wanneer dit nodig was om tot een volledig antwoord te komen. Om een zo hoog mogelijke betrouwbaarheid van de informatie uit de interviews te bewerkstelligen is bij elk interview dezelfde voorbereiding gebruikt met dezelfde brede, open beginvragen. Het interview is als proef doorgenomen met een medestudent. Daarnaast zijn alle interviews opgenomen zodat de onderzoeker deze ter controle nogmaals kon beluisteren (Baarda, Goede, Meer-Middelburg, 2007). Het interviewschema is opgenomen in *Bijlage B*.

De interviews zijn geanalyseerd door middel van open en axiaal coderen (Boeije, 2005), waarbij fragmenten zijn gemaakt van referentiekaders, interventies, attitudes en voorwaarden voor werkvormen. Overeenkomstige fragmenten van de verschillende interviews hebben dezelfde code gekregen. De codes omvatten het referentiekader, de interventies, attitude of voorwaarde voor werkvormen. Voor het referentiekader is zo tot een geordend overzicht gekomen van de kaders die door alle geïnterviewden werden benoemd tot de kaders die slechts door één persoon zijn genoemd.

Wat betreft interventies is een aantal fragmenten verwijderd omdat deze geen interventie bevatten, geen handeling van de therapeut. De interventies en attitudes vormden de input voor de Delphi-techniek. Om tot voorwaarden voor werkvormen te komen zijn de fragmenten op volgorde van belangrijkheid gezet, op basis van het aantal geïnterviewden dat deze voorwaarde heeft benoemd.

Vragenlijst

Door middel van een vragenlijst is de mening gevraagd van de jongeren die deel hebben genomen aan de pubergroep in het voorjaar van 2014 over verschillende onderwerpen. In deze vragenlijst zijn vragen opgenomen over het referentiekader, de interventies en attitudes van de therapeut, de gehanteerde thema's en werkvormen en organisatorische aspecten. Er is voor gekozen in de vragenlijst de door de huidige therapeuten veelal ingezette interventies en attitudes op te nemen om de lengte van de lijst te beperken. Er zijn voornamelijk gesloten vragen en meerkeuzevragen gesteld om de antwoorden te structureren en het voor de jongeren niet te moeilijk te maken. Er is bij het formuleren van de vragen en antwoordcategorieën gelet op de volgende criteria (Baarda et al., 2012): concreet, begrijpelijk, eenduidig, neutraal en passend bij het niveau van de respondenten. Bij verschillende vragen is de jongeren gevraagd een toelichting te geven. De vragenlijst en het resultaat zijn opgenomen in *Bijlage C*.

Delphi-techniek

In het onderzoek naar geschikte interventies en attitudes voor de module is gebruik gemaakt van de Delphi-Techniek. Hiervoor wordt een expertpanel samengesteld, wiens meningen worden "geïnterviewd, geordend, uitgewisseld, gecombineerd en herzien in opeenvolgende rondes" (Dijk & Landsheer, z.d., p. 5). In dit onderzoek bestond het expertpanel uit een homogene groep. De geïnterviewde psychomotorisch therapeuten die werkzaam zijn bij GGZ Oost Brabant met kind en jeugd hebben deelgenomen aan het expertpanel. Daarnaast zijn psychomotorisch therapeuten benaderd die buiten GGZ Oost Brabant werkzaam zijn met de doelgroep. Inclusiecriteria voor het expertpanel waren:

- Afgeronde HBO of universitaire opleiding PMT
- Werkzaam of werkzaam geweest met de doelgroep.
- Minimaal 1 jaar ervaring in het werken met de doelgroep.

Uiteindelijk heeft naast de geïnterviewden één psychomotorisch therapeut die buiten GGZ Oost Brabant werkt deelgenomen aan het expertpanel. Een overzicht van het expertpanel is te vinden in *Bijlage D*. De respons was gedurende elke ronde 100%. Door middel van drie rondes is geprobeerd tot een zo groot mogelijke consensus te komen van interventies en attitudes die geschikt zijn binnen de module.

De vragenlijst voor de eerste ronde is samengesteld op basis van de interventies en attitudes waarover verschillende meningen bleken te bestaan vanuit de interviews. Voor het meten van een mening is het aanbieden van een stelling met antwoordschalen een geschikte vragenlijstvorm (Baarda et al., 2012). Voor elke vraag is gekozen voor vier antwoordcategorieën om de respondenten te dwingen een keuze te maken of een interventie geschikt is of niet. De vragenlijst is als proef voorgelegd aan medestudenten en de onderzoeksbegeleider. Om in de volgende rondes tot steeds grotere consensus te komen is de vragenlijst steeds verder toegespitst. De vragenlijsten voor de verschillende rondes zijn opgenomen in de *Bijlagen E, F en G*. Interventies waarover geen consensus bestond zijn wel opgenomen in de bijlage van de module aangezien deze tijdens de interviews zijn aangemerkt als geschikt voor deze doelgroep en op identiteitsversterking.

4. Resultaten

4.1 Deelvraag 1: Wat wordt verstaan onder identiteitsversterking?

Identiteit

Het begrip identiteit wordt gelinkt aan verschillende psychodynamische, sociaal-cognitieve en filosofische theorieën (Jung et al., 2013). Een van de belangrijkste en bekendste psychoanalytische theorieën is de theorie van Erikson over de psychosociale ontwikkeling. Met zijn theorie probeert Erikson een verklaring te bieden voor de manieren waarop individuen zichzelf en de betekenis van het eigen gedrag en dat van anderen leren begrijpen (Feldman, 2012). Volgens Erikson ontwikkelt een individu zich door het doorlopen van verschillende stadia, waarin telkens een crisis tussen de eigen belangen en de verwachtingen van anderen opgelost moet worden. De resultaten van een bepaald stadium zijn van invloed op het functioneren in volgende stadia. Het ontwikkelen van een stabiele identiteit is de belangrijkste ontwikkelingstaak tijdens de adolescentie, de levensfase waarin jongeren die deelnemen aan de module zich bevinden. Dit wordt onder andere veroorzaakt door het volwassen worden van de intellectuele vermogens en de fysieke veranderingen waardoor jongeren zich sterker bewust zijn van hun eigen lichaam en van het feit dat mensen op een manier op hen reageren die ze niet gewend zijn (Feldman, 2012).

Erikson definieert identiteit als een heterogeen concept dat zorgt voor een gevoel van continuïteit en een frame om onderscheid te maken tussen het zelf en anderen, waardoor een persoon autonoom kan functioneren (eigen vertaling van Jung et al., 2013). De eigen identiteit is het antwoord op de vraag ‘Wie ben ik?’ (Goossens, 2009), het geeft een persoonlijke levensstijl waarin het individu zichzelf aanvaardt met al zijn mogelijkheden en beperkingen. In de identiteit worden samenhangende doelen, waarden, ideeën en de persoonlijke geschiedenis samengebracht (Meulen & Krabbendam, 2013). Delfos (2012) benadrukt daarnaast het belang van belangrijke anderen in het ervaren van een eigen identiteit: identiteit geeft de relatie tussen het individu en die belangrijke anderen weer en de kenmerken die een persoon in de ogen van anderen uniek maakt.

De belangrijkste elementen uit al deze definities komen samen in de definitie van identiteit zoals die in sectie III van de DSM 5 wordt gehanteerd. Identiteit wordt hierin gedefinieerd als: “Experience of oneself as unique, with clear boundaries between self and others; stability of self-esteem and accuracy of self-appraisal; capacity for, and ability to regulate, a range of emotional experience” (APA, 2013a). Net als in de definitie van Erikson wordt hierin belang gehecht aan het ervaren van jezelf als uniek, anders dan anderen. Delfos (2011) spreekt in dit kader van de ik-anderdifferentiatie, waarbij het zelf onderscheiden raakt van de ander en het andere. De ik-anderdifferentiatie vormt een bouwsteen voor het socioschema, de plaatsing van het ik in de wereld (Delfos, 2012).

Onder self-esteem (zelfwaardering) wordt de evaluatie van het eigen ik met alle positieve en negatieve kenmerken en competenties die we daarmee associëren verstaan (Feldman, 2012). Aan de ene kant beschrijft de definitie van de APA dat een individu zichzelf als uniek ervaart, met een uitgekristalliseerde ik-anderdifferentiatie en een uniek zelfbeeld: “een totaal aan indrukken, ideeën, waarnemingen over het eigen ik dat in de loop van de ontwikkeling geleidelijk vorm krijgt” (Beemen, 2010, p. 171). Aan de andere kant moet de inhoud en de waardering van dit zelfbeeld stabiel zijn. Er wordt verder gesproken van ‘accuracy of self-appraisal’. De appraisal, beoordeling of evaluatie, van het zelf is accuraat. Dat wil zeggen dat deze reëel is, niet negatief maar ook niet overdreven positief, kloppend bij het beeld dat anderen van je hebben.

Tot slot neemt de APA ook het kunnen ervaren en reguleren van emoties op in de definitie van identiteit. Ook op emotioneel gebied maakt een kind een grote ontwikkeling door. Emoties spelen

een rol in de identiteitsontwikkeling omdat ze zorgen voor de verbinding tussen verschillende ervaringen en daarmee bijdragen aan het zelfgevoel van een individu (Stegge, 2013).

In de hulpvragen waarmee jongeren worden aangemeld voor de module worden problemen op deze verschillende gebieden gezien. In *deelvraag 3* wordt hier verder op in gegaan. De definitie van de APA (2013a) wordt als het meest compleet en passend geacht en zal binnen dit onderzoek en de module gehanteerd worden. In het Nederlands vertaald luidt deze definitie als volgt: “het ervaren van zichzelf als uniek, met duidelijke grenzen tussen het zelf en anderen; stabiele zelfwaardering en accurate evaluatie van het zelf; de capaciteit om verschillende emoties te ervaren en het vermogen emoties te reguleren” (eigen vertaling van APA, 2013a).

Identiteitsontwikkeling

Naast een heldere definitie van identiteit is het van belang een duidelijk beeld te hebben van de normale identiteitsontwikkeling zodat ook duidelijk wordt wanneer een jongere hierin vastloopt of wanneer psychopathologie de identiteitsontwikkeling beïnvloedt. Zoals beschreven vormt de adolescentie binnen de theorie van Erikson het stadium waarin het ontwikkelen van een stabiele identiteit centraal staat. De start van de adolescentie wordt ook wel aangeduid met de puberteit. Het kernconflict dat de jongere tijdens de adolescentie moet oplossen noemt Erikson identiteit tegenover rolverwarring. Hij beschrijft dat jongeren in deze fase in een zogenaamd moratorium zitten, een stadium tussen kindsheid en volwassenheid in, waarin de jongere zich in verschillende relaties en situaties kan begeven om op zoek te gaan naar zijn eigen rol. Belangrijk is dat jongeren kunnen exploreren alvorens bindingen aan te gaan (Goossens, 2009). Het is normaal dat jongeren tijdens de adolescentie periodes van crisis ervaren en dit hoeft geen teken te zijn van het ontwikkelen van een diffuse identiteit (Delfos, 2012). Bij het bereiken van de vroege volwassenheid heeft echter nog niet iedereen een volwassen identiteit bereikt (Meulen & Krabbendam, 2013). Zo verlaten jongeren later het ouderlijk huis, wordt er steeds langer gestudeerd, trouwen jongeren later en krijgen ze later kinderen dan voorheen (Junger, Mesman & Meeus, 2003).

Ontwikkeling van de ik-anderdifferentiatie

Zoals beschreven kan de ik-anderdifferentiatie worden gezien als een onderdeel van de identiteit. Delfos (2011) beschrijft dat de ik-anderdifferentiatie gevormd wordt vanuit het biologisch-psychologisch neurale zelf en in het verlengde daarvan ook het zelfbeeld. De ontwikkeling van de ik-anderdifferentiatie begint al op jonge leeftijd, met het ontstaan van het zelfbesef: “het bewustzijn van het zelf als eenheid en het besef dat die eenheid ook los gezien moet worden van de omgeving” (Beemen, 2010, p. 171). Op basis hiervan ontwikkelt een kind het besef van het niet-ik. In het niet-ik gaat het kind onderscheid maken tussen voorwerp en mens, tussen vertrouwd en vreemd. Op basis van de ik-anderdifferentiatie ontwikkelt een kind het vermogen om zich in te leven in een ander en het vermogen tot zelfreflectie (Delfos, 2011). Dit laatste neemt tijdens de adolescentie toe. Op basis van het herkennen van de eigen emoties en die van anderen kan emotioneel contact en sociaal vaardig gedrag worden ontwikkeld (Delfos, 2011).

Ontwikkeling van het zelf tijdens de adolescentie: zelfbeeld en zelfwaardering

Waar tijdens de schoolleeftijd het zelfbeeld nog een sterk fysiek karakter heeft, krijgt het tijdens de adolescentie een meer psychologisch karakter. Dit heeft te maken met de groeiende cognitieve vaardigheden (Feldman, 2013). Het zelfbeeld wordt meer gedifferentieerd, abstracter en realistischer, onder andere doordat adolescenten in staat zijn zichzelf te vergelijken met anderen. Door de groeiende cognitieve vaardigheden kan een jongere daarnaast onderscheid maken tussen de eigen perceptie en het beeld dat anderen van hem hebben.

Zelfbeeld en zelfwaardering worden tijdens de adolescentie meer gedifferentieerd. De ontwikkeling van de zelfwaardering verloopt bij iedereen op een andere manier. Tijdens de adolescentie wordt vaak een daling in de zelfwaardering gezien. Dit kan komen doordat de jongere zijn zelfbeeld in toenemende mate baseert op een sociale vergelijking (Meulen & Krabbendam, 2013). Een chronisch negatief gevoel van eigenwaarde leidt tot een cyclus van mislukking (Feldman, 2012). Een stijgende zelfwaardering zorgt juist voor succes en een toename van zelfvertrouwen (Beemen, 2010).

Emotionele ontwikkeling tijdens de adolescentie

Het laatste onderdeel van identiteit vormt het kunnen ervaren en reguleren van emoties. Bij het doorlopen van de emotionele ontwikkeling verschijnen er geen nieuwe emoties, maar vinden er veranderingen plaats in de situaties die emoties uitlokken en de uiting ervan. Kinderen leren ten eerste dat emoties afhankelijk zijn van wensen en overtuigingen en dat één persoon verschillende emoties kan ervaren. Vervolgens kunnen kinderen onderkennen dat bepaalde situaties gemengde gevoelens kunnen oproepen en dat positieve en negatieve emoties op hetzelfde moment ervaren kunnen worden en elkaar kunnen beïnvloeden. Vooral tijdens de adolescentie vindt het besef plaats dat de ene emotie de andere kan oproepen. Doordat jongeren het perspectief van de ander in kunnen nemen gaan ze de emoties van anderen beter begrijpen. In het emotioneel bewustzijn vindt een toenemende differentiatie en integratie plaats met de leeftijd: van het beschrijven van gevoelens in de vorm van lichamelijke sensaties naar een mengeling van specifieke gevoelstermen, zowel van de eigen gevoelens als die van de ander (Stegge, 2013).

Er vindt tevens een ontwikkeling plaats in de regulatie van emoties. Door steeds ingewikkeldere cognitieve processen wordt tijdens de adolescentie het copingrepertoire steeds meer verfijnd. Adolescenten nemen meer verantwoordelijkheid voor het oplossen van emotionele problemen, ze kunnen emoties adequater reguleren en zijn meer toekomstgericht. Tijdens de adolescentie worden kenmerkende regulatiestijlen ontwikkeld en worden emoties steviger verankerd in de persoonlijkheid. De wijze waarop de emotie wordt gereguleerd bepaalt of een reactie adequaat is (Stegge, 2013), passend bij de context. Ze beschrijft dat er tijdens de adolescentie sprake is van een stemmingsverslechtering: de frequentie en intensiteit van negatieve gevoelens is hoger.

Identiteitsversterking

Tijdens de adolescentie staat dus het ontwikkelen van een stabiele identiteit centraal en alle verschillende componenten die daar onder vallen. In de resultaten van *deelvraag 3* zal naar voren komen dat de jongeren die deelnemen aan de module vaker problemen ervaren met het ontwikkelen van een stabiele identiteit dan ‘gezonde’ leeftijdgenoten en hulpvragen hebben met betrekking tot de verschillende componenten die onder identiteit vallen. De module richt zich dan ook op het versterken van de in ontwikkeling zijnde identiteit. Vanuit de definitie van identiteit en de normale identiteitsontwikkeling kan nu beschreven worden wat wordt verstaan onder identiteitsversterking, namelijk:

- De versterking van het gevoel van de jongere dat hij zichzelf als uniek ervaart met al zijn positieve en negatieve eigenschappen en met duidelijke grenzen tussen zichzelf en anderen (ik-anderdifferentiatie en zelfbeeld).
- De versterking van een stabiele, reële en overwegend positieve zelfwaardering.
- De versterking van de bewustwording, het uiten en het adequaat reguleren van emoties, ook in contact met anderen.

4.2 Deelvraag 2: Waardoor wordt de doelgroep van jongeren van 12 tot 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek gekenmerkt?

Internaliserende en externaliserende problematiek

De globale indeling tussen internaliserende en externaliserende problematiek wordt veelal als onderscheid gebruikt om probleemgedrag te beschrijven (Junger et al., 2003). Comorbiditeit is in beide groepen een veelvoorkomend verschijnsel. Daarnaast kan eenzelfde oorzaak tot zowel internaliserend als externaliserend gedrag leiden, bijvoorbeeld bij autisme spectrum stoornissen. Vandaar dat in dit onderzoek gebruik zal worden gemaakt van deze indeling, al wordt ook aandacht besteed aan de verschillende stoornissen die gezien worden bij jongeren die deelnemen aan de module.

Internaliserende problematiek wordt gekenmerkt door stoornissen in stemming of gedrag die naar binnen gericht zijn, welke vooral nadelig zijn voor de persoon zelf (Junger et al., 2003). Ze zijn niet altijd goed zichtbaar voor de omgeving van de jongere waardoor ze onvoldoende herkend worden en niet altijd adequaat behandeld (Lindauer & Boer, 2013). Bij angst- en stemmingsstoornissen is sprake van internaliserende problematiek. Tijdens de adolescentie ervaren meisjes meer internaliserende problemen dan jongens (Lindauer & Boer, 2013).

Bij externaliserende problematiek ervaart de omgeving in eerste instantie de last. Deze problematiek wordt gekenmerkt door gedrag dat naar buiten gericht en zichtbaar is. Het gaat gepaard met conflicten met andere mensen of de samenleving als geheel (Junger et al., 2003). Stoornissen met een externaliserend karakter zijn ADHD, de opstandige gedragsstoornis en de antisociale gedragsstoornis.

Fasegebonden problemen tegenover stoornissen

Hoewel de adolescentie jarenlang als een periode van ‘Storm and Stress’ werd aangeduid, doorlopen de meeste jongeren deze fase zonder al te grote problemen (Delfos, 2012). Het is van belang een onderscheid te maken tussen fasegebonden problemen en het (verder) ontwikkelen van stoornissen waarbij de ontwikkeling verstoord dreigt te raken. Fasegebonden problemen gaan meestal over zonder directe consequenties voor de verdere ontwikkeling. Voorbeelden van fasegebonden problemen zijn bijvoorbeeld problemen bij het sluiten van vriendschappen en relaties, stemmingswisselingen en depressies en gedragsproblemen en criminaliteit (Delfos, 2012).

Tegenover fasegebonden problemen staan stoornissen, zowel met internaliserende als externaliserende kenmerken, die wel consequenties hebben voor de verdere ontwikkeling. Door alle veranderingen tijdens de adolescentie wordt het zichtbaar dat er iets aan de hand is wat de puberteit overstijgt (Delfos, 2012). Voorbeelden van dergelijke stoornissen zijn ADHD, autisme spectrum stoornissen, stemmingsstoornissen en gedragsstoornissen.

Classificatie

In een overzicht van de diagnoses die zijn gesteld bij jongeren die deelnamen aan de pubergroepen vanaf 2006 komt naar voren dat de meesten worden gediagnostiseerd met een stoornis in de impulsregulatie, een autisme spectrum stoornis, een depressieve stoornis, een angststoornis of een gedragsstoornis. In een groot aantal gevallen is sprake van co-morbiditeit tussen deze stoornissen of met relationele problemen, zwakbegaafdheid of leer-/leesstoornissen. In het vervolg zal kort in worden gegaan op de verschillende classificaties uitgaande van de DSM-IV-TR (APA, 2007) aangezien deze op dit moment nog wordt gehanteerd binnen GGZ Oost Brabant LvCNL. In de module zal ook besproken worden op welke manier de beschreven stoornissen in de DSM-5 (APA, 2013b) voorkomen, aangezien deze in de toekomst ingevoerd zal worden. De beschrijving is niet

uitputtend wat betreft kenmerken van de verschillende diagnoses; naast een aantal algemene kenmerken worden specifieke kenmerken tijdens de adolescentie beschreven. Daarnaast moet in acht worden genomen dat er bij veel jongeren sprake is van co-morbiditeit tussen de verschillende stoornissen (Junger et al., 2013).

Angststoornissen

Zoals eerder beschreven worden angststoornissen gekenmerkt door internaliserende problematiek. Angststoornissen zijn de meest voorkomende stoornissen bij kinderen en adolescenten (Lieshout, 2009). Er zijn aanwijzingen dat een significant deel hiervan een chronisch beloop laat zien en voortduurt tot in de volwassenheid (Muris, 2008). Bij angststoornissen is sprake van overmatige angst, situaties die angst opwekken worden meestal vermeden. Problemen van angstige jongeren liggen zowel in het denken, als in het voelen en doen. De meest voorkomende angststoornissen bij jongeren en adolescenten zijn de specifieke fobie, sociale fobie, separatieangststoornis en de gegeneraliseerde angststoornis (Muris, 2008). De sociale fobie komt onder de jongeren in de pubergroep het meest voor. Bij de sociale fobie is sprake van “duidelijke en aanhoudende angst voor situaties waarin men sociaal moet functioneren of iets moet presenteren en waarbij men blootgesteld wordt aan onbekende of een mogelijk kritische beoordeling door anderen” (APA, 2007, p. 262).

Stemmingsstoornissen

Ook bij stemmingsstoornissen is sprake van internaliserende problematiek. Tijdens de adolescentie komt vaak een verslechtering van de stemming voor (Stegge, 2013), wat te maken heeft met de hormonale veranderingen en het af dalen van de jongeren in de eigen psyche (Delfos, 2012). Wanneer het verdriet en de somberheid structureel zijn en de jongere geen mogelijkheid ziet hier uit te komen ontstaat het risico van een depressie. De belangrijkste bronnen voor het ontwikkelen van een depressie zijn moeite in de omgang met leeftijdgenoten, verlies van betekenisvolle personen door overlijden en scheiding van de ouders (Delfos, 2012).

Het affectieve, motivationele en lichamelijk functioneren van de depressieve jongere is neerslachtig en geremd (Lieshout, 2009). Er wordt een onvermogen om plezier te hebben en een vermindering van interesse gezien. Naast een abnormaal sombere stemming, kan er bij stemmingsstoornissen ook sprake zijn van een abnormaal vrolijke stemming, beide gepaard met lichamelijke en cognitieve verschijnselen (Lindauer & Boer, 2013). Er wordt onderscheid gemaakt tussen unipolaire stoornissen, zoals de depressieve stoornis en de dysthyme stoornis, en bipolaire stoornissen waarbij tevens sprake is van een manische episode (APA, 2007). Bipolaire stoornissen komen nauwelijks voor onder jongeren (Lieshout, 2009) en zullen daarom niet beschreven worden.

Bij een dysthyme stoornis is de stemmingsverslechtering minder uitgesproken dan bij een depressie, maar deze duurt langer, ten minste één jaar (Lindauer & Boer, 2013). Adolescenten ontkennen depressieve symptomen vaak en proberen deze met overschreeuwend compensatiegedrag te verhullen. Jongeren met stemmingsstoornissen hebben vaak weinig vrienden, voelen zich waardeloos en prestaties op school gaan achteruit (Lieshout, 2009).

ADHD

De Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) behoort tot de externaliserende psychische stoornissen en wordt gekenmerkt door het ontbreken van zelfregulatie (Prins & Oord, 2008). De symptomen worden ingedeeld in twee categorieën, namelijk aandachtstekort en hyperactiviteit-impulsiviteit, waardoor verschillende subtypes ontstaan:

- Het gecombineerde type waarbij sprake is van problemen in beide categorieën.
- Het overwegend onoplettende type, ook wel ADD genoemd (Lieshout, 2009).
- Het overwegend hyperactief/impulsieve type.

ADHD is vaak al voor de puberteit aanwezig en duurt nog voort gedurende de adolescentie en vaak tot in de volwassenheid (Prins & Oord, 2008). De aard van de kernsymptomen verandert: de hyperactiviteit en impulsiviteit nemen af, terwijl de aandachtsproblemen stabiel blijven en vaak meer gaan opvallen door het grotere beroep dat op de jongeren wordt gedaan vanaf de middelbare school (Lieshout, 2009). De bijkomende problemen gaan tijdens de adolescentie vaak een grotere rol spelen en de draagkracht van de jongere en ouders neemt af (Delfos, 2012).

Gedragstoornissen

Net als ADHD worden gedragstoornissen gekenmerkt door externaliserende problematiek (Junger et al., 2003). Criminaliteit is geen ongewoon verschijnsel tijdens de adolescentie. Externaliserende stoornissen die nauw aan de adolescentie verbonden zijn, zijn de oppositioneel opstandige gedragstoornis (ODD) en de antisociale gedragstoornis (CD). Jongeren laten voor de omgeving storend, oppositioneel, opstandig of agressief gedrag zien dat niet verklaard kan worden door beperkte intellectuele vermogens (Orobio de Castro, 2008). Ze hebben moeite om hun emoties en impulsen te beheersen (Lieshout, 2009). Bij ODD is sprake van “negativistisch, vijandig, openlijk ongehoorzaam en opstandig gedrag” (Lieshout, 2009, p. 221). CD wordt gezien als een ernstigere stoornis, waarbij normen en waarden worden overtreden en basale rechten van anderen worden geschonden. Er is sprake van geweld, vernieling, diefstal en bedrog (Orobio de Castro, 2008). Waar bij ODD het probleemgedrag vaak in een specifieke context speelt, komt dit bij CD in verschillende situaties voor.

Autisme Spectrum Stoornissen

Autisme spectrum stoornissen (ASS) kunnen niet omschreven worden als typische externaliserende of internaliserende stoornissen maar kunnen leiden tot problemen met beide kenmerken. Bij ASS is sprake van ernstige problemen op het gebied van sociale interactie, communicatie en verbeelding (Lieshout, 2009), problemen met plannen en organiseren en met centrale coherentie (Delfos, 2011). Daarnaast vertonen mensen met autisme een herhalend en stereotiep patroon van gedragingen, activiteiten en interesses (APA, 2007). Vanuit het model van het socioschema beschrijft Delfos (2011) het gebrek aan ik-anderdifferentiatie bij individuen met ASS en op grond daarvan een gebrekkig empathisch vermogen.

Volgens de DSM-IV-TR (APA, 2007) bestaan er verschillende stoornissen binnen het autisme spectrum, waaronder de stoornis van Asperger en de pervasieve ontwikkelingsstoornis niet anders omschreven (PDD-NOS). Tijdens de adolescentiefase kunnen specifieke problemen optreden zoals depressie en angststoornissen. De sociale competentie is over het algemeen verbeterd maar door de toegenomen complexiteit van situaties is van deze progressie vaak weinig te merken (Delfos, 2012).

Lichaamsbeeld, houdingsbeeld en bewegingsbeeld

Tijdens de adolescentie verandert de verhouding met het eigen lichaam van de jongere en krijgt het bewegen een andere betekenis (Emck & Smit, 2005). In het lichaamsbeeld worden de veranderingen zichtbaar die zich voordoen tijdens de puberteit. Het eigen lichaamsbeeld kan verschillen met het lichaamsbeeld zoals dat door anderen wordt omschreven. Veel jongeren zijn zich sterk bewust van het eigen lichaam (Feldman, 2012) en in de houding is dan ook vaak een overbewustzijn van zichzelf zichtbaar (Emck & Smit, 2005).

Psychiatrische stoornissen gaan vaak gepaard met stoornissen in de psychomotoriek. Bij internaliserende stoornissen is vaak sprake van een verarming (tekort) van het bewegen, remming en overmatige controle. Jongeren met internaliserende problematiek houden spanning vaak lichamelijk vast; er is sprake van een hoge spierspanning (Emck & Smit, 2005). In bewegingsactiviteiten nemen deze jongeren minder vaak en met minder plezier deel. Daarnaast is bij kinderen met angststoornissen geconstateerd dat zij achter lopen in de motorische ontwikkeling en lager scoren op

grof motorische vaardigheid en lichamelijke fitheid. Tot slot hebben ze vaak een negatieve lichaamsbeleving en een negatief lichaamsbeeld (Emck, 2014).

Bij externaliserende problematiek wordt een verwildering (teveel) van het bewegen gezien. Jongeren bewegen ongericht en ervaren hierdoor vaak mislukking in bewegingsactiviteiten. Bij ADHD is het bewegingsgedrag ook opgenomen in de diagnostische criteria (APA, 2007). Men ziet vaak overmatige spierspanning, psychomotorische onrust en een verstoord lichaamsbewustzijn (Emck, 2014).

Jongeren met ASS bewegen vaak houterig of onhandig en de motorische vaardigheden zijn zwak. De non-verbale expressie is geremd; er zijn beperkingen in lichaamstaal. Het lichaamsbewustzijn en het lichaamsschema zijn bij kinderen met autisme vaak verstoord (Emck, 2014). Uit de diagnostische criteria bleek al dat er daarnaast sprake kan zijn van stereotype bewegingen (APA, 2007).

4.3 Deelvraag 3: Waarom is een module gericht op identiteitsversterking voor de gehele doelgroep van belang?

In *deelvraag 1* is beschreven wat wordt verstaan onder identiteitsversterking. Door het beantwoorden van *deelvraag 2* is duidelijk wat de kenmerken van de doelgroep zijn. Nu rijst de vraag waarom het voor deze gehele doelgroep van belang is om de behandeling te richten op identiteitsversterking. Om deze vraag te beantwoorden zal ten eerste ingegaan worden op problemen met de identiteitsontwikkeling om vervolgens ook stil te staan bij de verschillende aspecten van identiteitsversterking zoals onder *deelvraag 1* benoemd.

Psychische problemen en identiteitsontwikkeling

Het ontwikkelen van een eigen identiteit is voor adolescenten in het algemeen al een uitdaging. Voor jongeren met psychologische problemen is deze alleen maar groter (Wiley & Berman, 2013). Uit het onderzoek van deze auteurs blijkt dat psychologische problemen niet alleen de identiteit beïnvloeden maar dat deze relatie wederkerig is. Een hoog niveau van identity distress wordt geassocieerd met een stijging van internaliserend en externaliserend probleemgedrag (Wiley & Berman, 2013). Adolescenten met een hoog risico op het ontwikkelen van probleemgedrag komen meer moeilijkheden tegen in het ontwikkelen van een samenhangende en stabiele identiteit (Crocetti, et al., 2013): zowel jongens als meisjes met een verhoogd risico op externaliserende symptomen ervaren meer moeilijkheden in de identiteitsontwikkeling. Externaliserende problematiek en een onsamenhangende identiteit beïnvloeden elkaar wederzijds (Crocetti et al., 2013). Wiley en Berman (2013) benadrukken het belang van het vaststellen van problemen rondom de identiteit voor het plannen van de behandeling.

Wat betreft internaliserende problematiek is er een samenhang gevonden met instabiliteit van de identiteit (Jung et al, 2013). Een gebrek aan een samenhangend beeld van zichzelf blijkt bij jongeren te leiden tot een hoog niveau van depressieve symptomen en angst (Schwartz, Klimstra, Luyckx, Halle III, & Meeus, 2012), wat vervolgens ook zou kunnen leiden tot het heroverwegen van de identiteit. Wanneer een jongere juist wel bindingen aan gaat op verschillende terreinen kan dit een contra-indicatie zijn voor het ontwikkelen van internaliserende problemen (Schwartz, et al., 2012). Het is volgens de auteurs daarom van belang om adolescenten te helpen een geïntegreerde identiteit te ontwikkelen om zo internaliserende problemen te voorkomen of te doen afnemen.

Concluderend komt uit verschillende studies naar voren dat jongeren met psychische problemen, zowel internaliserend als externaliserend van aard, problemen ervaren met het ontwikkelen van de identiteit en dat dit een belangrijk aandachtspunt moet zijn in de behandeling.

Ik-anderdifferentiatie

Het eerste onderdeel van identiteitsversterking is de ik-anderdifferentiatie. Bij individuen met autisme is sprake van een beperkte ik-anderdifferentiatie (Delfos, 2011). Voor deze jongeren zullen daarom doelen voor de module geformuleerd kunnen worden gericht op het versterken van het gevoel dat de jongere zichzelf ervaart als uniek met duidelijke grenzen tussen zichzelf en de ander.

Zelfwaardering en internaliserende en externaliserende problematiek

Onder identiteitsversterking valt ook het versterken van een stabiele, reële en positieve zelfwaardering. Zelfwaardering wordt in de studie van Garaigordobil, Perez en Mozaz (2008) geassocieerd met verschillende vormen van psychopathologie. Een lage zelfwaardering bij adolescenten leidt tot een stijging in het antisociaal gedrag en externaliserende problemen (Donnellan, Trzesniewski, Robins, Moffit & Caspi, 2005), terwijl adolescenten met een hoge zelfwaardering weinig antisociaal gedrag laten zien (Garaigordobil et al., 2008). Jongeren met een

antisociale gedragsstoornis hebben vaak een kwetsbaar zelfbeeld waardoor zij snel reageren met geweld of agressie (Lieshout, 2009). Zowel bij ADHD als bij CD kan echter ook sprake zijn van een irreëel (positief) zelfbeeld waardoor jongeren zichzelf overschatten, wat zelfkritiek in de weg staat en waardoor ze hun gedrag in sociale situaties niet adequaat kunnen reguleren (Lieshout, 2009; Stegge, 2008). Donnellan et al. (2005) beschrijven dat een laag zelfbeeld en narcisme onafhankelijk bijdragen aan agressieve gedachten, gevoelens en agressief gedrag.

Een laag zelfbeeld wordt ook geassocieerd met internaliserende problematiek, zoals somatische symptomen, depressie en angst (Garaigordobil et al., 2008). Een negatieve zelfwaardering kan o.a. leiden tot depressieve symptomen (Creemers, Scholte, Engels, Prinstein & Wiers, 2012). Lieshout (2009) beschrijft dat bij jongeren met een depressie vaak een negatieve zelfwaardering wordt gezien, net als bij jongeren met een angststoornis waarin problemen zich voordoen in het denken (o.a. een negatief zelfbeeld), voelen (o.a. onzekerheid en weinig zelfvertrouwen) en doen (weinig initiatief).

Uit het bovenstaande blijkt dat het versterken van een stabiele, reële en positieve zelfwaardering voor alle jongeren die deelnemen aan de module van belang is. De verwachting is dat het probleemgedrag door het versterken van de zelfwaardering afneemt.

Emotieregulatie

Het laatste onderdeel van identiteitsversterking is het uiten en adequaat reguleren van emoties. Een reactie op een situatie is adequaat door de wijze waarop de emotie gereguleerd wordt. Emotionele problemen worden steeds vaker gezien als falende emotieregulatie (Stegge, 2013). Uit het gegeven dat wordt gesproken over internaliserende en externaliserende problematiek wordt al duidelijk dat in beide gevallen sprake is van een niet-adequate wijze van het reguleren van emoties. Bij jongeren met bijvoorbeeld ASS, ADHD of een gedragsstoornis wordt vaak moeite gezien met het herkennen en begrijpen van de eigen emoties en die van een ander. Bij CD wordt wel gesproken van een tekortschietende emotieregulatie en een verminderde zelfcontrole of zelfregulatie (Lieshout, 2009), die ook bij ADHD wordt gezien (Prins & Oord, 2008). Zowel bij ADHD als bij ADD bestaat een onvermogen om emoties te reguleren. Deze jongeren worden daarom ook wel structuurzwak genoemd en moeten leren eerst te denken voordat ze op een prikkel reageren (Lieshout, 2009). Bij jongeren met ASS kan sprake zijn van zowel internaliserend als externaliserend probleemgedrag. Door ontbrekende vaardigheden voelt een jongere met ASS zich snel angstig waarop hij zowel met terugtrekken als met ondoordacht en agressief handelen kan reageren (Lieshout, 2009).

Jongeren met een depressie hanteren vaak regulatiestijlen die de depressieve stemming verergeren zoals een afwachthouding, piekeren en catastroferen en juist minder positieve stijlen (Stegge, 2008). Bij angststoornissen is de angst vaak intenser dan normaal en deze blijft bestaan waardoor hij het dagelijks functioneren beïnvloedt. Gevreesde situaties worden vaak vermeden waardoor de angst juist toeneemt (Lindauer & Boer, 2013). Voor alle jongeren die de module volgen is het dus van belang dat ze hun emoties op een meer adequate wijze leren reguleren om daarmee het probleemgedrag te verminderen.

Conclusie deelvraag 3

Uit bovenstaande blijkt dat zowel jongeren met internaliserende als jongeren met externaliserende problematiek problemen ondervinden in het ontwikkelen van de eigen identiteit. Er is bij deze doelgroep vaak sprake van problemen met de ik-anderdifferentiatie, een instabiele, lage zelfwaardering en problemen in de regulatie van emoties. Daarom is het voor de gehele doelgroep van belang om de behandeling te richten op identiteitsversterking. Een groot deel van de in deze deelvraag aangehaalde auteurs onderschrijven de conclusie dat het van belang is om de behandeling te richten op de verschillende onderdelen van identiteitsversterking.

4.4 Deelvraag 4: Welk referentiekader is het meest geschikt voor een behandeling gericht op identiteitsversterking bij deze doelgroep?

Een belangrijke basis voor de gehanteerde werkwijze in de module is het referentiekader. In de interviews is besproken welk referentiekader de psychomotorisch therapeuten hanteren en het meest geschikt vinden voor het werken met deze doelgroep gericht op identiteitsversterking. Drie van de zeven geïnterviewden geven aan eclectisch te werken, waarbij een combinatie van therapeutische methoden en technieken vanuit verschillende therapeutische stromingen wordt gehanteerd en verantwoord (Hekking & Fellingier, 2011). Uit de gesprekken met de andere vier geïnterviewden blijkt, hoewel zij dit niet expliciet benoemen, dat zij ook eclectisch werken, door hun keuze voor het hanteren van elementen uit verschillende referentiekaders.

Ervaringsleren en bewegings- en lichaamsgerichte methodieken

Psychomotorische therapie wordt in het beroepsprofiel omschreven als een experiëntiële, bewegings- en lichaamsgerichte vorm van psychotherapie die, zoals ook blijkt uit de interviews, gebruik maakt van constructen uit psychotherapeutische referentiekaders (NVPMT, 2010). Door alle geïnterviewden wordt benoemd of bevestigd dat ervaringsleren een belangrijk uitgangspunt is in de behandeling van jongeren. Kern van experiëntiële therapie is de ervaring (NVPMT, 2010). Verondersteld wordt dat het meest wordt geleerd van direct ervaren (Ploeg, 2011). Ervaren alleen is echter niet voldoende om er voor te zorgen dat leren plaats vindt. Reflectie, generalisatie (abstractie) en experimenteren (toepassen), volgen volgens de leercyclus van David Kolb op de ervaring (Ploeg, 2011). De ervaring is de basis van waaruit gevoelens, gedachten en gedragingen beïnvloed kunnen worden (NVPMT, 2010), waarin de jongere nieuw gedrag, een andere beleving en adequatere cognities kan realiseren (Hekking & Blink, 2005). Het ervaringsleren wordt door verschillende geïnterviewden geschikt geacht voor deze doelgroep omdat werken vanuit de ervaring past bij het nog ontwikkelende puberbrein, omdat beter dan met praten alleen zichtbaar wordt wat er gebeurt en omdat jongeren door het doen naar zichzelf kunnen kijken.

De verschillende geïnterviewden benadrukken dat bewegings- en lichaamsgeoriënteerde werkvormen zorgen voor de ervaring van waaruit leren plaats kan vinden. Daarbij gaat het niet alleen om de activiteit op zich (de formele ervaring) maar ook om de informele ervaring, de betekenis van het bewegingsgedrag of de beleving van het eigen lichaam (NVPMT, 2010; Ploeg, 2011). Een belangrijk uitgangspunt binnen de psychomotorische therapie is dan ook het relationele bewegingsconcept dat ervan uit gaat dat het bewegen van mensen onlosmakelijk verbonden is met hun omgeving (NVPMT, 2010). In de verschillende werkvormen wordt een kader geboden waarin het bewustzijn wordt vergroot, de cliënt zichzelf kan leren begrijpen en gedragsverandering kan plaatsvinden (Weerman, 2013). Door een combinatie van bewegings- en lichaamsgeoriënteerde werkvormen aan te bieden kan de integratie tussen denken, voelen en handelen bevorderd worden. Deze werkvormen zijn volgens de geïnterviewden geschikt voor het werken met deze doelgroep omdat de werkvormen goed aangepast kunnen worden aan de jongeren, ze hun ei kwijt kunnen in het bewegen en omdat sterke kanten zichtbaar worden in het spel wat bijdraagt aan de identiteitsversterking. Uit onderzoek van Knapen et al. (2005) blijkt daarnaast dat het volgen van een PMT-programma, met dus ervaringsgerichte en bewegings- en lichaamsgerichte kenmerken, zowel het fysieke zelfbeeld als de zelfwaardering versterkt.

Het ervaringsleren en bewegings- en lichaamsgeoriënteerde methodieken vormen een belangrijke basis van de psychomotorische therapie, ook bij deze doelgroep gericht op identiteitsversterking. Deze benaderingen vormen daarom de basis van de module, maar worden aangevuld met elementen uit de cognitieve gedragstherapie, de oplossingsgerichte, de cliëntgerichte en de systemische

benaderingen. Deze worden door verschillende geïnterviewden geschikt geacht in het werken met deze doelgroep.

Cognitieve gedragstherapie

De cognitieve gedragstherapie (CGT) is een kader dat door alle geïnterviewden wordt benoemd als geschikt. De CGT gaat er van uit dat psychische klachten verband houden met disfunctionele gedachten (schema's). De wisselwerking tussen gedachten, gevoelens en gedrag wordt cruciaal geacht. Emotionele stoornissen zijn het gevolg van disfunctionele schema's en worden hierdoor in stand gehouden. Vanuit de CGT wordt geprobeerd disfunctionele gedachten te veranderen, situaties reëler en functioneler te beoordelen waardoor gevoelens en gedrag in positieve of minder belastende richting veranderen. Hierbij wordt bijvoorbeeld het G-schema ingezet bestaande uit Gebeurtenis, Gedachten, Gevoel en Gedrag (Weerman, 2013). Dit schema wordt door verschillende geïnterviewden gebruikt om de jongeren bewust te maken van de verschillende onderdelen en hun samenhang.

CGT wordt effectief ingezet bij jongeren met een grote verscheidenheid aan klachten, waaronder agressiviteit en woede-uitbarstingen, angsten, depressieve stoornissen en gedragsstoornissen (Elling, 2008, 2013; Trimbos Instituut, 2013). Bij ADHD en ASS wordt CGT vaak ingezet, wanneer er sprake is van comorbide angst en depressie (Foolen, 2013), problemen in de aandacht op de voorgrond staan (Lieshout, 2009) of om de zelfregulatie te verbeteren (Prins & Oord, 2008). Dit lijkt vervolgens een positief effect te hebben op het zelfbeeld (Foolen, 2013). Bij ASS kunnen cognitief gedragstherapeutische principes worden gebruikt in het aanleren van vaardigheden of in de vorm van psycho-educatie om daarmee het functioneren van de jongere in zijn omgeving te verbeteren. Te grote problemen met de informatieverwerking, zoals bij ASS het geval kan zijn, en een te lage intelligentie vormen een contra-indicatie voor het inzetten van CGT (Elling, 2008).

CGT is een referentiekader dat niet alleen effectief is voor vrijwel de gehele doelgroep van dit onderzoek maar ook past bij de doelstelling identiteitsversterking. Een van de geïnterviewden benadrukt dat de bewustwording van de verbinding tussen de onderdelen van het G-schema bijdraagt aan het ervaren van de eigenheid. Taylor en Montgomery (2007) beschrijven in hun review dat er een relatie lijkt te bestaan tussen cognitie en zelfbeeld en dat CGT een effectieve behandeling kan zijn voor het versterken van het zelfbeeld bij adolescenten met een depressie. Tot slot wordt vanuit de CGT benadrukt dat door het aanpassen van gedachten en anders waarderen van een situatie, ook het gevoel verandert, wat kan leiden tot een meer adequate reactie. CGT is daarom ook geschikt voor het versterken van de emotieregulatie.

Uit bovenstaande blijkt dat CGT een geschikt aanvullend referentiekader is voor de behandeling van de gehele doelgroep gericht op identiteitsversterking. In de verschillende werkvormen in de PMT kunnen disfunctionele gedachten en disfunctioneel gedrag worden geactiveerd, om deze vervolgens te onderzoeken en te oefenen met functionele gedachten en adequaat gedrag (Roemen-Haaren, 2010). Elementen uit de CGT worden daarom opgenomen in de module.

Oplossingsgerichte benadering

De geïnterviewden geven allemaal aan elementen uit de oplossingsgerichte benadering in te zetten in het werken met deze doelgroep. Er wordt benadrukt dat het goed aansluit bij de doelgroep omdat jongeren vanuit zichzelf gericht zijn op oplossingen en op de toekomst. De oplossingsgerichte benadering gaat ervan uit dat de cliënt de expert is, de cliënt kiest de richting van verandering (Weerman, 2013). Er wordt stilgestaan bij oplossingen waarbij benadrukt wordt wat al goed gaat. Uitgangspunt vormen de hulpbronnen en eigen kwaliteiten van de cliënt. Belangrijke interventies vanuit de oplossingsgerichte benadering zijn bijvoorbeeld complimenteren, concretiseren en open

vragen stellen. Specifieke technieken die de oplossingsgerichte therapeut inzet zijn de wondervraag, het zoeken naar uitzonderingen en schaalvragen (Weerman, 2013). Het uitgaan van het positieve en de kwaliteiten van de jongere, het zoeken naar uitzonderingen en het stellen van de wondervraag zijn interventies die ook in de interviews worden genoemd.

Er is weinig onderzoek verricht naar de effectiviteit van oplossingsgerichte therapie bij jeugdigen (Bartelink, 2013). De resultaten van enkele studies laten wel een overwegend positief effect zien bij jeugdigen en/of hun ouders. Onderzoek bij volwassenen laat zien dat oplossingsgerichte therapie effectiever is dan geen therapie, even effectief lijkt als andere vormen van psychotherapie en dat er vaak minder sessies nodig zijn. De oplossingsgerichte benadering past dan ook goed bij de huidige trend met vraaggerichte, kortdurende vormen van hulpverlening (Weerman, 2013). Uitgaan van het positieve en complimenteren dragen bij aan het versterken van een positieve zelfwaardering (Lieshout, 2009). Elementen uit de oplossingsgerichte benadering worden daarom ingezet in de module.

Cliëntgerichte benadering

Bij navraag tijdens de interviews kwam naar voren dat verschillende geïnterviewden elementen uit de cliëntgerichte benadering inzetten. Belangrijke uitgangspunten binnen deze benadering zijn dat de mens wordt opgevat als één geheel, het zelf, en dat aangesloten wordt bij de belevingswereld van de cliënt (Weerman, 2013). Onvoorwaardelijke acceptatie, echtheid en empathie vormen de basis van de cliëntgerichte therapeut omdat daarmee het zelf kan groeien. Zeker tijdens het ontwikkelen van de identiteit is een accepterende, vriendelijke en soms helpende houding van belang. Binnen de cliëntgerichte benadering wordt specifieke aandacht besteed aan het lichaamsbewustzijn en de expressie van emoties (NVPMT, 2010; Weerman, 2013). Interventies die worden ingezet zijn doorvragen, aanmoedigen, spiegelen en exploreren. Deze interventies worden tijdens de interviews genoemd als geschikt voor deze doelgroep. Elementen van de cliëntgerichte benadering zijn dan ook terug te vinden in de module op het gebied van interventies en attitude.

Systeemgericht werken

Het belang van het betrekken van het systeem bij de behandeling wordt door verschillende geïnterviewden benadrukt. Bijvoorbeeld voor het maken van de transfer van het geleerde wordt het systeem als belangrijkste voorwaarde genoemd. Hoewel jongeren in de leeftijd van twaalf tot zestien zich steeds meer richten op leeftijdgenoten is het gezin nog steeds het belangrijkste systeem waar ze onderdeel van zijn. De systeembenadering gaat ervan uit dat een probleem mede in stand wordt gehouden door het systeem en dat dit systeem wordt beïnvloed door het probleem (circulaire causaliteit). Men beïnvloedt elkaar over en weer en een verandering in de jongere zal samen moeten gaan met een verandering in het systeem om deze te laten beklijven. Individuele therapie moet gecombineerd worden met een systeembenadering (Weerman, 2013). Dit gebeurt bijvoorbeeld bij jongeren met ADHD, een depressie, of autisme (Foolen, 2013; Trimbos Instituut, 2013; Weerman, 2013). Aangezien de betrokkenheid van het gezin vanuit de literatuur en verschillende geïnterviewden van belang wordt geacht, is aan de module een ouderbijeenkomst toegevoegd om het systeem bij de behandeling te betrekken.

Concluderend kan worden gesteld dat een eclectische werkwijze het meest geschikt is binnen de module. Binnen de psychomotorische therapie staat het ervaringsleren en het gebruik van lichaams- en bewegingsgeoriënteerde methodieken centraal. Deze werkwijze wordt door de geïnterviewden passend geacht voor de doelgroep. De PMT behandeling wordt aangevuld met elementen uit de CGT, oplossingsgerichte, cliëntgerichte en systemische benadering. Zowel tijdens de interviews als in de literatuur worden deze referentiekaders geschikt geacht voor deze doelgroep gericht op identiteitsversterking.

4.5 Deelvraag 5 Welke interventies en attitudes zijn het meest geschikt voor het versterken van de identiteit bij deze doelgroep?

Voordat beschreven wordt welke interventies en attitudes geschikt zijn voor de behandeling van deze doelgroep gericht op identiteitsversterking, wordt stil gestaan bij de fasering van de behandeling. In de interviews benadrukken de therapeuten dat de keuze voor interventies en attitudes en ook voor werkvormen wordt beïnvloed door de fase van de behandeling. Het vaststellen van de thema's per fase is gebeurd op basis van de huidige praktijk, de interviews en de vragenlijst aan de deelnemers van de pubergroep.

4.5.1 Fasering

De module is opgebouwd in verschillende fasen waarin verschillende thema's aan bod komen. Er wordt gestart met eenvoudige en concrete oefensituaties welke vervolgens uitgebouwd worden naar meer complexe oefensituaties. Deze opbouw is van belang omdat de jongeren in de eerste fasen vaardigheden leren die in de volgende fasen toegepast worden en zo steeds beter beklijven. Daarnaast spelen de groepsontwikkeling en het opbouwen van een veilige behandelrelatie een rol. De behandelstrategie die gehanteerd wordt verschuift gedurende de verschillende fasen.

Fase 1 Kennismaking en samenwerking

Het doel van de eerste fase is het creëren van voldoende veiligheid in de groep waarin de jongeren zichzelf mag zijn en zich kan ontwikkelen (Kool, 2006). Deze veiligheid is noodzakelijk voor het leren in de volgende fasen (Hoeven, Appeven, Burger & Koene, 2013). Voor het leren in de therapiegroep is het van belang dat er voldoende interactie plaatsvindt tussen groepsleden en er voldoende aanvaardingcohesie is (Haas, 2010). De thema's kennismaken en samenwerken staan daarom centraal tijdens de eerste fase. Het is tijdens deze fase belangrijk om stil te staan bij de positieve eigenschappen van elke jongere aangezien dit bijdraagt aan de ontwikkeling van een eigen, positief zelfbeeld.

Fase 2 PMT-thema: Eigen kracht en stevig staan

In de volgende fase ligt het accent op de eigen kracht van de jongere, positieve eigenschappen en stevig staan. Hiermee wordt de behandeling gericht op het versterken van het gevoel van eigenheid, van de ik-anderdifferentiatie en van een positieve zelfwaardering (de eerste twee onderdelen van identiteitsversterking). Door een cliënt te leren letterlijk steviger in zijn schoenen te staan kan hij steviger over komen, maar ook ontdekken waar zijn kracht ligt en zich mentaal steviger voelen (Hoeven et al., 2013). Het G-schema wordt tijdens deze fase geïntroduceerd ten behoeve van de bewustwording van de verschillende Gedachten, Gevoelens (lichaamssignalen) en Gedragingen die bijdragen aan het ervaren van de eigen kracht. Het vergroten van de eigenwaarde heeft een positief effect op de emotieregulatie (Lieshout, 2009), hetgeen tijdens de volgende fasen centraal staat. De veiligheid kan tijdens deze fase verder groeien. De geïnterviewden geven aan dat ze tijdens de start van de behandeling gebruik maken van de oefengerichte en ervaringsgerichte strategieën. Interventies zijn binnen deze strategieën respectievelijk gericht op het stabiliseren en ontwikkelen van functies van het lichaam en gedragsvaardigheden, op het opdoen van nieuwe en alternatieve ervaringen en op de bewustwording van de verschillende aspecten van die ervaringen (NVPMT, 2010).

Fase 3 PMT-thema: Lichaamssignalen en emoties herkennen

In de derde fase staat het herkennen van lichaamssignalen centraal. Door lichaamssignalen te leren herkennen kunnen jongeren zich bewust worden van oplopende emotie en het bereiken van een grens. Op basis daarvan kan de jongere leren adequate acties te ondernemen (o.a. Hoeven et al., 2013; Mosselman, 2011). Het leren herkennen van lichaamssignalen die samengaan met bepaalde

emoties is een belangrijke stap in het ontwikkelen van adequate emotieregulatie vaardigheden (o.a. Appelo-Wichers, Appelo & Bos, 2008; Lieshout, 2009). In deze fase wordt opnieuw gebruik gemaakt van het G-schema. Door de toepassing hiervan kunnen jongeren zich bewust worden van het verband tussen een gebeurtenis, gedachten, gevoelens en gedrag. Wanneer een jongere zich bewust is van de eigen wensen en grenzen, kan het leren adequaat en assertief te handelen (Mosselman, 2011). Door het accent te leggen op de lichaamssignalen kan de jongere zich sterker bewust worden van het eigen lichaam, de grenzen daarvan en daarmee het onderscheid tussen het ik en het andere (Delfos, 2011), het eerste onderdeel van identiteitsversterking. De ervaringsgerichte strategie is de belangrijkste tijdens deze fase maar er kunnen ook conflictgerichte interventies worden gepleegd, waarin het verkrijgen van inzicht centraal staat (NVPMT, 2010).

Fase 4 PMT-thema: Grenzen

In de vierde fase staat het thema grenzen centraal. De jongeren experimenteren nu met de geleerde vaardigheden en passen deze toe in steeds complexere situaties. Er wordt een beroep gedaan op het uiten en hanteren (reguleren) van emoties. Het gaat er niet om dat emoties goed of slecht zijn, maar of de manier waarop ze geuit worden in een bepaalde context handig is of niet (Boerhout, Busschbach, Wiersma & Hoek, 2013). In plaats van met internaliserend of externaliserend gedrag te reageren, leren de jongeren een adequatere reactie te kiezen om de eigen grenzen te handhaven. Het reguleren van emoties vindt plaats in het contact met anderen, adequate emotieregulatie betekent dat de jongere ruimte voor zichzelf durft in te nemen en respect heeft voor (de grenzen van) de ander (Mosselman, 2011). In deze fase wordt opnieuw gebruik gemaakt van het G-schema. De gebruikte behandelstrategieën zijn nu zowel de ervaringsgerichte als de conflictgerichte strategie.

Fase 5 Afsluiting en afscheid

Tijdens de laatste bijeenkomst wordt aandacht besteed aan het afscheid. Er wordt geëvalueerd en de groepsleden nemen afscheid van elkaar (Haas, 2010). Het is belangrijk om bij dit afscheid stil te staan (Kool, 2006) aangezien de jongeren gedurende langere tijd intensief met elkaar hebben samengewerkt.

4.5.2 Interventies

Een interventie is een concrete, verbale, non-verbale of paraverbale handeling van de therapeut met als doel het therapieproces van de jongere positief te beïnvloeden (Hekking & Fellingier, 2011). In de module zijn de interventies kortweg gericht op het versterken van de ik-anderdifferentiatie en de zelfwaardering (subdoel 1 en 2) en de emotieregulatie (subdoel 3). Hierna worden achtereenvolgens voor de eerste twee subdoelen en voor het derde subdoel interventies besproken. Alleen de interventies die door de meerderheid of de helft van het expertpanel geschikt worden bevonden komen aan de orde (zie tabel 1 en 2).

A. Interventies gericht op de ik-anderdifferentiatie en de zelfwaardering

Percentage respondenten	75% of meer	51 tot 75%	50%
Interventies	Vragenstellen, navragen, doorvragen	Bekrachtigen	Accepteren
	Betekenis verlenen		Observatie teruggeven

Tabel 1: Resultaat Delphi-techniek interventies gericht op de ik-anderdifferentiatie en de zelfwaardering

Door het stellen van vragen, navragen en doorvragen bevraagt de therapeut de jongere naar aanleiding van werkvormen of besprekingen op zijn gedachten, gevoelens, handelen en willen, de verschillende aspecten van de ervaring. Vanuit het ervaringsleren gezien zorgt het stellen van vragen

ervoor dat de jongere stil wordt gezet om te komen tot bewustwording van de ervaring, reflectie en generalisatie (Ploeg, 2011). Bewustwording van de positieve kanten draagt bij aan de ervaring van eigenheid en aan het ontwikkelen van een positieve zelfwaardering (Lieshout, 2009). Uit de Delphi-techniek blijkt dat uitgangspunt zowel datgene wat goed gaat kan zijn als datgene wat niet goed gaat. Uit de Delphi-techniek verder komt naar voren dat het teruggeven van observaties, spiegelen en het bevragen van groepsleden ook bijdragen aan de bewustwording van de ervaring. Van belang in het stellen van vragen is een actief luisterende en open houding (Rigter, 2013).

Betekenis verlenen is het benoemen van het denken, voelen en handelen van de jongere in relatie tot de therapiecontext (Hekking & Blink, 2005). Zonder betekenis verlening vindt er geen ervaringsleren plaats. Bekrachten wordt ook een geschikte interventie bevonden. Door positieve aandacht te geven en gedrag te complimenteren neemt gewenst gedrag toe, een gedragstherapeutisch principe (Weerman, 2013), welke voor de gehele doelgroep een belangrijke interventie vormt (Rigter, 2013). Dit pleit ervoor deze interventie ook in te zetten in het kader van het versterken van adequate emotieregulatie. Bekracting draagt daarnaast bij aan het positiever maken van het zelfbeeld (Hekking & Blink, 2005; Lieshout, 2009). Uit de vragenlijst blijkt dat jongeren complimenteren een helpende interventie vinden.

Accepteren is het (non-)verbaal laten merken dat je de jongere en de situatie aanvaardt zoals die is. Uit de vragenlijst, afgenomen bij de pubergroep, blijkt dat de jongeren de mening van het expertpanel ondersteunen: zij ervaren het als helpend dat de therapeut hen accepteert. Ook acceptatie draagt bij aan het versterken van een positief zelfbeeld (Kool, 2006).

De laatste interventie die door de helft van het panel is aangekruist is het teruggeven van observaties, zintuiglijke feedback (Hekking & Blink, 2005). Ook deze interventie draagt bij aan de bewustwording van de eigenheid van de jongere met zijn kwaliteiten en van zijn houding (fase 2), van lichaamssignalen (fase 3) en van het eigen gedrag bijvoorbeeld in spanningsvolle situaties (fase 4). Het teruggeven van observaties wordt niet alleen aangekruist bij de eerste twee subdoelen, maar ook voor het versterken van de emotieregulatie. Een groot deel van de jongeren kruist bij deze interventie op de schaal van niet helpend, een beetje helpend tot helpend de optie (een beetje) helpend aan. Het is dus een belangrijke en geschikte interventie binnen de gehele module.

De hierboven beschreven interventies zijn van belang voor het versterken van de ik-anderdifferentiatie en de zelfwaardering. Ze hebben veelal een steunend karakter: ze bieden structuur aan de ervaring en werken bekrachtigend (Lange, 2005). Deze steunende interventies zijn gedurende de gehele behandeling belangrijk.

B. Interventies gericht op emotieregulatie

Percentage respondenten	75% of meer	51 tot 75%	50%
Interventies	Psycho-educatie	Benoemen	Observatie teruggeven
	G-schema of SRC-schema invullen of bespreken		
	Vragen stellen, navragen		

Tabel 2: Resultaat Delphi-techniek interventies gericht op emotieregulatie

Uit tabel 2 blijkt dat er consensus bestaat over drie interventies: het geven van psycho-educatie, het invullen of bespreken van het G-schema of SRC-schema (Situatie – Reactie – Consequentie) en het stellen van vragen. Het geven van psycho-educatie is een belangrijke interventie in de behandeling van jongeren met verschillende diagnoses (o.a. Lieshout, 2009; Rigter, 2013). De bewustwording en het begrip van de jongere worden vergroot. De uitleg bestaat ook uit het benoemen van de positieve kanten van emoties en dat deze persoonlijk, normaal en belangrijk zijn. Uit de vragenlijst blijkt dat de meeste jongeren het geven van uitleg door de therapeut als (een beetje) helpend ervaren.

Ook over het invullen of bespreken van het G-schema of het SRC-schema bestaat consensus. Aangezien in de huidige pubergroepen gewerkt wordt met het G-schema en hierin expliciet aandacht is voor de gevoelens van de jongere wordt dit schema als basis gebruikt. De interventie sluit aan bij de conclusie van *deelvraag 4* dat CGT een geschikt en effectief referentiekader is voor de behandeling van de gehele doelgroep. Jongeren worden door deze interventie bewust gemaakt van de verschillende onderdelen van het G-schema en hun onderlinge beïnvloeding en daarmee van de eigen emotieregulatie. De invloed van gedachten wordt duidelijk en de jongere formuleert alternatieve gedachten om zo tot nieuw gedrag te komen en daarmee tot adequate emotieregulatie (o.a. Lieshout, 2009; Roemen-Haaren, 2010; Spanjaard, 2013). Uit de eerste ronde van Delphi-techniek blijkt dat de meeste experts de jongeren meestal zelf een alternatieve reactie of gedachte laten formuleren. Het invullen van het G-schema draagt daarnaast ook bij aan het ervaren van eigenheid door de jongeren.

Onder benoemen wordt het verwoorden van emoties, gevoelens, gedachten en handelingen van de jongere verstaan. Een kleine meerderheid van het expertpanel vindt dit een van de meest geschikte interventies voor de module. Het benoemen van ervaringen ondersteunt de jongere deze te verwoorden, wat een onderdeel is van het uiten van emoties. Het verwoorden van de (lichamelijke) ervaring is een belangrijk onderdeel van de lichaamsgerichte therapie (Boerhout et al., 2013). Passend bij de fasen van de behandeling kunnen gericht op emotieregulatie ook meer confronterende interventies worden gehanteerd. De panelleden zijn het erover eens dat het uitdagen van een jongere, die zijn grens niet aangeeft, door als therapeut over zijn grens te gaan meestal geschikt is. Er is echter geen consensus bereikt over de vraag of dit ook geschikt is wanneer de jongere zijn grens wel aan geeft. De therapeut zal hierin tijdens de uitvoering van de module zelf een inschatting moeten maken.

4.5.3. Interventies gericht op de transfer

In de interviews is tot slot het maken van de transfer besproken. In het maken van de transfer gaat het erom de ervaringen vanuit de therapie over te dragen naar het dagelijks leven (Hekking & Fellingier, 2011). Dit is een zeer belangrijk onderdeel van de behandeling, bijvoorbeeld bij jongeren met ASS waarbij het proces van generaliseren niet vanzelf gaat (Rigter, 2013). Het geven van opdrachten die thuis worden uitgevoerd draagt bij aan het maken van de transfer. Daarnaast worden door de geïnterviewden situaties uit het dagelijks leven van de jongeren besproken, wordt er uitgelegd op welke manier de inhoud van de therapie of een specifieke werkvorm van pas kan komen in situaties buiten de therapie en worden deze oefeningen en besprekingen herhaald. Uit de vragenlijst die bij de jongeren is afgenomen blijkt dat de meeste jongeren uit deze groep het geleerde niet buiten de therapie toepassen. Daarnaast worden de verschillende thema's slechts door een klein deel van de jongeren als helpend ervaren. Het vermoeden is dat de verklaring hiervoor gezocht moet worden in een te beperkte of ontbrekende transfer en dat de rationale van de thema's en de werkvormen niet voldoende helder is geweest voor deze jongeren. Uit eerdere ervaringen van de therapeuten blijkt dat de thema's wel passend en zinvol zijn. Het resultaat van de vragenlijst benadrukt dan ook hoe belangrijk de interventies van de therapeut gericht op de transfer zijn.

Een belangrijke factor voor het maken van de transfer is, volgens verschillende geïnterviewden, het systeem van de jongere. Onderdeel van de module is een ouderbijeenkomst die als doel heeft de transfer te versterken doordat ouders de jongeren in het dagelijks leven kunnen ondersteunen in het toepassen van het geleerde.

Tijdens de interviews zijn tot slot interventies besproken die de therapeuten specifiek inzetten bij internaliserende of externaliserende problematiek en gericht op het groepsproces. Deze interventies zijn niet ter discussie gesteld in de Delphi-techniek om de lengte hiervan enigszins te beperken. Ze zijn daarom meteen verwerkt in de module.

4.5.4. Attitude

Na de derde ronde van de Delphi-techniek is er geen consensus bereikt over de attitude die het meest geschikt is binnen de module. De panelleden zijn het er wel over eens dat een attitude op basis van gelijkwaardigheid geschikter is dan de rol van ouderfiguur. Jongeren zijn er gevoelig voor als volwaardige gesprekspartner te worden behandeld (Rigter, 2013; Spanjaard, 2013) en vinden het belangrijk invloed te hebben op de richting van het therapeutisch proces (Brown, Holloway, Akakpo & Aalsma, 2013). De therapeut moet aansluiten bij de belevingswereld en wensen van de jongere maar ook de deskundige autoriteit blijven (Emck & Smit, 2005; Hekking & Blink, 2005; Spanjaard, 2013).

De helft van het expertpanel geeft aan dat een accepterende houding het meest geschikt is, de jongere en de situatie aanvaardend zoals die is. De jongere kan daardoor zijn eigen gedachten en gevoelens verkennen (Weerman, 2013). Hierdoor worden de gevoelens van de jongere erkent wat belangrijk is in de behandeling gericht op alle aspecten van identiteitsversterking (Boerhout et al., 2013; Lieshout, 2009; Rigter, 2013). De helft van het panel vindt daarnaast dat de therapeut betrokken moet zijn. Het wordt door alle jongeren als helpend ervaren wanneer de therapeut laat merken dat hij naar ze omkijkt. Tot slot vindt de helft van de panelleden een transparante houding geschikt. Door het kenbaar maken van de eigen gevoelens en emoties fungeert de therapeut als voorbeeld waarvan de jongeren leren.

Door de experts en in de literatuur worden nog meer aspecten benadrukt in het werken met deze doelgroep, waaronder empathie. Een empathische houding is een van de uitgangspunten van de cliëntgerichte benadering (Weerman, 2013). De therapeut leeft zich in in de belevingswereld van de jongere. Adolescenten blijken dit als een van de belangrijkste houdingsaspecten te ervaren die zorgen voor een goede therapeutische relatie (Brown et al., 2013).

4.6 Deelvraag 6: Aan welke voorwaarden moeten werkvormen voldoen die ingezet worden in de module?

De therapeut beschikt over een repertoire aan werkvormen, zowel bewegings- als lichaamsgeoriënteerd die zorgen voor ervaringen van waaruit de jongere kan leren. Aangezien de ervaring een zeer belangrijke plaats inneemt in het therapeutisch proces, is de keuze voor de werkvorm een belangrijke keuze. De werkvormen vormen de context waarin het gedrag van de jongeren zich afspeelt (Hekking & Fellingner, 2011). De context heeft materiële, immateriële en temporele aspecten waarin de therapeut een keuze dient te maken (Hekking & Blink, 2005).

Het is in dit onderzoek niet de bedoeling een uitgebreid draaiboek van werkvormen te schrijven waaraan de therapeut zich moet houden. Psychomotorisch therapeuten beschikken over een heel arsenaal aan werkvormen waaruit ze een keuze kunnen maken. Het is echter wel van belang een kader van voorwaarden te scheppen waaraan werkvormen moeten voldoen die in de module kunnen worden ingezet. Tijdens de interviews werden verschillende voorwaarden genoemd waaruit blijkt dat niet elke werkvorm op elk moment geschikt wordt geacht.

Voorwaarden voor werkvormen

1. Passend bij de doelen of thema's

Een voorwaarde die door vrijwel alle geïnterviewden is genoemd is, dat werkvormen moeten passen bij de doelen of thema's die binnen de module gehanteerd worden. De werkvorm krijgt daarmee een concrete of symbolische parallel voor de jongere met zijn probleemervaringen en de betekenis daarvan (Hekking & Fellingner, 2011). De verschillende thema's die gehanteerd worden tijdens de module zijn onder *deelvraag 5* al genoemd. Daar is uitgelegd op welke manier de thema's bijdragen aan identiteitsversterking. In de beschrijving van de module staat het verband tussen de thema's en de werkvormen beschreven. Hierbij worden voorbeelden van activiteiten naar aanleiding van de interviews en de vragenlijst aan de jongeren.

2. Passend bij de fase van de behandeling

Een tweede voorwaarde die door vrijwel alle geïnterviewden wordt genoemd is, dat de werkvormen moeten passen bij de fase van de behandeling. Waar tijdens de start van de module in werkvormen veel mogelijkheden moeten zijn voor ondersteuning en het opbouwen van veiligheid, dienen aan het eind van de behandeling werkvormen gekozen te worden waarin meer ruimte is voor confrontatie. In samenhang met de groepsontwikkeling doen werkvormen in de beginfase een appel op naast en samen bewegen en wordt in het vervolg ook tegen elkaar gespeeld. Door te starten met samenwerkingsvormen kan een goed leer- en groepsklimaat gecreëerd worden (NJI, 2012).

De therapeut heeft tal van mogelijkheden om binnen de werkvormen veranderingen aan te brengen om deze aan te passen aan de situatie en de fase van de behandeling. Dit wordt ook wel contextmanipulatie genoemd en kan materieel, sociaal, direct en indirect zijn (Klis, 2005). Zo laat de therapeut de onbekendheid en complexiteit van werkvormen toenemen en de mate van structuur afnemen in de loop van de behandeling. Andere ingangen om de werkvormen aan te passen zijn de (spel)regels, de keuze voor materiaal, de afbakening in ruimte en in tijd en de rolverdeling van de jongeren en de therapeut(en) (Lange, 2005).

3. Passend bij de werksituatie

Naast het feit dat de werkvorm passend moet zijn bij de fase van de behandeling, moet de werkvorm ook passen bij de werksituatie op het specifieke moment. Als een groep jongeren als stuiterballen door de ruimte beweegt, vormt het een wel erg grote uitdaging als zij een half uur lang een

meditatieoefening moeten doen. De therapeut maakt altijd de overweging of de geplande werkvorm uitgevoerd kan worden.

4. Een betekenisvolle situatie

Een vierde voorwaarde die naar voren komt uit de interviews is dat er ruimte moet zijn voor de jongeren om te experimenteren: te oefenen, te leren en nieuw gedrag of nieuwe vaardigheden uit te proberen met betrekking tot zijn doelen. Op basis van observaties en kennis uit de dossiers weet de therapeut welke werkvormen mogelijk betekenisvolle situaties opleveren voor de jongere (Hekking & Blink, 2005).

5. Veilig

De vijfde voorwaarde die uit de interviews naar voren komt, is de veiligheid van de werkvorm. De werkvorm moet veilig zijn, zowel de fysieke als de sociale en mentale veiligheid van de jongere is van belang.

6. Uitnodigend en aansprekend

Werkvormen moeten als zesde uitnodigend, uitdagend en aansprekend zijn voor de jongeren, passend bij de leeftijd en belevingswereld. Het is belangrijk nieuwsgierigheid te wekken met de werkvorm zodat jongeren zowel letterlijk als figuurlijk in beweging komen. Door een bepaalde mate van spanning raken jongeren geïnteresseerd (Hekking & Blink, 2005). In dit kader wordt het Window of Tolerance genoemd: werkvormen moeten een bepaalde mate van arousal oproepen. Is deze te laag dan komen jongeren niet in beweging; bij een te hoge arousal wordt het handelen van de jongeren te sterk verstoord (Stöfssel & Mooren, 2010). Dit betekent niet dat de jongeren de werkvormen altijd leuk moeten vinden, benadrukken verschillende geïnterviewden.

7. Succes

Het wordt tot slot belangrijk geacht dat de jongeren (uiteindelijk) succes ervaren tijdens de werkvorm. Succeservaringen zijn belangrijk voor het versterken van een positieve zelfwaardering (Lieshout, 2009). In de interviews wordt benadrukt dat de werkvorm niet meteen hoeft te lukken, dat het proces heel belangrijk is, maar dat de jongere uiteindelijk een succeservaring op moet doen.

Naast deze voorwaarden zijn tijdens de interviews aspecten besproken die wezenlijk zijn in het maken van een keuze voor een bepaalde werkvorm maar die geen expliciete voorwaarde zijn. Zo geven verschillende geïnterviewden aan veelal thematisch te werken met deze doelgroep. De thema's vormen een gemeenschappelijke deler tussen de jongeren. Symbolische vormen, waaronder de oefeningen vanuit de Rots en Water training (Ykema, 2002), worden ook passend geacht, afhankelijk van de intelligentie van de jongeren. Een van de geïnterviewden geeft aan dat symbolisch werken voor sommige jongeren veiligheid kan bieden, omdat zij zich via materiaal kunnen uiten. Tot slot kunnen ook sport- en spelactiviteiten worden ingezet wanneer deze voldoen aan de beschreven voorwaarden.

Een laatste aspect waarover met de verschillende geïnterviewden is gesproken is de mate van lichamelijk contact. Een van hen gaf aan dat dit een lastig thema is bij deze doelgroep. Anderen benoemen, wat dit betreft, geen verschil te maken tussen verschillende doelgroepen. "Het lijflijk ervaren met en via andere lichamen kan bijdragen aan de ontwikkeling van de identiteit", verwoordt een van de geïnterviewden. De mate van veiligheid en de fase van behandeling zijn van belang.

Voorwaarden voor werkvormen

Werkvormen moeten:

1. passen bij de doelen en de thema's (thematische werkvormen);
2. passend bij de fase van de behandeling;
3. passen bij de huidige werksituatie;
4. een betekenisvolle situatie opleveren voor de jongere;
5. veilig zijn;
6. uitnodigen en aansprekend zijn. Dit betekent dat de werkvorm past in het Window of Tolerance van de jongere; en
7. uiteindelijk leiden tot succes;

Werkvormen kunnen zowel bewegings- als lichaamsgericht zijn. Werkvormen waarin sprake is van lichamelijk contact kunnen in een latere fase betekenisvol zijn.

In het onderstaande kader staat een voorbeeld uitgewerkt van een werkvorm die is uitgevoerd tijdens de pubergroep waarvan uit de vragenlijst bleek dat de jongeren die als betekenisvol hebben ervaren.

Een van de werkvormen die door alle jongeren als helpend werd ervaren is, de werkvorm boksen tijdens de vierde bijeenkomst, met het accent op eigen kracht, helpende gedachten en het op- en afbouwen van de kracht. In deze werkvorm hebben de jongeren de eigen kracht kunnen ervaren. De werkvorm vond plaats tijdens de tweede fase van de behandeling, toen er voldoende veiligheid in de groep was. De veiligheid is gegarandeerd door de techniek van het boksen uit te leggen, het slaan langzaam en gedoseerd op te bouwen en regels te stellen zoals 'stop is stop', die voor alle jongeren gelden. Het boksen is voor de jongeren een relatief onbekende werkvorm waarin ze hun energie kwijt kunnen, maar ook in contact zijn met de ander aangezien die het stootkussen vasthoudt: de mate van spanning viel binnen het Window of Tolerance. Het succes van deze werkvorm bestaat vooral uit het ervaren van de eigen kracht en hier controle over hebben.

4.7 Deelvraag 7: Hoe kan de behandeling gericht op identiteitsversterking bij deze doelgroep het beste worden georganiseerd?

In deze deelvraag worden verschillende aspecten van de organisatie van de behandeling beschreven, waaronder de intake, de keuze voor een groepsbehandeling, de therapeutvariabelen, de organisatie van de bijeenkomsten en de evaluatie.

Intake

Het doel van de intake is tweeledig (Klis, 2005). Enerzijds biedt deze de psychomotorisch therapeut die de module aanbiedt de gelegenheid om vast te stellen of er een indicatie bestaat voor deelname aan de module, of de jongere in de groep lijkt te passen en voldoet aan de randvoorwaarden zoals die zijn beschreven in de module. Zo is het belangrijk de motivatie van de jongere te checken (Hekking & Blink, 2005). Anderzijds vormt de intake een kennismaking tussen jongere en zijn ouder(s) en de therapeut. Er wordt uitleg gegeven over de inhoud van PMT en de module. De jongere kan zo voor zichzelf bepalen of hij verwacht aan zijn doelen te kunnen werken en starten met de module ziet zitten.

Er bestaat voor zover bekend geen gestructureerde wijze voor het indiceren van jongeren voor een psychomotorisch therapeutische behandeling, zoals de PsyMot voor kinderen van zes tot twaalf jaar (Emck, Hammink & Bosscher, 2007). Binnen GGZ Oost Brabant LvCNL vindt de eerste indicatie op dit moment plaats door de hoofdbehandelaar in het MDO (multidisciplinair overleg). De jongere wordt vervolgens, samen met ten minste een van de ouders, uitgenodigd voor een psychomotorische intake. De intake start met een kort gesprek ter kennismaking. De psychomotorisch therapeut legt uit hoe de module georganiseerd is. Vervolgens wordt de hulpvraag van de jongere in kaart gebracht. Na het gesprek volgen een aantal werkvormen. Door de werkvormen kan de jongere zich een beeld vormen van de manier van werken binnen de module en de therapeut heeft de mogelijkheid het bewegingsgedrag van de jongere te observeren. De vakspecifieke observatie kan een bijdrage leveren aan de diagnostiek, de indicatie voor PMT en het formuleren van de doelen (Emck & Smit, 2005). In de modulebeschrijving is een verdere uitwerking van de organisatie van de intake te vinden. De intake leidt tot de keuze of de jongere wel of niet zal deelnemen aan de module. Deze keuze wordt door de therapeut, de jongere en zijn ouder(s) gemaakt.

Uit de vragenlijst blijkt dat de meeste jongeren na de intake een duidelijk beeld hebben van de module. Een van hen benadrukt in een gesprek dat vooral de voorbeelden van de werkvormen daaraan hebben bijgedragen. De psychomotorisch therapeuten die de pubergroepen op dit moment verzorgen geven aan dat de intake hen voldoende gelegenheid biedt om kennis te maken en te observeren. Er is daarom besloten geen veranderingen aan te brengen in de huidige organisatie van de intake.

Groepsbehandeling

Een van de keuzes die is gemaakt door de psychomotorisch therapeuten, die werkzaam zijn met de pubergroep, is het werken in een groep. Hekking en Fellingner (2011) beschrijven dat de behandeling van jeugdigen bij voorkeur in een groep plaatsvindt. Ook uit de vragenlijst die is afgenomen bij de deelnemers van de pubergroep blijkt dat de meeste jongeren het prettig vinden in een groep aan hun doelen te werken omdat er zo meer hulpbronnen zijn en ze anderen kunnen helpen. Veel problemen die de jongeren ervaren vinden plaats in het contact met leeftijdgenoten en juist daarin kunnen ze leren en oefenen met nieuwe vaardigheden. Zeker tijdens de adolescentie spelen leeftijdsgenoten een belangrijke rol in de ontwikkeling van de jongere (Goossens, 2009). Behandeling in een groep past dus bij de leeftijd van de doelgroep.

Het werken in een groep heeft daarnaast verschillende voordelen. Zo beschrijven Reijers en Haas (2009) dat groepstherapie effectief is, groepsbehandelingen langer beklijven en kostenbesparend zijn. Daarnaast spelen verschillende groepstherapeutische factoren die specifieke leermogelijkheden bieden zoals aanvaarding, universaliteit en altruïsme (Haas, 2010; Reijers & Haas, 2009). Haas beschrijft verder dat groepsleden gemakkelijker iets van elkaar aannemen dan van de groepsleider. Een groep kan veel ondersteuning bieden en kinderen, en ook jongeren, vinden er herkenning (Kool, 2006). Veiligheid en aanvaarding geven op zich al een belangrijke positieve, corrigerende ervaring en zijn daarmee een belangrijke therapeutische factor (Haas, 2010). In de PMT kan goed groepsdynamisch gewerkt worden en de therapeut heeft verschillende mogelijkheden om de interactie te sturen (Lange, 2005).

Voor de module is gekozen voor een gesloten groep waarvan de start en de afsluiting zijn vastgesteld en er tussentijds geen nieuwe groepsleden instromen. Wisseling van groepssamenstelling kan zorgen voor (te) veel onveiligheid en te weinig cohesie, die in de groep met adolescenten maar langzaam wordt opgebouwd. Aangezien jongeren zelf nog volop in ontwikkeling zijn, zijn zij nog niet in staat vergaande wederkerigheid te ontwikkelen in het contact. Uitgaande van de verschillende fasen in de groepsontwikkeling kunnen pubers niet verder reiken dan de opnemingsfase (Haas, 2010).

Wat betreft samenstelling van de groep wordt er in de huidige praktijk voor gekozen jongeren met verschillende stoornissen in één groep te behandelen (heterogene groepssamenstelling). De indicatie berust immers op een overeenkomstige hulpvraag gericht op identiteitsversterking. In het programma Bewust Actief Leren, uit de databank effectieve interventies van het NJI, wordt daarnaast benadrukt dat het een voordeel is wanneer groepsleden op verschillende gebieden problemen hebben en op verschillende manieren moeite hebben met sociale en communicatieve vaardigheden (NJI, 2012). Dit biedt veel oefenmogelijkheden en jongeren kunnen van elkaar leren. Daarnaast komen jongeren elkaar ook in andere situaties tegen zoals op school, bij sportclubs en dergelijke.

Gezien de zwaardere problematiek en ingewikkeldere hulpvragen wordt in de module een maximum aantal deelnemers van zes gehanteerd en een minimum aantal van drie. Het aantal van zes jongeren is volgens de deelnemers “precies goed”. Zo blijven er voldoende mogelijkheden voor interactie maar is de veiligheid niet in het geding (Haas, 2010). Daarnaast kan er voldoende individuele aandacht aan elk individu worden geschonken door de therapeut(en).

Therapeut

De module kan zowel door één als door twee therapeuten worden uitgevoerd, beide situaties hebben verschillende voordelen. Een van de jongeren beschrijft in de vragenlijst dat er met twee therapeuten meer hulp kan worden geboden en dat ze uitleg soms als duidelijker ervaart. Verder geven de meeste jongeren aan geen voorkeur te hebben voor één of twee therapeuten. Slechts één jongere geeft aan voorkeur te hebben voor een vrouwelijke therapeut. Wanneer sekse van de therapeut een belemmering vormt binnen de behandeling, dient tijdens de intake besproken te worden of de groep met de therapeut van dat moment geïndiceerd is voor de jongere of dat een ander traject met een andere therapeut beter past (Spanjaard, 2013). In de module zijn de verschillende therapeutvariabelen op basis van de vragenlijst, literatuur en de praktijk uitgewerkt.

Bijeenkomsten

De bijeenkomsten hebben een vaste opbouw, waardoor structuur wordt geboden en de jongeren weten wat ze kunnen verwachten. Dit is belangrijk in de behandeling van de gehele doelgroep (Lieshout, 2009) en zeker bij jongeren met ASS (Rigter, 2013). Structuur en begrenzing in de organisatie vergroten de veiligheid in de groep (Kool, 2006). De bijeenkomsten starten met een beginrondje, met de hele groep zittend in een kring, waarin de afgelopen week en het huiswerk

worden besproken. Er wordt verder stilgestaan bij de gevoelens en gedachten die de jongeren op dat moment hebben. Werkvormen die tijdens de start ingezet kunnen worden zijn een korte aandachtsoefening en het kiezen van emotiekaartjes. Deze zijn in de module uitgewerkt.

Na het beginrondje worden een of meer werkvormen uitgevoerd en besproken. De rationale wordt voor, tijdens of na de werkvorm uitgelegd, afhankelijk van de keuze van de therapeut. In de interviews kwam naar voren dat therapeuten er soms voor kiezen de jongeren eerst te laten ervaren voordat de rationale wordt uitgelegd. Tijdens en na de werkvormen vinden besprekingen plaats, waarin gereflecteerd wordt op het gebeurde. Dit is een belangrijk onderdeel van de bijeenkomst (Klis, 2005), omdat door de bespreking van de werkvorm, ervaringen met de bijbehorende gedachten, gevoelens en het gedrag van de jongeren zichtbaar worden. De jongere kan zich bewust worden van de verschillende aspecten van zijn ervaring, inzicht verkrijgen in zijn eigen voelen, denken en handelen en tot alternatieven komen waar hij in het vervolg mee kan experimenteren. De bijeenkomsten worden weer in de kring afgesloten: er wordt teruggekeken op de bijeenkomst en er wordt huiswerk meegegeven. Deze vaste opbouw wordt door de jongeren als fijn ervaren, blijkt uit de vragenlijst.

De bijeenkomsten hebben een duur van 75 minuten en vinden wekelijks plaats. In totaal bestaat de module uit tien bijeenkomsten. De meeste jongeren hebben in de vragenlijst aangegeven de duur van de bijeenkomsten en het aantal goed te vinden, wat ook de ervaring is van de psychomotorisch therapeuten die de pubergroepen geven.

Evaluatie

Na afloop van de module wordt de behandeling geëvalueerd. De evaluatie is een belangrijk afsluitend onderdeel van de module. Door terug te kijken op de behandeling en de ontwikkelingen van de jongere samen met zijn ouders te bespreken kan de transfer van het geleerde naar het dagelijks leven worden versterkt (Beer-Hoefnagels, 2009). In het evaluatiegesprek wordt daarnaast vastgesteld of de PMT behandeling wordt afgesloten of dat er een vervolg komt. De organisatie van de evaluatie is in de module uitgewerkt.

De evaluatie biedt ook de mogelijkheid om feedback te ontvangen op het behandelaanbod voor mogelijke aanpassingen. Enerzijds door middel van een tevredenheidsonderzoek, waarin gebruik gemaakt kan worden van de vragenlijst die voor dit onderzoek is ontworpen. Daarnaast zal ook een effectonderzoek worden uitgevoerd. In *Deelvraag 8* wordt hier verder op ingegaan.

4.8 Deelvraag 8: Op welke variabelen kan het effect van de module gemeten worden?

In de *Inleiding* is beschreven dat er behoefte is aan een effectmeting. In deze laatste deelvraag wordt onderzocht hoe het effect van de module op identiteitsversterking gemeten kan worden. Om het effect op een breed concept zoals identiteitsversterking te kunnen meten, moet dit vertaald worden naar concreet meetbare termen: het operationaliseren van het begrip tot variabelen (Baarda et al., 2012). Deze schrijvers leggen uit dat het operationaliseren van een begrip volgens vier stappen verloopt:

1. Het begrip definiëren;
2. Dimensies van het begrip onderscheiden.
3. Indicatoren bedenken bij de verschillende dimensies.
4. Items bedenken bij de verschillende indicatoren.

De stappen een, twee en drie moeten worden gezet om tot effectvariabelen te komen en deze deelvraag te beantwoorden.

Begrip definiëren

Het algemene doel van de module is identiteitsversterking. In het beantwoorden van *Deelvraag 1* is gekomen tot een definitie van identiteitsversterking die in de module wordt gehanteerd en nu wordt gebruikt om tot effectvariabelen te komen. Onder identiteitsversterking wordt verstaan:

- De versterking van het gevoel van de jongere dat hij zichzelf als uniek ervaart met al zijn positieve en negatieve eigenschappen en met duidelijke grenzen tussen zichzelf en anderen.
- De versterking van een stabiele, reële en overwegend positieve zelfwaardering.
- De versterking van de bewustwording, het uiten en het adequaat reguleren van emoties, ook in contact met anderen.

Dimensies onderscheiden en indicatoren bedenken

Een dimensie is een deelaspect van een begrip (Baarda et al., 2012). Uit de bovenstaande definitie van identiteitsversterking volgen logischerwijs drie dimensies. Deze worden in het vervolg nader toegelicht en van daaruit worden indicatoren opgesteld. Indicatoren zijn de concrete uitwerking van de dimensies van een begrip (Baarda et al., 2012), de effectvariabelen. Wanneer het om complexe begrippen gaat, zijn volgens deze auteurs meerdere indicatoren nodig. Om de effectvariabelen vast te stellen is in dit onderzoek gezocht naar vragenlijsten waarmee het effect van de module kan worden gemeten. Een vragenlijst heeft verschillende voordelen (Spanjaard, 2013): het is onder andere een efficiënte en gestructureerde manier om informatie te verzamelen en vergelijking met andere jongeren is mogelijk.

Ik-anderdifferentiatie

De eerste dimensie van identiteitsversterking werd onder *deelvraag 1* al verkort aangeduid met ik-anderdifferentiatie, een term die aangeeft dat een persoon zijn 'ik' kan onderscheiden van de ander en het andere (Delfos, 2011). De ik-anderdifferentiatie leidt tot de ontwikkeling van het zelfbeeld, de mogelijkheid zich te verplaatsen in een ander (empathie) en het besef van tijd en ruimte. Vooral bij jongeren met autisme is sprake van een gebrekkige ik-anderdifferentiatie (Delfos, 2011) en zullen doelen in het verlengde liggen van deze eerste dimensie. Voor deze jongeren moeten indicatoren opgesteld worden voor deze dimensie.

Een belangrijke indicator voor de ik-anderdifferentiatie is lichaamsbewustzijn. De ik-anderdifferentiatie ontstaat namelijk via het besef het van (de grenzen van) het eigen lichaam (Delfos, 2012). Daarnaast draagt het vergroten van het lichaamsbewustzijn bij aan het verbeteren van de emotieregulatie. De lichaamsbelevingslijst voor kinderen meet drie aspecten van lichaamsbeleving bij kinderen, namelijk body awareness, body image en body attitude (Emck,

Plouvier & Lee-Snel, 2012). Een vergroot lichaamsbewustzijn betekent een groter besef van het eigen lichaam en daarmee een groter besef van het eigen ik (Kohnstamm, 2009).

Andere indicatoren voor het meten van de ik-anderdifferentiatie zijn bijvoorbeeld het zelfbewustzijn of de mogelijkheid zich in een ander te verplaatsen. Er zijn echter geen gestandaardiseerde, valide en betrouwbare meetinstrumenten gevonden waarmee deze indicatoren bij de gehele doelgroep gemeten kunnen worden.

Zelfwaardering

Met de term 'zelfwaardering' wordt de tweede dimensie aangeduid. Zelfwaardering is, zoals beschreven onder *Deelvraag 1*, de evaluatie van het eigen 'ik' (Meulen & Krabbendam, 2013). Een indicator waarmee de dimensie zelfwaardering gemeten kan worden is competentie (Kohnstamm, 2009). Competentie houdt verband met het zelfbeeld, met het gevoel dat het eigen handelen ertoe doet. Met behulp van de Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten (CBSA) kan een beeld gevormd worden van de competenties van de jongere op een aantal specifieke domeinen en het globaal gevoel van eigenwaarde (Treffers et al., 2002). Vooral dit laatste is van belang voor het meten van het effect van de module. De score van een jongere op deze test kan vergeleken worden met normgroepen en de individuele score kan geïnterpreteerd worden. Door te meten of de competentiebeleving verbeterd is, kan worden vastgesteld of de jongere een positievere, reële zelfwaardering heeft na het afronden van de module.

Emotieregulatie

De derde en laatste dimensie van identiteitsversterking is emotieregulatie. Hiermee wordt verwezen naar "de processen waarmee een individu invloed uitoefent op het bepalen, ervaren, uiten en hanteren van emoties" (Appelo-Wichers et al., 2008, p. 102). Emotieregulatievaardigheden zijn bijvoorbeeld het herkennen van lichaamssignalen, het herkennen van gedachten die samenhangen met de emotie en adequate gedragsstrategieën. Emotieregulatie is dan ook een breder begrip dan coping omdat het zowel naar cognitieve als gedragsmatige strategieën verwijst (Braet, 2013).

Emotionele problemen kunnen opgevat worden als falende emotieregulatie (Stegge, 2010). Er wordt onderscheid gemaakt tussen adaptieve en maladaptieve strategieën van emotieregulatie. Zowel het te weinig inzetten van adaptieve als een te veel gebruik van maladaptieve strategieën wordt in verband gebracht met psychopathologie (Braet, 2013). Als indicator voor emotieregulatie kan de regulatiestrategie worden gebruikt. Het voordeel hiervan is dat een toename van adaptieve strategieën gemeten kan worden, een positief geformuleerd doel. Braet (2013) benoemt verschillende vragenlijsten die de emotieregulatiestrategie meten, namelijk de Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), de Coping Strategies Checklist for Children (CSCC-RI), de Fragebogen zur Erhebung der Emotionsregulation bei Kindern und Jugendlichen (FEEL-KJ) (Braet, 2013).

Naast het vast stellen van de emotieregulatiestrategie kan ook de mate van internaliserend of externaliserend probleemgedrag gebruikt worden om emotieregulatie te meten. Beide zijn inadequate manieren van emoties reguleren. Met de Youth Self Report kan gemeten worden of er sprake is van een afname in internaliserend dan wel externaliserend probleemgedrag (Verhulst, Ende & Koot, 1997). Zo kan worden gemeten of er verandering is in de aangemeldklacht van de jongere. Het nadeel is echter dat er wordt gezocht naar een afname van het probleemgedrag en niet naar een toename van adequate emotieregulatievaardigheden.

De mate van internaliseren of externaliseren kan ook vastgesteld worden aan de hand van de Zelf-Expressie en Controle Vragenlijst (ZECZ), een zelfrapportage vragenlijst die aan jongeren vanaf 12 jaar aangeboden kan worden (Elderen et al., 1994). Door middel van deze vragenlijst kan gemeten

worden of de mate van internaliseren of externaliseren door de jongere is afgenomen en of de jongere meer van het tegenovergestelde gedrag laat zien. Daarnaast kan met deze vragenlijst vastgesteld worden of de controle van de jongere op zijn internaliserende of externaliserende gedrag is toegenomen.

In de onderstaande tabel wordt een overzicht van de verschillende dimensies en mogelijke indicatoren en instrumenten gegeven. Het is niet de bedoeling dat al deze instrumenten worden gebruikt: de opdrachtgever kan voor het effectonderzoek een keuze maken uit de verschillende variabelen en instrumenten.

Identiteitsversterking		
<i>Dimensies</i>	<i>Indicatoren (effectvariabelen)</i>	<i>Instrument</i>
Ik-anderdifferentiatie	Lichaamsbewustzijn	Lichaamsbelevingslijst voor kinderen.
Zelfwaardering	Competentie beleving, globaal gevoel van eigen waarde	CBSA
Emotieregulatie	Emotieregulatiestrategie	CERQ; CSCC-RI; FEEL-KJ
	Mate van internaliseren of externaliseren	YSR
		ZECZ

Conclusie

Het doel van dit onderzoek was het beschrijven van de module voor “de pubergroepen” aan de hand van de volgende onderzoeksvraag: *Hoe ziet een psychomotorische behandelmodule met kwantitatief meetbare doelen eruit, die de behandeling beschrijft voor een heterogene groep jongeren van 12 tot 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek gericht op identiteitsversterking, die tevens praktisch toepasbaar is binnen GGZ Oost Brabant?*

Op basis van een beschrijving van identiteit en de identiteitsontwikkeling is gekomen tot de volgende definitie van identiteitsversterking:

- De versterking van het gevoel van de jongere dat hij zichzelf als uniek ervaart met al zijn positieve en negatieve eigenschappen en met duidelijke grenzen tussen zichzelf en anderen.
- De versterking van een stabiele, reële en overwegend positieve zelfwaardering.
- De versterking van de bewustwording, het uiten en het adequaat reguleren van emoties, ook in contact met anderen.

De doelgroep bestaat uit jongeren van 12 tot 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek. De jongeren zijn gediagnostiseerd met een angststoornis, stemmingsstoornis, gedragsstoornis, AD(H)D of autisme. Problemen met de ik-anderdifferentiatie, een stabiele, reële en overwegend positieve zelfwaardering en met het adequaat reguleren van emoties komen bij de gehele doelgroep voor. Een behandeling gericht op de verschillende aspecten hiervan is daarom voor de gehele doelgroep van belang.

Door middel van interviews en literatuuronderzoek is vastgesteld dat binnen de module het best een eclectische werkwijze gehanteerd kan worden met de volgende referentiekaders: ervaringsleren lichaams- en bewegingsgerichte werkvormen, CGT, de oplossingsgerichte, cliëntgerichte en systemische benadering.

De module bestaat uit verschillende fasen met de thema's kennismaking en samenwerking, eigen kracht en stevig staan, lichaamssignalen, grenzen en afsluiting en afscheid. Door uitvoering van de Delphi-techniek is vastgesteld dat de volgende interventies het meest geschikt zijn binnen de module: vragen stellen, betekenis verlenen, bekrachtigen, accepteren, observaties teruggeven, psycho-educatie, het G-schema bespreken en invullen en benoemen. Naar aanleiding van de reacties op de Delphi-techniek, de vragenlijst aan de deelnemers van de pubergroep en de literatuur is beschreven dat de attitude van de therapeut gebaseerd dient te zijn op gelijkwaardigheid en dat de houding van de therapeut acceptierend, betrokken en transparant moet zijn.

De werkvormen, die binnen de module gehanteerd worden, moeten voldoen aan de volgende voorwaarden: ze moeten passend zijn bij de thema's en de doelen, bij de fase van de behandeling en de werksituatie. Verder dienen werkvormen een betekenisvolle situatie op te leveren voor de jongere, veilig, uitnodigend en aansprekend te zijn en uiteindelijk moeten ze leiden tot succes.

Voor de start van de module vindt een intake plaats met de jongere en zijn ouders, die ook aanwezig zijn bij de evaluatie. Een gesloten, heterogeen samengestelde groep van drie tot zes jongeren is een geschikte vorm van groepsbehandeling voor deze doelgroep. De behandeling kan zowel door één als door twee therapeuten uitgevoerd worden. Er zit een vaste opbouw in de bijeenkomsten waardoor structuur wordt geboden en alle verschillende onderdelen aan bod komen.

De kwantitatief meetbare doelen van de module, waarin het algemene doel identiteitsversterking is vertaald, zijn gericht op een verbetering op de volgende effectvariabelen: lichaamsbewustzijn, competentiebeleving, emotieregulatiestrategie en/of mate van internaliseren of externaliseren.

Alle bovenstaande aspecten zijn in de module verwerkt waardoor een module is ontstaan die onderbouwt waarom psychomotorische groepstherapie een geschikte behandelvorm is voor jongeren van 12 tot 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek. Het is na dit onderzoek mogelijk de behandeling op effectiviteit te onderzoeken. Dit betekent dat de hypothese van dit onderzoek kan worden bevestigd.

Discussie & Aanbevelingen

Methoden en uitvoering

Het destilleren van de verschillende interventies en attitudes uit de interviews is in dit onderzoek alleen door de onderzoeker gedaan. Een tweede beoordelaar zou de betrouwbaarheid hebben verhoogd. Daarnaast zijn de interventies en attitudes door de onderzoeker gedefinieerd. Deze definities sluiten mogelijk niet aan bij de definities die door beroepsbeoefenaars worden gehanteerd. Hoewel in de Delphi-techniek door het geven van ruimte voor opmerkingen getracht is dit probleem te ondervangen, was het wellicht beter geweest wanneer meerdere beroepsbeoefenaars bij het opstellen van de definities betrokken waren. Een van de experts heeft in deze trant een opmerking geplaatst over de interventie “begrenzen”. Aangezien deze tijdens de tweede ronde slechts één maal is gescoord is deze niet opgenomen in de derde ronde. In de module is de omschrijving aangepast en in toekomstig onderzoek kunnen de omschrijvingen van de interventies ter discussie worden gesteld. Het is tot slot mogelijk dat tijdens de interviews en in het proces van analyseren van de interviews en het opstellen van de vragenlijst, interventies en attitudes niet aan het licht zijn gekomen die wel geschikt zijn voor het werken met de doelgroep gericht op identiteitsversterking. Blijvende evaluatie van de module is daarom noodzakelijk.

Het expertpanel voor de Delphi-techniek bestond in dit onderzoek uit een vrij homogene groep psychomotorisch therapeuten. De meeste therapeuten werken bij dezelfde organisatie waardoor de meningen dicht bij elkaar kunnen liggen. Er waren geen opvallende verschillen tussen de reacties van de therapeuten werkzaam bij GGZ Oost Brabant en de therapeut die hier niet werkzaam is. De verwachting is daarom dat het expertpanel ondanks de vrij homogene samenstelling een goede weergave is van psychomotorische therapeuten die werkzaam zijn met de doelgroep.

Uit de interviews en de Delphi-techniek komen overeenkomsten tussen het handelen en de attitude van de therapeuten naar voren. Er blijven echter ook verschillen: elke therapeut heeft zijn eigen manier van werken. Daardoor is het niet mogelijk een product te ontwikkelen dat past bij de werkwijze van elke psychomotorisch therapeut. Met de huidige ontwikkelingen in de GGZ en de vraag om evidence based of geprotocolleerde behandelingen is het belangrijk toch enige vaste structuur aan te brengen, bijvoorbeeld door het hanteren van een module. Het is dan ook aanbevolen de module als een eerste aanzet te gebruiken, hierover in discussie te gaan en op verschillende plekken tot een overeenkomstig, goed onderbouwd behandelaanbod te komen.

Voor de Delphi-techniek is een uitgebreide lijst ontwikkeld met verschillende interventies en de beschrijving daarvan. Een aanbeveling is om deze lijst verder te ontwikkelen en te verfijnen. Hierdoor zou de lijst in toekomstig (effect)onderzoek gebruikt kunnen worden om inzichtelijk te maken welke interventies voornamelijk worden ingezet door de uitvoerende therapeuten en effectieve elementen vormen in de behandeling.

De inhoud

Voor de module is literatuuronderzoek gedaan naar het verband tussen de onderdelen van identiteitsversterking en verschillende vormen van psychopathologie. In verschillende studies is een correlatie gevonden tussen de twee factoren. Het zou interessant zijn om in toekomstig onderzoek vast te stellen of deze relatie ook causaal is en of de hypothese die ten grondslag ligt aan de module, namelijk dat met een versterkte identiteit het probleemgedrag afneemt, onderbouwd kan worden.

Opvallend in het onderzoek is de respons van de jongeren op de vragenlijst. De matige reactie op de thema's vormden de basis voor het besluit om in de beschrijving van de module het belang van het uitleggen van de rationale en de transfer te benadrukken. Daarnaast is het huiswerk, dat door de

deelnemers in het voorjaar van 2014 bijna niet is gemaakt, aangepast: er is extra uitleg toegevoegd en een nieuw format gemaakt om het G-schema te oefenen. Verder is een ouderbijeenkomst toegevoegd om ervoor te zorgen dat ouders de jongeren beter kunnen ondersteunen en de transfer verbeterd wordt. Het wordt aanbevolen deze aanvullingen in de volgende cyclus van de module in de praktijk uit te voeren en vervolgens opnieuw te evalueren.

Gedurende de uitvoering van de pubergroep in het voorjaar van 2014 ontstond voor één van de jongeren, zowel bij de therapeuten als bij de jongere zelf, de vraag of behandeling in de pubergroep wel passend was. Dit heeft haar antwoorden op de vragenlijst waarschijnlijk beïnvloed. Verder waren alle respondenten meisjes, waarvan bij de meeste internaliserende problematiek op de voorgrond stond. Dit kan van invloed zijn op het resultaat van de vragenlijst. In de module is de vragenlijst voor de deelnemers van de pubergroep in aangepaste vorm opgenomen. Aanbevolen wordt om op deze manier de tevredenheid blijvend te onderzoeken onder de gehele doelgroep, dus ook onder jongens en onder jongeren met meer externaliserend probleemgedrag. Zo kan de module steeds geëvalueerd en verbeterd worden.

Het effectonderzoek dat door de opdrachtgever uitgevoerd zal worden draagt tevens bij aan de evaluatie van de module. Aanbevolen wordt de module op verschillende locaties aan te bieden en met een gecontroleerde effectstudie te onderzoeken om een zo breed mogelijk bewijs voor de effectiviteit te kunnen verkrijgen.

Literatuur

- APA (2013a). *Alternative DSM-5 Model for Personality Disorders*. Geraadpleegd op 9 februari 2014, van <http://dsm.psychiatryonline.org.proxy.ubn.ru.nl/content.aspx?bookid=556§ionid=41101793#BABCIHAE>.
- APA (2013b). *Desk reference to the diagnostic criteria from DSM-5*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- APA (2007). *Beknopte handleiding bij de Diagnostische Criteria van de DSM IV-TR*. Amsterdam: Harcourt Assessment BV.
- Appelo-Wichers, R., Appelo, M. & Bos, E. (2008). Rationele Rehabilitatie bij jongeren met emotieregulatieproblematiek: Een pilotstudie. *Kind & adolescentie praktijk*, 7(3), 102-110. Gedownload op 18 februari 2014, van [DOI 10.1007/BF03076697](https://doi.org/10.1007/BF03076697).
- Baarda, B., Bakker, E., Hulst, M. van der, Julsing, M., Fischer, T., Vianen, R. van & Goede, M. de (2012). *Basisboek methoden en technieken: Kwantitatief praktijkgericht onderzoek op wetenschappelijke basis* (5e druk). Groningen / Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Baarda, B., Goede, M. de, Meer-Middelburg & A.G.E. van der (2007). *Basisboek interviewen: Handleiding voor het voorbereiden en afnemen van interviews* (2e herziene druk). Groningen / Houten: Wolter-Noordhoff.
- Bartelink, C. (2013). *Wat werkt: Oplossingsgerichte therapie?* Gedownload op 20 maart 2014, van <http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Wat-werkt/Onderwerpen/Wat-werkt-bij-oplossingsgerichte-therapie>.
- Beemen, L. van (2010). *Ontwikkelingspsychologie* (4e druk). Groningen/Houten: Noordhoff Uitgevers.
- Beer-Hoefnagels, E. de (2009). Contextfactoren, behandelkader en kadergesprek. In E. Groothoff (red.), *Spel in psychotherapie* (pp. 443-496). Assen: Koninklijke van Gorcum.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: Denken en doen*. Amsterdam: Boom.
- Boerhout, C., Busschbach, J. van, Wiersma, D. & Hoek, H. (2013). Psychomotor Therapy and aggression regulation in eating disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* 8(4), 241-253. Gedownload op 18 november 2013, van doi.org/10.1080/17432979.2013.833134.
- Brown, J.R., Holloway, E.D., Akakpo T.F. & Aalsma, M.C. (2013) "Straight Up": Enhancing Rapport and Therapeutic Alliance with Previously Detained Youth in the Delivery of Mental Health Services. In *Community Mental Health Journal* 50(2), 193-203. Gedownload op 15 mei 2014, van [DOI 10.1007/s10597-013-9617-3](https://doi.org/10.1007/s10597-013-9617-3).
- Creemers, D., Scholte, R., Engels, R., Prinstein, M. & Wiers, R. (2012). Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness. *Journal of Behavior Therapy and Experiential Psychiatry* (2012)43, 638-646.
- Crocetti, E., Klimstra, T., Hale III, W., Koot, H., & Meeus, W. (2013). Impact of Early Adolescent Externalizing Problem Behaviors on Identity Development in Middle to Late Adolescence: A Prospective 7-Year Longitudinal Study. *Journal of Youth and Adolescence* 42(11), 1745-1758. Gedownload op 19 januari 2014, van [DOI.10.1007/s10964-013-9924-6](https://doi.org/10.1007/s10964-013-9924-6).
- Delfos, M. F. (2012). *Psychologie van de adolescentie: Biologisch, psychologische en pedagogisch*. Amsterdam: Pearson.
- Delfos, M. F. (2011). *Een vreemde wereld: Over autismespectrumstoornissen. Voor ouders partners, hulpverleners en de mensen zelfs* (9e geheel herziene druk). Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Dijk, J. van & Landsheer, H. (z.d.). *Delphi-techniek en andere methoden voor het raadplegen van deskundigen*. Gedownload op 11 maart 2013, van: http://vkc.library.uu.nl/vkc/ms/SiteCollectionDocuments/Hans/Praktijkgestuurd%20Onderzoek/PGO_h9_NIEUW-Delphi.pdf.
- Donnellan, M., Trzesniewski, K., Robins, R., Moffit, T., Caspi, A. (2005). Low Self-Esteem Is Related to Aggression, Antisocial Behavior, and Delinquency. *Psychological Science* 16(4), 328-335. Gedownload op 4 maart 2014, van: doi.org/10.1111/j.0956-7976.2005.01535.

- Elderen, T. van, Maes, S., Kamp, L. van der, Ploeg, H. van der, Ensink, J. & Spielberger, C.D. (1994). *Handleiding bij de Zelf-Expressie en Controle vragenlijst*. Leiden: Health Psychology section, Leiden University.
- Emck, C. (2014). Double trouble?: Movement behaviour and psychiatric conditions in children: An opportunity for treatment and development. *The arts in Psychotherapie* 41(2), 214-222. Gedownload op 16 mei 2014, van doi.org/10.1016/j.aip.2014.02.007.
- Emck, C. & Smit, Ch. (2005). Wat beweegt hen?: Over adolescenten en psychomotoriek. In J. de Lange (red.), *Een vak apart: Artikelen over psychomotorische therapie* (pp. 253-267). Utrecht: 't Web – Netwerk rondom bewegen.
- Emck, C., Hammink, M. N., & Bosscher, R. J. (2007). *PsyMot. Psychomotorische diagnostiek en indicatiestelling voor kinderen van 6 tot 12 jaar*. Utrecht: Publicatiefonds van 't Web – Netwerk rondom bewegen.
- Emck, C., Plouvier, M. & Lee-Snel, M. van der (2012). Body experience in children with intellectual disabilities with and without externalising disorders. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy* 7(4), 1-13. Gedownload op 22 augustus 2012, van doi.org/10.1080/17432979.2012.713003.
- Elling, M. (2008). *Denkfouten herstellen helpt bij veel kinderen met psychische problemen: Cognitieve gedragstherapeutische interventies voor jeugdigen*. Gedownload op 19 maart 2014, van <http://www.nji.nl/nl/Publicaties/Denkfouten-herstellen-helpt-bij-veel-kinderen-met-psychische-problemen>.
- Feldman, R. S. (2012). *Ontwikkelingspsychologie* (5^{de} editie) (z.p.): Pearson.
- Foolen, N. (2013). *Wat werkt bij jeugdigen met ADHD?* Gedownload op 15 februari 2014, van: [http://www.nji.nl/nl/\(311053\)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_ADHD.pdf](http://www.nji.nl/nl/(311053)-nji-dossierDownloads-WatWerkt_ADHD.pdf).
- Garaigordobil, M., Perez, I.J., Mozaz, M. (2008). Self-concept, self-esteem and psychopathological symptoms. In *Psicothema* 20(1), 114-123. Gedownload op 4 maart 2014, van: <https://stc-proxy.han.nl/han/WebofScience/web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=50765115-56aa-4972-b89a-a4767c65429b%40sessionmgr4003&vid=2&hid=4112>.
- GGZ Oost Brabant (z.d.). *Internaliserende problematiek bij kinderen en adolescenten*. Opgeroepen op 20 januari 2014, van GGZ Oost Brabant: <http://www.ggzoostbrabant.nl/professionals/wetenschappelijk-onderzoek/internaliserende-problematiek-bij-kinderen-en-adolescenten/#>.
- Goossens, L. (2009). Adolescentie II: psychosociale ontwikkeling. In F. J. Mönks & A.M.P. Knoers (red.), *Ontwikkelingspsychologie: Inleiding tot de verschillende deelgebieden* (pp.256-288). Assen: Koninklijke Van Gorcum.
- Haas, W. de (2010). *Groepsbegeleiding en groepsbehandeling in de gezondheidszorg* (2e gecorrigeerde druk). Soest: Uitgeverij Nelissen.
- Hekking, P. & Blink, H. van den (2005). Ervaringsgerichte psychomotorische therapie met jeugdigen. In J. de Lange & R.J. Bosscher (Red.), *Psychomotorische therapie in de praktijk* (pp.173-193). Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Hekking, P. & Fellingier, P. (2011). *Psychomotorische therapie: Een inleiding*. Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Hoeven, M. van der, Appeven, J. van, Burger M. & Koene, J. (2013). *Psychomotorische weerbaarheidstraining ter vergroting van de psychosociale weerbaarheid voor jong volwassenen met een licht verstandelijke beperking (IQ 50-85) die moeite hebben om op te komen voor hun eigen wensen, grenzen en/of behoeften* [NVPMT kennisbank]. Gedownload op 15 april 2014 van: http://nvpmtkennisbank.nl/?wpfb_dl=40.
- Jung, E., Pick, O., Schlüter-Müller, S., Schmeck, K., & Goth, K. (2013). Identity development in adolescents with mental problems. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 7(26) Gedownload op 19 januari 2014, van: doi.org/10.1186/1753-2000-7-26.
- Junger, M., Mesman, J., & Meeus, W. (2003). Psychosociale problemen bij adolescenten: Prevalentie, risicofactoren en preventie. z.p.: Van Gorcum.

- Klis, P. van der (2005). Niet bij doen alleen. Over psychomotorische therapie en verbale begeleiding. In J. de Lange (red.), *Een vak apart: Artikelen over psychomotorische therapie* (pp. 207-215). Utrecht: 't Web – Netwerk rondom bewegen.
- Knapen, J., Vliet, P. van de, Coppenholle, H. van, David, A., Peuskens, J., Pieters, G. & Knapen, K. (2005). Comparison of Changes in Physical Self-Concept, Global Self-Esteem, Depression and Anxiety following Two Different Psychomotor Therapy Programs in Nonpsychotic Psychiatric Inpatients. In *Psychotherapy and Psychosomatics 2005*(74), 353-361. Gedownload op 2 april 2014, van <http://www.pmtinfosite.nl/index.php>.
- Kohnstamm, R. (2009). *Kleine ontwikkelingspsychologie III: De puberjaren* (3e herziene druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Kool, J. (2006). *Ho, tot hier en niet verder ...! Training in psychosociale weerbaarheid voor kinderen en jun ouders en opvoeders*. Leuven/Voorburg: Acco.
- Lange J. de (2005). Interactiemanagement in de psychomotorische therapie: Over bewegingsactiviteiten, groepsdynamica en groepstherapie. In J. de Lange (red.), *Een vak apart: Artikelen over psychomotorische therapie* (pp.189-206). Utrecht: 't Web – Netwerk rondom bewegen.
- Lieshout, T. van (2009). *Pedagogische adviezen voor speciale kinderen: Een praktische handboek voor professionele opvoeders, begeleiders en leerkrachten*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lindauer, R. & Boer, R. (2013). Internaliserende problematiek. In M. van Aken & W. Slot (red.) *Psychologie van de adolescentie: Basisboek* (pp.253-270). Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Meulen, A. van der, & Krabbendam, L. (2013). Ontwikkeling van het zelf en de identiteit. In W. Slot & M. van Aken (Red.) *Psychologie van de adolescentie: Basisboek* (pp.129-147). Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Migchelbrink, F. (2006). *Praktijkgericht onderzoek in zorg en welzijn*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Mosselman, W. (2011). Meer lef door beter lichaamsbesef: Een onderzoek naar psychomotorische interventies bij assertiviteitsproblematiek. In *Tijdschrift voor Vaktherapie* (7)3, 17-26.
- Muris, P. (2008). Angst en angststoornissen. In Prins & C. Braet (red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie: Over aanleg, omgeving en verandering*. (pp. 297-353). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- NJI (2012). *Bewust actief leren*. Gedownload op 12 februari 2014, van: [http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Bewust-actief-leren-\(BAL\)](http://www.nji.nl/nl/Kennis/Databanken/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Bewust-actief-leren-(BAL)).
- NVPMT (2010). *Beroepsprofiel psychomotorisch therapeut*. Gedownload op 11 maart 2014, van: <http://nvpmt.nl/bestuur/documenten/file/7-beroepsprofiel-pmt.html>.
- NVPMT (1998). *Handleiding module-ontwikkeling voor Psychomotorische therapie*. NVPMT.
- Orobio de Castro, B. (2008). Agressieve en regelovertreedende gedragsproblemen. In Prins & C. Braet (red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie: Over aanleg, omgeving en verandering* (pp. 297-353). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Ploeg, J. D. van der (2011). *Ervaringsleren: Theorie en praktijk*. Rotterdam: Lemniscaat.
- Prins, P. & Oord, S. van der (2008). Stoornissen in de aandacht en impulsregulatie. In Prins & C. Braet (red.), *Handboek klinische ontwikkelingspsychologie: Over aanleg, omgeving en verandering* (pp. 325-351). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Reijers, J. van & Haans, T. (2008). *Groepsdynamica in gedragstherapeutische en groepsdynamische groepen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Rigter, J. (2013). *Handboek ontwikkelingspsychopathologie bij kinderen en jeugdigen*. Bussum: Uitgeverij Coutinho.
- Rijksoverheid. (z.d.). *Basis GGZ en gespecialiseerde GGZ*. Opgeroepen op januari 20, 2014, van Rijksoverheid: <http://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/geestelijke-gezondheidszorg/basis-ggz-en-gespecialiseerde-ggz>.

- Roemen-Haaren, M. van (2010). Anders denken en doen: Psychomotorische therapie vanuit een cognitief gedragstherapeutische invalshoek bij een depressie dagbehandeling. In J. de Lange (red.) *Psychomotorische therapie: Lichaams- en bewegingsgerichte interventies in de ggz* (pp.17-34). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Schwartz, S., Klimstra, T., Luyckx, K., Halle III, W., Meeus, W. (2012). Characterizing the Self-System over Time in Adolescence: Internal Structure and Associations with Internalizing Symptoms. *Journal of Youth and Adolescence* (41) 9, 1208-1225. Gedownload op 4 maart 2014, van: [doi:10.1007/s10964-012-9751-1](https://doi.org/10.1007/s10964-012-9751-1).
- Spanjaard, H. (2013). Hulpverlening aan adolescenten. In W. Slot & M. van Aken (red.) *Psychologie van de adolescentie: Basisboek* (pp. 303-325) Amersfoort: ThiemeMeulenhof.
- Stöfvel, M. & Mooren, T. (2010). *Complex trauma: Diagnostiek en behandeling*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Stegge, H. (2013). Emotionele ontwikkeling. In W. Slot & M. van Aken (Red.) *Psychologie van de adolescentie: Basisboek*. (pp.129-147). Amersfoort: ThiemeMeulenhoff.
- Taylor, T. L. & Montgomery, P. (2007). Can cognitive-behavioral therapy increase self-esteem among depressed adolescents?: A systematic review. In *Children and Youth Services Review* 29(7), 823-839. Geraadpleegd op 19 maart 2013, van [doi:10.1016/j.childyouth.2007.01.010](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2007.01.010).
- Treffers, Ph., D., A., Goedhardt, A.W., Veerman, J.W., Bergh, B.R.H., van den, Ackaert, L. & de Rycke, L. (2002). *Handleiding Competentie Belevingsschaal voor Adolescenten*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Trimbos Instituut (2013). *Richtlijnen GGZ*. Geraadpleegd op 15 februari 2013, van <http://www.ggzrichtlijnen.nl/>.
- Verhulst, F.C., Ende, J. van der, & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self-Report (YSR)*. Rotterdam: Sophia Kinderziekenhuis / Erasmus MC.
- Weerman, A. (2013). *Zes psychologische stromingen en één cliënt: Theorie en toepassing voor de praktijk* (5^e herziene druk). Amsterdam: Uitgeverij Boom/Nelissen.
- Wiley, R. E., & Berman, S. L. (2013). Adolescent Identity Development and Distress in a Clinical Sample. In *Journal of Clinical Psychology* 69(12), 1299-1304. Gedownload 19 op januari 2014, van: [DOI: 10.1002/jclp.22004](https://doi.org/10.1002/jclp.22004).
- Ykema, F. (2002). *Het rots en water perspectief. Basisboek: Een psychofysische training voor jongens*. Amsterdam: SWP.

Bijlage A Zoektermen

Interviewen	Ik-anderdifferentiatie	Therapeutic alliance
Vragenlijst	Self-awareness	Groepstherapie /
Enquêtes	Adolescents	groepsontwikkeling
Effectonderzoek	Mental problems	Weerbaarheid
Identity	Internalizing	Behandelstrategieën
Erikson	Externalizing	Lichaamsbewustzijn
Identity development	ADHD	Agressieregulatie
Identity formation	CD	Transfer
Identity achievement	ODD	Window of Tolerance
Identity distress	ASS	Intake
Self-esteem	Depressie	Co-therapie
Self-appraisal	Stemmingsstoornis	Behandelevaluatie
Zelfbeeld	Angststoornis	Systeemgerichte
(positief/negatief)	Bewegingsbeeld	benadering
Zelfconcept	Psychomotorische therapie	Lichaamsgerichte
Zelfwaardering	Cognitieve	benaderingen
Eigenwaarde	gedragstherapie	Therapeutische
Emotie(regulatie)	Oplossingsgerichte	interventies
Emotionele ontwikkeling	therapie	Therapeutische attitude /
	Ervaringsleren	houding

Bijlage B Interviewschema

Kader van het interview

Doel van mijn onderzoek: beschrijven van de module voor de pubergroepen.

- Jongeren van 12 – 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek. Er worden jongeren met verschillende diagnoses gezien en in 1 groep geplaatst, te denken valt aan ADHD, ODD/CD (externaliserend), angst- en stemmingsstoornissen (internaliserend) en autisme (kan zowel externaliserend als internaliserend zijn).
- Behandeling gericht op identiteitsversterking.
- Groepsbehandeling van 10 wekelijkse sessies.

Doel van het interview:

- Ervaring met de doelgroep in kaart brengen
- De expertise van PMT-ers, die werken met deze doelgroep, inventariseren, analyseren en vergelijken voor het beschrijven van de module, vooral m.b.t. keuze voor referentiekader, interventies en attitude en werkvormen. Als expert weet je vaak wat werkt en wat meestal niet werkt.

Het interview wordt opgenomen, zodat ik het later opnieuw kan beluisteren als ik me niet goed meer kan herinneren wat er is gezegd of hoe iets is gezegd. Na het afronden van mijn onderzoek zal ik de opnames verwijderen. Verder zal ik de resultaten anoniem verwerken. Bij interesse kan ik na het interview een samenvatting sturen. Daarnaast zal een deel van de antwoorden worden verwerkt in een vragenlijst voor de Delphi-techniek die hierna uitgevoerd zal worden.

Geïnterviewde

1. Wat is je opleiding en (PMT)werkervaring tot nu toe?
2. Wat is je ervaring met deze doelgroep.

Definitie identiteitsversterking bespreken.

3. Herken je het belang van deze doelstelling in het werken met de doelgroep?
Herken je in je eigen ervaring met de doelgroep deze doelstelling?

Referentiekader

4. **Het gebruikte / geschikte referentiekader**
 - a. **Vanuit welk referentiekader werk je met deze doelgroep (gericht op identiteitsversterking)?**
 - b. **Welk referentiekader is volgens jou geschikt voor het werken met deze doelgroep gericht op identiteitsversterking?**
5. (bij geen antwoord op 4) Laten we eerst eens kijken naar de specifieke kenmerken van de PMT, namelijk bewegings- en lichaamsgerichte benaderingen en het ervaringsgericht leren. (bij later bespreken) Welke specifieke elementen uit de psychomotorische therapie (bewegings- en lichaamsgerichte benadering en ervaringsgericht leren) gebruik je?

Bewegings- en lichaamsgerichte benaderingen

- a. Wat zijn de specifieke bewegings- en lichaamsgerichte elementen waarvan je gebruik maakt, die je bewust inzet met deze doelgroep (gericht op identiteitsversterking)?

Ervaringsgericht leren

- b. Op welke manier komt het ervaringsgericht leren in het werken met deze doelgroep terug?

6. Psychologische stromingen

- a. Kun je wat vertellen over de psychologische stromingen(en) van waaruit je werkt met deze doelgroep (gericht op identiteitsversterking)?
- b. Welke psychologische stroming(en) is (zijn) volgens jou geschikt voor het werken met deze doelgroep gericht op identiteitsversterking?

<i>Cognitieve gedragstherapie</i> <i>Oplossingsgerichte therapie</i> <i>Systeemgerichte invalshoek</i> <i>Psychoanalyse</i> <i>Cliëntgerichte benadering</i>	<i>Andere?</i> <i>Interpersoonlijke therapie (bij depressie)</i> <i>Emotieregulatie therapie (bij depressie)</i> <i>Groepsdynamische benaderingen</i>
--	--

- c. (als onderstaande nog niet is besproken) Wat vind je van de gebruikte stromingen in Boxmeer?

Eclectisch met kenmerken van:

Cognitieve gedragstherapie (GGG-model)

Oplossingsgerichte therapie (bijvoorbeeld 'rondje positief')

Cliëntgerichte benadering(in interventies/attitude)

Interventies en attitude

7. Interventies algemeen

- a. **Welke interventies zet je bij deze doelgroep in gericht op identiteitsversterking?**
- b. Gericht op de doelen / onderdelen van identiteitsversterking.
 - o *Ik-anderdifferentiatie & zelfbeeld*
 - o *Stabiele, reële en positieve zelfwaardering*
 - o *Ervaren (bewust zijn) van, uiten en reguleren van emoties.*
- c. Structuur aanbrengen in deze vraag door het benoemen van behandelstrategieën en het bespreken van interventies die uit een bepaalde strategie volgen.
 - Oefengericht*
 - Ervaringsgericht*
 - Conflictgericht*
- d. Voorbeelden van interventies

<i>Modelleren (voorbeeld geven)</i>	<i>Bekrachtigen</i>
<i>Navragen</i>	<i>Instructiegeven</i>
<i>Observaties teruggeven</i>	<i>Betekenis verlenen</i>
<i>Ondersteunen</i>	<i>Uitleg/ informatie geven</i>
<i>Confronteren</i>	<i>Structureren</i>
<i>Spiegelen</i>	<i>Begrenzen</i>
- e. Zijn er interventies die je juist niet passend vindt bij deze doelgroep? Welke?
- f. Is er een verschil tussen interventies die je hanteert bij jongeren met internaliserende problematiek tegenover jongeren met externaliserende problematiek. Welk?
- g. Zijn de interventies afhankelijk van de fase waarin het therapieproces zich bevindt (start, midden, bestendigen, eind)?

8. Groepsproces

- a. Welke interventies zet je in om het groepsproces te ondersteunen?
- b. Welke interventies zet je in om te zorgen voor veiligheid in de groep?

9. Transfer

- a. Hoe maak je een transfer van het geleerde in de therapie naar situaties daarbuiten?
- b. Met welke interventies versterk je de transfer van het geleerde in de therapie naar situaties buiten de PMT?

10. Vastgelopen proces

- a. Welke oorzaken zie je voor het vastlopen van een therapieproces en welke interventies zet je in om dit op te lossen?

11. Attitude

- a. Welke attitude hanteer je (voornamelijk) in het werken met deze doelgroep?
- b. Welke attitude aspecten acht je van belang in het werken met deze doelgroep?

Werkvormen

12. Aan welke eisen moeten werkvormen voldoen om de jongeren in beweging te zetten (letterlijk en figuurlijk) en zo de doelstelling te behalen?

De doelstelling en subdoelen heb ik in verschillende thema's vertaalt, namelijk:

- Positieve eigenschappen
- Eigen kracht en stevig staan
- Lichaamssignalen en emoties herkennen
- Emoties uiten en grenzen herkennen en adequaat aangeven
- Leiden en volgen, initiatief nemen en ruimte innemen

13. Thema's?

- a. Wat vindt je van deze thema's?
- b. Heb je aanpassingen of aanvullingen?

14. (wanneer het lastig is meteen de eisen te bespreken) Welke werkvormen hanteer je in het werken met deze doelgroep gericht op identiteitsversterking?

- a. Per subdoel
 - Ik-anderdifferentiatie & zelfbeeld
 - Stabiele, reële en positieve zelfwaardering
 - Ervaren (bewust zijn) van, uiten en reguleren van emoties.
- b. Per thema
- c. In welke mate is de keuze voor bepaalde werkvormen afhankelijk van de fase van de behandeling? Hoe ziet het verloop er uit?

15. Welke eigenschappen / kenmerken moet een werkvorm volgens jou hebben?

- a. Met de hele groep – kleine groepjes – individueel in de groep – (met tweetallen) parallel
- b. Appel op tegen/samen/individu/naast – winst en verlies
- c. Bewegingsgeoriënteerd of lichaamsgeoriënteerd.
- d. Mate van lichamelijk contact.
- e. Symbolisch (fantasie) werken, thematische werken, bepaalde sportspelen (juist wel of niet)
- f. Mate van spanning
- g. Kans op succes

Bijlage C Overzicht, vragenlijst en resultaat deelnemers pubergroep voorjaar 2014

Overzicht pubergroep

Jongere	Geslacht	Leeftijd	Deelname pubergroep
1	Meisje	15 jaar	Tweede keer
2	Meisje	14 jaar	Eerste keer
3	Meisje	13 jaar	Eerste keer
4	Meisje	14 jaar	Eerste keer
Gemiddelde leeftijd: 14 jaar			

Vragenlijst en resultaat

Intake

1. Na de kennismaking samen met (een van mijn) ouders had ik een duidelijk beeld van de PMT pubergroep		
Oneens	Niet oneens / niet eens	Eens
X		XXX

2. In de pubergroep kan ik goed aan mijn eigen doelen werken		
Oneens	Niet oneens / niet eens	Eens
X	XX	X

Groep

3. De groepsgrootte van 6 jongeren is:				
Veel te groot	Te groot	Precies goed	Te klein	Veel te klein
		XXXX		

4. Het is fijner om in een groep aan mijn doelen te werken dan individueel.		
Oneens	Niet oneens / niet eens	Eens
X	X	XX

Waarom vond je het wel of niet fijn?

Dan help je anderen ook nog en je krijgt ook andere hulpmiddelen.

Ze geven uitleg hoe je het kan doen.

Weet ik niet.

Ik vind het fijner om dingen alleen te doen.

Therapeuten

5. Vond je het prettig dat er twee therapeuten waren?

Ja / nee (omcirkelen)

Ja / nee

Ja / nee

Ja / nee

Waarom vond je dat wel of niet prettig?

Heb je meer hulp en is het soms duidelijker.

Mij maakt het op zich niet uit hoeveel therapeuten er zijn.

Het maakt mij niet uit 1 of 2 maar misschien kan 1 persoon ook wel.

Met twee man hebben ze meer aandacht

6. Heb je voorkeur voor een mannelijke of vrouwelijk therapeut?

Mannelijk / vrouwelijk / weet ik niet (omcirkelen)

Mannelijk / vrouwelijk / weet ik niet (omcirkelen)

Mannelijk / vrouwelijk / weet ik niet (omcirkelen)

Mannelijk / vrouwelijk / weet ik niet (omcirkelen)

Vrouw was goed heb geen man gehad dus weet niet hoe die het doet.

Bijeenkomsten

7. Een bijeenkomst van 75 minuten (5 kwartier) is				
Veel te lang	Te lang	Precies goed	Te kort	Veel te kort
	XX	XX		

8. Tien bijeenkomsten voor de pubergroep is een goed aantal.		
Oneens	Niet oneens / niet eens	Eens
X		XXX

9. De opbouw van de bijeenkomsten (beginronde – werkvorm – afsluiting) vind ik fijn.		
Oneens	Niet oneens / niet eens	Eens
	X	XXX

GGG model

10. Het GGG model heeft mijn geholpen om mijn doelen te bereiken.		
Oneens	Niet oneens / niet eens	Eens
XX	X	

Leg uit waarom wel of niet:

Kon niet merken wat ik dacht en dat het gevoel; -; Heb ik niet gemaakt; Dat heb ik al vaker moeten doen maar heeft nooit geholpen.

11. Door ook thuis te oefenen met het GGG model kan ik het nu beter toepassen.		
Oneens	Niet oneens / niet eens	Eens
X	XX	X

12. Wat ik tijdens de pubergroep leer kan ik ook in situaties thuis, op school enzovoort toepassen.		
Oneens	Niet oneens / niet eens	Eens
XX	X	X

Thema's

Tijdens de pubergroep zijn de volgende thema's aan bod gekomen:

1. Eigen kracht en stevig staan (houding, mimiek, oogcontact).
2. Lichaamssignalen
3. Grenzen (opkomen voor jezelf)

De volgende vragen gaan over deze thema's:

13. Helpen deze thema's jou om je doelen te bereiken?

Thema 1: Ja / nee Ja / nee Ja / nee Ja / nee

Thema 2: Ja / nee Ja / nee Ja / nee Ja / nee

Thema 3: Ja / nee Ja / nee Ja / nee Ja / nee

Zo ja, op welke manier?

Kon merken wanneer ik wat voelde en hoe ik er mee om ga; -; Ze hebben me alle drie niet geholpen;

-

14. Klopt de volgorde van de thema's?

Ja / nee (omcirkelen)

Zo nee, wat is een betere volgorde?

Weet ik niet; Ik weet het niet; Ja; Ja.

15. Moeten een of meer thema's NIET in de module aan bod komen? Zo ja, welke?

Weet ik niet; -; Nee is zo goed; -

16. Is er een thema dat je hebt gemist? Zo ja, welk thema?

Weet ik niet; -; Nee; -

Werkvormen

17. Welke werkvormen hebben jou geholpen tijdens het werken aan je doelen? Zet een X achter de werkvorm:

Bijeenkomst	Werkvormen	X
1	Namenspel met bal	
	Boompje verwisselen met eigenschappen	
	Eindspel: faustbal	
2	Aandachtsoefening	X
	Gesprekje vanuit verschillende posities	X X
	Brug bouwen	
3	Diverse vormen rondom stevig staan	X
	Chinees boksen	X
	Tikspel met stop zeggen	X
	Keeper is de baas	
4	Boksen: slaan tegen het kussen, inzet van positieve gedachten, doseren met slaan (20-100-20%)	X X X X
5	Overgooien, opbouwend in kracht	X
	Met de ogen dicht vangen	
6	Stoeivorm in de groep om de mat	
	Mat verdedigen (fysiek en verbaal)	
	Blokjesvoetbal	X
7	Grenzen aangeven in tweetallen waarbij je tegenover elkaar staat.	X X X
	Stoeien: bal afpakken.	X

18. Welke werkvormen moeten tijdens de volgende pubergroep zeker weer gedaan worden?

Weet ik niet; Gesprek vanuit verschillende posities; grenzen aangeven tijdens het lopen; ogen dicht bal vangen; Blokjes voetbal en boksen; Boksen

19. Welke werkvormen sluiten volgens jou niet goed aan?

Weet ik niet; -; Weet ik niet; Alles behalve boksen.

Houding en handelen van therapeuten

20. De therapeuten proberen jou op verschillende manieren te helpen bij het behalen van je doelen. Vind je de manieren die hieronder staan juist wel of niet helpend? Zet een X onder het antwoord dat voor jou klopt.

	Niet helpend	Een beetje helpend	Helpend
De therapeut stelt vragen over situaties thuis en tijdens de pubergroep.	X X	X X	
De therapeut vertelt wat zij aan mij ziet, aan mijn gezicht, mijn houding of mijn bewegen.	X	X X	X
De therapeut geeft complimenten.		X X	X X
De therapeut nodigt mij uit om mee te doen, iets te vertellen, te vragen enzovoort.	X	X X	X
De therapeut vraagt of anderen mijn verhaal herkennen.	X X		X X
De therapeut is betrokken.			X X X X
De therapeut vraagt waar ik tevreden over ben.	X	X	X X
De therapeut accepteert wie ik ben en wat ik doe.		X	X X X
De therapeut geeft uitleg, bijvoorbeeld over emoties, waarom we een werkvorm doen enzovoort.	X	X	X X

21. Heb je verder nog feedback: wat vond je goed en wat zijn verbeterpunten?

Ik vind het goed dat zij de leiding geeft.

Meer dezelfde types qua mensen in de groep.

Bijlage D Overzicht expertpanel

Respondent	Opleiding(en)	Werkplek	Werkervaring met Kind & Jeugd
1. Petra van den Munckhof	ALO VO-PMT Mindfulness Schema-therapie	GGZ Oost Brabant, locatie Boxmeer en Helmond	<i>12 jaar</i>
2. Gisela van Gerven	ALO VO-PMT Pesso-opleiding	GGZ Oost Brabant, locatie Helmond en Boxmeer	10 jaar
3. Sjoerd Lagé	Bachelor BPT Windesheim Rots & Water	GGZ Oost Brabant, locatie Boxmeer en Helmond	6 jaar
4. Joost van den Biggelaar	Bewegingswetenschappen, afstudeerrichting PMT	GGZ Oost Brabant, locatie Veghel en Boxmeer	14 jaar
5. Hanneke van der Heijden	Bachelor BPT Windesheim	GGZ Oost Brabant, locatie Veghel en Helmond	3 jaar
6. Mieke Selten	Bachelor PMT HAN	GGZ Oost Brabant, locatie Oss en Boxmeer	1,5 jaar
7. Evelien Janson	Bachelor BPT Windesheim Opleiding systeemtherapie	GGZ Oost Brabant, locatie Oss	14 jaar
8. Eline Leeuwangh	HBO inrichtingswerk VO-PMT Gezinstherapeutisch werken binnen vaktherapie	<i>Mutsaersstichting, locatie Venlo</i>	16 jaar

Bijlage E Delphi-techniek ronde 1: Vragenlijst en resultaat

Beste psychomotorisch therapeut van het expertpanel,

Bedankt voor je deelname aan het expertpanel voor mijn afstudeeronderzoek van de opleiding PMT aan de HAN. Het doel van mijn afstudeeronderzoek is het beschrijven van een module volgens de richtlijnen van de NVPMT voor de zogeheten pubergroepen die bij GGZ Oost Brabant locatie Boxmeer gegeven worden. De pubergroep is een groepsbehandeling van 10 wekelijkse sessies voor jongeren tussen 12 en 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek. Jongeren die deelnemen aan deze groepen kunnen verschillende stoornissen hebben, zoals ADHD, een gedragsstoornis, angst- en stemmingsstoornissen en/of autisme. De behandeling is gericht op identiteitsversterking. Identiteitsversterking is gedefinieerd als:

- Het versterken van het gevoel van de jongere dat hij zichzelf als uniek ervaart met al zijn positieve en negatieve eigenschappen en met duidelijke grenzen tussen zichzelf en anderen.
- Het versterken van een stabiel, reëel en overwegend positief zelfbeeld.
- Het versterken van de bewustwording, het uiten en het adequaat reguleren van emoties, ook in contact met anderen.

Zoals in de uitnodiging genoemd volgt er op dit onderzoek een effectmeting door Petra van den Munckhof.

Naar aanleiding van verschillende interviews met psychomotorisch therapeuten die werkzaam zijn met de doelgroep zijn er een aantal interventies en een attitude waarover ik via deze eerste ronde van de Delphi-techniek je mening wil horen. Het zijn vijf punten waarover verschillende meningen bleken te bestaan. Vandaar dat ik ze in deze eerste ronde aan je voorleg.

In de volgende ronde zal ik een vragenlijst voorleggen met alle in de interviews genoemde interventies en attitudes waarin ik de uitkomst van deze ronde verwerk. Uiteindelijk hoop ik tot de meest geschikte interventies te komen die opgenomen zullen worden in de PMT-module. Hierbij worden de antwoorden op de vragenlijsten anoniem verwerkt. In het onderzoeksverslag komt wel te staan uit welke leden het expertpanel bestond.

Op de volgende pagina vind je de vijf vragen met instructie. Er volgen eerst een aantal algemene vragen over je opleiding en werkervaring.

Aangezien het om slechts 5 vragen gaat houd ik voor deze vragenlijst een korte antwoordtermijn aan. Ik ontvang deze graag per email vóór vrijdag 4 april.

Bedankt voor je reactie.

Hartelijke groet,
Anniek Verschuur
anniekverschuur@hotmail.com

Algemene vragen (resultaat verwerkt in het overzicht van het expertpanel)

1. Welke opleiding(en) heb je gevolgd die relevant zijn voor je huidige werk als psychomotorisch therapeut (hieronder vallen ook aanvullende cursussen).
2. Waaruit bestaat je werkervaring met jongeren (12-16)?
3. Waaruit bestaan je huidige werkzaamheden?

Instructie

Geef bij onderstaande vragen aan in hoeverre je de beschreven interventie of attitude geschikt vindt voor de pubergroep door:

- een X te zetten onder de stelling die volgens jou de meest geschikte interventie of attitude weergeeft; of
- een X te zetten onder de antwoordmogelijkheid die volgens jou de mate aangeeft waarin de interventie geschikt is.

Vraag 1

Moet het uitgangspunt in de behandeling datgene zijn **wat niet goed gaat** of datgene **wat goed gaat**?

Uitgangspunt is altijd wat niet goed gaat.	Uitgangspunt is meestal wat niet goed gaat.	Uitgangspunt is meestal wat goed gaat.	Uitgangspunt is altijd wat goed gaat.
	X		
		X	
	X		
		X	
	X*	X*	
	X*	X*	
		X	
			X

Vraag 2

In hoeverre verwoord je als therapeut een alternatieve gedachte of reactie of laat je de jongere dit verwoorden?

Ik verwoord als therapeut altijd een alternatieve gedachte of reactie.	Ik verwoord als therapeut meestal een alternatieve gedachte of reactie.	Ik laat de jongere meestal een alternatieve gedachte of reactie verwoorden.	Ik laat de jongere altijd een alternatieve gedachte of reactie verwoorden.
		X	
		X	
		X	
		X	
	X*	X*	
		X	
		X	
			X

Vraag 3

In hoeverre is het een geschikte interventie om de jongere uit te dagen door als therapeut over de grens van de jongere te gaan?

Niet geschikt	Zelden geschikt	Meestal geschikt	Altijd geschikt
		X	
		X	
			X
X*			
	X		
		X	
		X	
		X	

Vraag 4

In hoeverre is het begrenzen van het externaliserende gedrag een geschikte interventie bij jongeren met externaliserende problematiek.

Helemaal niet geschikt	Niet geschikt	Geschikt	Heel erg geschikt
		X	
			X
		X	
		X	
	X*	X*	
		X	
		X	
		X	

Vraag 5

Wat is het meest geschikte aspect van de attitude, de rol van ouderfiguur of gelijkwaardigheid?

De rol van ouderfiguur is als enige geschikt.	De rol van ouderfiguur is geschikter dan gelijkwaardigheid.	Gelijkwaardigheid is geschikter dan de rol van ouderfiguur.	Gelijkwaardigheid is als enige geschikt.
		X	
		X	
		X	
X			
		X	
		X	
		X	
		X	

Bijlage F Delphi-techniek ronde 2: Vragenlijst en resultaat

Beste psychomotorisch therapeut van het expertpanel,
Nogmaals bedankt voor je deelname aan het expertpanel voor mijn afstudeeronderzoek van de opleiding PMT aan de HAN. Bij deze de vragenlijst voor de tweede ronde van de Delphi-techniek. Eerst volgt opnieuw een korte beschrijving van mijn afstudeeronderzoek.

Zoals eerder vermeld is het doel van mijn afstudeeronderzoek het beschrijven van een module volgens de richtlijnen van de NVPMT voor de zogeheten pubergroepen die bij GGZ Oost Brabant locatie Boxmeer gegeven worden, waar vervolgens een effectmeting van Petra van den Munckhof op volgt. De pubergroep is een groepsbehandeling van 10 wekelijkse sessies voor jongeren tussen 12 en 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek. Jongeren die deelnemen aan deze groepen kunnen verschillende stoornissen hebben, zoals ADHD, een gedragsstoornis, angst- en stemmingsstoornissen en/of autisme. De behandeling is gericht op identiteitsversterking.

Identiteitsversterking is gedefinieerd als:

- *Het versterken van het gevoel van de jongere dat hij zichzelf als uniek ervaart met al zijn positieve en negatieve eigenschappen en met duidelijke grenzen tussen zichzelf en anderen.*
- *Het versterken van een stabiele, reële en overwegend positieve zelfwaardering.*
- *Het versterken van de bewustwording, het uiten en het adequaat reguleren van emoties, ook in contact met anderen.*

Op pagina 2 staan ten eerste twee vragen uit de eerste ronde waarover de meningen verschilden. Ik wil je vragen deze nogmaals te beantwoorden. Daarna volgen drie vragenlijsten met verschillende interventies en attitudes. De **eerste** vragenlijst gaat over interventies gericht op de eerste twee onderdelen van identiteitsversterking. De **tweede** vragenlijst bestaat uit interventies gericht op het derde onderdeel van identiteitsversterking. De **derde** en laatste vragenlijst bestaat uit verschillende attitudes die gehanteerd kunnen worden in de pubergroepen. Per lijst wil ik je vragen de **viif** items te kiezen, niet meer en niet minder, die volgens jou het meest geschikt zijn om de gestelde doelen te behalen binnen de pubergroep. Sommige interventies staan in beide lijsten en mag je dan ook twee keer aankruisen als deze volgens jou voor beide doelen geschikt zijn. Daarnaast wil ik je vragen uit te leggen op welke manier de gekozen interventies en attitudes zichtbaar worden in je handelen, zowel verbaal als non-verbaal. De precieze instructie staat bij elke vragenlijst beschreven. Aan het eind is ruimte om interventies te noteren die je gemist hebt in de vragenlijsten, of andere opmerkingen te plaatsen.

De resultaten van de verschillende experts uit het expertpanel zal ik met elkaar vergelijken en aan je terugkoppelen. Daarbij zal ik de interventies en attitudes waarover nog geen consensus bestaat opnieuw in een vragenlijst aan je voorleggen om zo tot een zo groot mogelijke consensus te komen van interventies en attitudes die geschikt zijn voor deze doelgroep en die dus in de module opgenomen moeten worden. Mogelijk weet je (deels) uit welke leden het expertpanel bestaat. Ik wil je vragen niet met anderen over de vragenlijst te communiceren zodat ik ieders eigen mening hoor.

Ik ontvang de vragenlijst graag per email van je, het liefst voor de paasdagen maar in ieder geval vóór 25 april.

Bedankt voor je reactie.

Hartelijke groet,
Anniek Verschuur
anniekverschuur@hotmail.com

Instructie

Geef bij onderstaande vragen aan in hoeverre je de beschreven interventie of attitude geschikt vindt voor de pubergroep door:

- Een X te zetten onder de stelling die volgens jou de meest geschikte interventie of attitude weergeeft; of
- een X te zetten onder de antwoordmogelijkheid die volgens jou de mate aangeeft waarin de interventie geschikt is.

Je mag maximaal 1 X zetten.

Vraag 1

Moet het uitgangspunt in de behandeling, het startpunt waar de meeste nadruk op ligt, datgene zijn **wat niet goed gaat** of datgene **wat goed gaat**?

Uitgangspunt is altijd wat niet goed gaat.	Uitgangspunt is meestal wat niet goed gaat.	Uitgangspunt is meestal wat goed gaat.	Uitgangspunt is altijd wat goed gaat.
		X	
		X	
	X		
	X		
	X		
	X		
	X		
			X

Vraag 2

In hoeverre is het een geschikte interventie om de jongere uit te dagen door als therapeut over de grens van de jongere te gaan? Er wordt onderscheid gemaakt tussen twee situaties, a en b:

- a. De jongere geeft zijn grens NIET aan.

Niet geschikt	Zelden geschikt	Meestal geschikt	Altijd geschikt
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	
		X	

- b. De jongere geeft zijn grens WEL aan.

Niet geschikt	Zelden geschikt	Meestal geschikt	Altijd geschikt
		X	
		X	
			X
		X	
	X		
X			
		X	
			X

Vragenlijst 1

Interventies gericht op:

1. Het versterken van het gevoel van de jongere dat hij zichzelf als uniek ervaart met al zijn positieve en negatieve eigenschappen en met duidelijke grenzen tussen zichzelf en anderen.
2. Het versterken van een stabiele, reële en overwegend positieve zelfwaardering.

Instructie:

Kies uit de volgende interventies de **viif** (niet meer en niet minder) die volgens jou het meest geschikt zijn om als therapeut te hanteren in de pubergroepen gericht op bovenstaande doelen. Zet hiervoor een X in de laatste kolom achter de gekozen interventie.

	Interventie	Uitleg interventie	X	
1	Uitleg geven	<i>Over de rationale, sociale situaties, etc. zodat de jongere het snapt.</i>		3
2	Normaliseren	<i>'Normaal' maken van gedrag, gedachte of gevoel van de jongere</i>		2
3	Valideren	<i>Actief overbrengen dat gedrag, gedachten en gevoelens begrijpelijk en zinvol zijn in de huidige situatie.</i>		1
4	Bekrachtigen	<i>Positieve aandacht geven en complimenteren (van gedrag)</i>		4
5	Accepteren	<i>(non) verbaal laten merken dat je de cliënt en de situatie aanvaardt zoals die is.</i>		2
6	Begrenzen	<i>Beperken van gedrag</i>		1
7	Stimuleren	<i>Aansporen</i>		0
8	Expliciteren van het positieve	<i>Benoemen en benadrukken van het positieve, van wat goed gaat.</i>		4
9	Uitnodigen	<i>Vriendelijk en zonder dwang verzoeken om deel te nemen, zich te uiten, te verwoorden, te experimenteren etc.</i>		4
10	Observatie teruggeven	<i>Zintuiglijke feedback teruggeven aan de cliënt</i>		2
11	Observatie laten teruggeven	<i>Door een andere jongere zintuiglijke feedback laten verwoorden en teruggeven.</i>		1
12	Spiegelen	<i>Aan de jongere verbaal en non-verbaal zijn gedrag laten zien.</i>		
13	Benoemen	<i>Verwoorden van bijvoorbeeld positieve eigenschappen, unieke kenmerken e.d..</i>		1
14	Vragen stellen, navragen, doorvragen	<i>De jongere naar aanleiding van werkvormen of besprekingen bevragen op zijn gedachten, gevoelens, handelen en willen.</i>		6
15	Verbreden	<i>Herkenning bij een andere jongere zoeken, aandacht van individu naar de hele groep.</i>		3
16	Herkenning laten benoemen	<i>Door een andere jongere laten verwoorden of hij het gedrag, gevoel of de gedachte herkent.</i>		1
17	Wisselen van perspectief	<i>De jongeren vragen het gezichtspunt van een ander (gezinslid, groeps lid, vriend(in)) in te nemen.</i>		0
18	Zelfonthulling	<i>Delen van eigen gedachten, beleving, reactie met de jongeren.</i>		0
19	Betekenis verlenen	<i>Denken, voelen en handelen benoemen in relatie tot de therapiecontext.</i>		4

Instructie:

Licht voor de vijf gekozen interventies met een voorbeeld toe op welke manier deze in jouw verbaal en non-verbaal handelen zichtbaar is.

Nummer interventie	Op welke manier is dit <u>verbaal en non-verbaal</u> zichtbaar in jouw handelen?

De toelichting die de experts hebben gegeven zijn niet aan dit onderzoeksverslag toegevoegd. De toelichting op de interventies waarover ten minste de helft van het panel het eens was zijn gebruikt in de beschrijving van deze interventies in het onderzoeksverslag en de module.

Vragenlijst 2

Interventies gericht op:

3. Het versterken van de bewustwording, het uiten en het adequaat reguleren van emoties, ook in contact met anderen.

Instructie:

Kies uit de volgende interventies gericht op emotieregulatie de **viif** die volgens jou het meest geschikt zijn om als therapeut te hanteren in de pubergroepen gericht op bovenstaande doel. Zet hiervoor een X in de laatste kolom achter de gekozen interventie.

	Interventie	Uitleg interventie	X	
1	Psycho-educatie	<i>Uitleg geven over de werking van emoties</i>		7
2	Normaliseren	<i>'Normaal' maken van gedrag, gedachte of gevoel van de jongere</i>		1
3	Bespreken	<i>In gesprek gaan met de jongere(n) over een werkvorm, huiswerk, situatie en zijn gedachten, gevoelens en handelen en willen daarbij.</i>		2
4	Ontregelen	<i>De jongere uit zijn normale doen halen.</i>		1
5	Zelfonthulling	<i>Delen van eigen gedachten, beleving, reactie.</i>		1
6	Observaties teruggeven	<i>Zintuiglijke feedback terugkoppelen aan de jongere</i>		4
7	Vragen stellen / navragen	<i>De jongere naar aanleiding van werkvormen of besprekingen bevragen op zijn gedachten, gevoelens, handelen en willen.</i>		2
8	Benoemen	<i>Verwoorden van emoties, gevoelens, gedachten, handelingen van de jongere(n).</i>		3
9	Herhalen	<i>Van uitleg, experimenten, oefeningen, thema's</i>		
10	Voorbeeld geven	<i>Van een situatie, manier van handelen, denken of voelen.</i>		
11	Uitdagen	<i>De jongere uitdagen tot een reactie door over de grens van de jongere te gaan</i>		
12	Confronteren	<i>Feiten of problemen tonen aan de jongere</i>		1
13	G-schema of SRC-schema bespreken of invullen	<i>G-schema met Gebeurtenis, Gedachte, Gevoelens, Gedrag SRC met Situatie, Reactie, Consequentie</i>		7
14	Begrenzen	<i>Beperken van gedrag</i>		1
15	Structureren	<i>Structuur aanbrengen in werkvorm, bespreking, ervaring.</i>		
15	Richten op de last	<i>Last onderwerp van therapie/werkvorm/bespreking maken</i>		
16	Betekenis verlenen	<i>Handelen, beleven en denken benoemen in relatie tot de context.</i>		1
17	De jongere met een ander laten overleggen	<i>Reactie, gevoelens of gedachten met een ander (ouder, groepsleid, vriend(in) laten overleggen.</i>		2
18	Verbreden	<i>Herkenning bij een andere jongere zoeken, van individu naar groep.</i>		1
19	Spiegelen	<i>Aan de jongere verbaal en non-verbaal zijn gedrag laten zien.</i>		2
20	Bekrachtigen	<i>Positieve aandacht geven en complimenteren (van gedrag)</i>		2
21	Expliciteren van het positieve	<i>Benoemen en benadrukken van het positieve, van wat goed gaat.</i>		2

Instructie:

Licht voor de vijf gekozen interventies gericht op het derde onderdeel van identiteitsversterking (emotieregulatie) met een voorbeeld toe op welke manier deze in jouw verbaal en non-verbaal handelen zichtbaar is.

Nummer interventie	Op welke manier is dit <u>verbaal en non-verbaal</u> zichtbaar in jouw handelen?

De toelichting die de experts hebben gegeven zijn niet aan dit onderzoeksverslag toegevoegd. De toelichting op de interventies waarover ten minste de helft van het panel het eens was zijn gebruikt in de beschrijving van deze interventies in het onderzoeksverslag en de module.

Vragenlijst 3

Attitude

Instructie

Kies uit de volgende attitudes de vijf die volgens jou het meest geschikt zijn om als therapeut te hanteren in de pubergroepen. Zet hiervoor een X in de laatste kolom achter de gekozen interventie.

	Attitude	Uitleg attitude	X	
1	Validerend	<i>Actief overbrengend dat gedrag, gedachten en gevoelens begrijpelijk en zinvol zijn in de huidige situatie.</i>		3
2	Acceperend	<i>De jongere en de situatie aanvaardend zoals die is.</i>		3
3	Bekrachtigend	<i>Gedrag van de jongere complimentierend.</i>		3
4	Empathisch	<i>Inlevend in de jongere.</i>		2
5	Volgend	<i>De jongere de leiding gevend.</i>		0
6	Ouderfiguur	<i>Deskundige autoriteit.</i>		1
7	Begrenzend	<i>Gedrag van de jongere beperkend.</i>		1
8	Speels	<i>Ongedwongen, plezier uitstralend.</i>		0
9	Voorbeeld	<i>In eigen handelen passend alternatief gedrag voorlevend.</i>		2
10	Zichtbaar	<i>Aanwezig als persoon, participierend in activiteiten.</i>		0
11	Transparant	<i>Eigen gedachten en gevoelens tonend.</i>		2
12	Confronterend	<i>Feiten of problemen tonend.</i>		2
13	Uitnodigend	<i>Vriendelijk en zonder dwang verzoekend.</i>		3
14	Positief	<i>Optimistisch, het goede in de jongere(n) naar boven halend.</i>		4
15	Duidelijk	<i>Helder en congruent.</i>		3
16	Betrokken	<i>Laten merken dat je naar de jongere (met zijn problemen) omkijkt</i>		4
17	Nieuwsgierig	<i>Geïnteresseerd in / benieuwd naar de jongere.</i>		2
18	Onderzoekend	<i>De redenen achter gedrag, gedachten en gevoelens achterhalend.</i>		2
19	Stimulerend	<i>Aansporend.</i>		2
20	Ondersteunend	<i>Actief steun gevend.</i>		0
21	Helpend	<i>Een uitgestoken hand biedend.</i>		0

Instructie:

Licht voor de vijf gekozen attitudes met een voorbeeld toe op welke manier deze in jouw verbaal en non-verbaal handelen zichtbaar is.

Nummer attitude	Op welke manier is dit <u>verbaal en non-verbaal</u> zichtbaar in jouw handelen?

De toelichting die de experts hebben gegeven zijn niet aan dit onderzoeksverslag toegevoegd. De toelichting op de interventies waarover ten minste de helft van het panel het eens was zijn gebruikt in de beschrijving van deze interventies in het onderzoeksverslag en de module.

Slotvraag

Zijn er nog interventies of attitudes die je mist?
Zo ja, welke en op welke manier zijn die zichtbaar in je verbaal en non-verbaal handelen?

Bijlage G Delphi-techniek ronde 3: Vragenlijst en resultaat

Beste psychomotorisch therapeut van het expertpanel,

Bij deze de vragenlijst voor de derde en laatste ronde van de Delphi-techniek. Deze vragenlijst is een stuk korter dan de vorige dus ik hoop dat je nog één keer ongeveer 10 minuten vrij kan maken om deze in te vullen.

Na de vorige ronde bleek voor een aantal interventies dat een meerderheid van 75% van het expertpanel deze geschikt vindt voor de pubergroep. Voor de eerste twee onderdelen van identiteitsversterking was dit de interventie “vragen stellen, navragen, doorvragen”. Voor het tweede onderdeel, namelijk emotieregulatie waren dit de interventies “psycho-educatie” en “G-schema of SRC-model bespreken of invullen”. Deze interventies zijn niet meer terug te vinden in deze laatste vragenlijst. Daarnaast zijn de interventies en attitudes die door niemand of door slechts één persoon als geschikt zijn aangekruist uit de lijst verwijderd. De overgebleven interventies en attitudes zijn in de onderstaande lijsten te vinden waarbij dezelfde driedeling is gehanteerd als tijdens de tweede ronde. De nummers voor de interventies zijn in deze derde vragenlijst aangepast

Voor de eerste vragenlijst vraag ik je **vier** items aan te kruisen, voor de tweede lijst **drie** en voor derde lijst **viif**, die volgens jou het meest geschikt zijn om de gestelde doelen te behalen in de pubergroep. De aantallen zijn aangepast omdat er drie interventies zijn waarover al consensus bestaat. Opnieuw staan sommige interventies in twee verschillende lijsten en mag je deze dus twee keer aankruisen. Je hoeft je keuze deze niet keer niet toe te lichten. Boven elke lijst staat opnieuw de precieze instructie.

Na deze ronde hoop ik een duidelijk beeld te hebben van de interventies die het meest geschikt worden geacht om te hanteren binnen de pubergroep. Deze interventies worden opgenomen in de module. In het onderzoeksverslag komt een overzicht van het expertpanel met van alle respondenten de naam, gevolgde opleiding(en), huidige werkplek en het aantal jaar ervaring met de doelgroep. De resultaten worden anoniem verwerkt. Mocht je er bezwaar tegen hebben op genomen te worden in dit overzicht, geef dit dan bij het terugsturen van de vragenlijst aan.

Ik wil je opnieuw vragen niet over de vragenlijst te communiceren met andere leden van het expertpanel.

Ik ontvang de vragenlijst graag per email van je vóór zaterdag 10 mei.

Hartelijk dank voor je medewerking!

Vriendelijke groeten,

Anniek Verschuur anniekverschuur@hotmail.com

Het doel van mijn afstudeeronderzoek is het beschrijven van een module volgens de richtlijnen van de NVPMT voor de zogeheten pubergroepen die bij GGZ Oost Brabant locatie Boxmeer gegeven worden, waar vervolgens een effectmeting van Petra van den Munckhof op volgt. De pubergroep is een groepsbehandeling van 10 wekelijkse sessies voor jongeren tussen 12 en 16 jaar met internaliserende dan wel externaliserende problematiek. Jongeren die deelnemen aan deze groepen kunnen verschillende stoornissen hebben, zoals ADHD, een gedragsstoornis, angst- en stemmingsstoornissen en/of autisme. De behandeling is gericht op identiteitsversterking. Identiteitsversterking is gedefinieerd als:

1. Het versterken van het gevoel van de jongere dat hij zichzelf als uniek ervaart met al zijn positieve en negatieve eigenschappen en met duidelijke grenzen tussen zichzelf en anderen.

2. Het versterken van een stabiele, reële en overwegend positieve zelfwaardering.

3. Het versterken van de bewustwording, het uiten en het adequaat reguleren van emoties, ook in contact met anderen.

Vragenlijst 1

Interventies gericht op:

1. Het versterken van het gevoel van de jongere dat hij zichzelf als uniek ervaart met al zijn positieve en negatieve eigenschappen en met duidelijke grenzen tussen zichzelf en anderen.
2. Het versterken van een stabiele, reële en overwegend positieve zelfwaardering.

Instructie:

Kies uit de volgende interventies de **vier** (niet meer en niet minder) die volgens jou het meest geschikt zijn om als therapeut te hanteren in de pubergroepen gericht op bovenstaande doelen. Zet hiervoor een X in de laatste kolom achter de gekozen interventie.

	Interventie	Uitleg interventie	X	
1	Uitleg geven	<i>Over de rationale, sociale situaties, etc. zodat de jongere het snapt.</i>		2
2	Normaliseren	<i>'Normaal' maken van gedrag, gedachte of gevoel van de jongere</i>		3
3	Bekrachtigen	<i>Positieve aandacht geven en complimenteren (van gedrag)</i>		5
4	Accepteren	<i>(non) verbaal laten merken dat je de cliënt en de situatie aanvaardt zoals die is.</i>		4
5	Expliciteren van het positieve	<i>Benoemen en benadrukken van het positieve, van wat goed gaat.</i>		3
6	Uitnodigen	<i>Vriendelijk en zonder dwang verzoeken om deel te nemen, zich te uiten, te verwoorden, te experimenteren etc.</i>		3
7	Observatie teruggeven	<i>Zintuiglijke feedback teruggeven aan de cliënt</i>		4
8	Verbreden	<i>Herkenning bij een andere jongere zoeken, aandacht van individu naar de hele groep.</i>		2
9	Betekenis verlenen	<i>Denken, voelen en handelen benoemen in relatie tot de therapiecontext.</i>		6

Vragenlijst 2

Interventies gericht op:

3. Het versterken van de bewustwording, het uiten en het adequaat reguleren van emoties, ook in contact met anderen.

Instructie:

Kies uit de volgende interventies gericht op emotieregulatie de **drie** (niet meer en niet minder) die volgens jou het meest geschikt zijn om als therapeut te hanteren in de pubergroepen gericht op bovenstaande doel. Zet hiervoor een X in de laatste kolom achter de gekozen interventie.

	Interventie	Uitleg interventie	X	
1	Bespreken	<i>In gesprek gaan met de jongere(n) over een werkvorm, huiswerk, situatie en zijn gedachten, gevoelens en handelen en willen daarbij.</i>		3
2	Observaties teruggeven	<i>Zintuiglijke feedback terugkoppelen aan de jongere</i>		4
3	Vragen stellen / navragen	<i>De jongere naar aanleiding van werkvormen of besprekingen bevragen op zijn gedachten, gevoelens,</i>		6

		<i>handelen en willen.</i>		
4	Benoemen	<i>Verwoorden van emoties, gevoelens, gedachten, handelingen van de jongere(n).</i>		5
5	De jongere met een ander laten overleggen	<i>Reactie, gevoelens of gedachten met een ander (ouder, groepslid, vriend(in) laten overleggen.</i>		3
6	Spiegelen	<i>Aan de jongere verbaal en non-verbaal zijn gedrag laten zien.</i>		1
7	Bekrachtigen	<i>Positieve aandacht geven en complimenteren (van gedrag)</i>		2
8	Expliciteren van het positieve	<i>Benoemen en benadrukken van het positieve, van wat goed gaat.</i>		0

Vragenlijst 3

Attitude

Instructie

Kies uit de volgende attitudes de **vijf** (niet meer en niet minder) die volgens jou het meest geschikt zijn om als therapeut te hanteren in de pubergroepen. Zet hiervoor een X in de laatste kolom achter de gekozen interventie.

	Attitude	Uitleg attitude	X	
1	Validerend	<i>Actief overbrengend dat gedrag, gedachten en gevoelens begrijpelijk en zinvol zijn in de huidige situatie.</i>		3
2	Acceptorend	<i>De jongere en de situatie aanvaardend zoals die is.</i>		4
3	Bekrachtigend	<i>Gedrag van de jongere complimenteerd.</i>		3
4	Empathisch	<i>Inlevend in de jongere.</i>		2
5	Voorbeeld	<i>In eigen handelen passend alternatief gedrag voorlevend.</i>		1
6	Transparant	<i>Eigen gedachten en gevoelens tonend.</i>		4
7	Confronterend	<i>Feiten of problemen tonend.</i>		2
8	Uitnodigend	<i>Vriendelijk en zonder dwang verzoekend.</i>		3
9	Positief	<i>Optimistisch, het goede in de jongere(n) naar boven halend.</i>		2
10	Duidelijk	<i>Helder en congruent.</i>		3
11	Betrokken	<i>Laten merken dat je naar de jongere (met zijn problemen) omkijkt</i>		4
12	Nieuwsgierig	<i>Geïnteresseerd in / benieuwd naar de jongere.</i>		3
13	Onderzoekend	<i>De redenen achter gedrag, gedachten en gevoelens achterhalend.</i>		3
14	Stimulerend	<i>Aansporend.</i>		3

Slotvraag

Heb je verder nog opmerkingen?

Bij vragenlijst 2: bespreken is voor mij breder dan vragen stellen. In het navragen is meer sprake van wederkerigheid en meer gerichtheid op nuances