

‘Ze deugen nergens voor’: Het *Belief* effect in justitiële jeugdinterventies

Ben Rovers
Lectorale rede
9 november 2007

Inleiding.....	2
What works: de huidige kijk op effectieve interventies	3
Achtergrond.....	3
Constituerende elementen	4
What works beginselen	6
Kanttekeningen bij de What works benadering	7
Kanttekeningen bij nadruk op experimenteel onderzoek.....	7
Kanttekeningen bij nadruk op onderzoekssynthesen (met name meta-analyses)	10
De sociale dynamiek van interventies blijft buiten beschouwing	11
De What works beginselen bieden nauwelijks houvast voor de interventiepraktijk.....	12
Het Belief effect: een introductie	14
Het Belief effect in medisch onderzoek en de betekenis voor het veiligheidsveld.....	16
Wat is een placebo-effect?	16
Placebo-effecten beschreven I: de relevante behandelelementen	18
Placebo-effecten beschreven II: patiënten, ziekten, omvang en achtergronden	20
Recapitulatie: de betekenis van het Belief effect voor het veiligheidsveld	22
Een ander perspectief op de effectiviteit van justitiële jeugdinterventies	23
Justitiële gedragsinterventies gezien vanuit het Belief effect	23
Het wenkend perspectief van het Belief effect.....	26
Conclusie.....	28
Literatuur	30

Inleiding

Jeugdcriminaliteit is een complex fenomeen. Ik kan erover meepraten: ruim 25 jaar geleden, toen ik zelf nog een jongere was, stal ik uit een niet nader te noemen filiaal van Xenos een theezeeffje (ter waarde van twee gulden). Ik kan u niet vertellen waarom ik dit deed. Ik kan u wel tal van factoren noemen die NIET aan dit gedrag ten grondslag lagen. Dit zijn de factoren die je doorgaans aantreft in de criminologische literatuur over oorzaken van jeugdcriminaliteit. Waarmee ik maar wil zeggen: criminologen weten veel, maar veel ook niet.

Met mij is het intussen wel goed gekomen. Op de theezeeff is wel een carrière in de criminaliteit gevolgd maar gelukkig geen criminele carrière. Dit laatste geldt helaas niet voor elke jongere die zijn eerste schreden op het criminele pad zet. Een belangrijk deel van de jongeren die crimineel gedrag vertonen, en naar het zich laat aanzien ook een groeiend deel, voldoet niet aan het beeld van de experimenterende puber. Deze groep wordt gekenmerkt door het veelvuldig plegen van ernstige, vaak ook gewelddadige delicten, waaraan men op jonge leeftijd, vaak al voor de pubertijd, begint en waarmee men ook niet stopt wanneer de volwassenheid aanbreekt. In de achtergrond van deze jongeren is veelal sprake van langdurige en meervoudige problematiek op tal van terreinen. Het is deze groep waarnaar mijn interesse uitgaat. Over de aard, omvang en achtergronden van de problematiek zal ik het vandaag niet hebben. Daarover is door anderen al veel geschreven en gezegd (Loeber, Slot and Sergeant 2001).

In deze lezing wil ik graag ingaan op de aanpak van deze problematiek, waarbij ik organisatorische, financiële en andere belangrijke randvoorwaardelijke zaken buiten beschouwing zal laten. Ik concentreer mij op de inhoud van de interventies en in het bijzonder wil ik u een perspectief presenteren dat mijns inziens kan bijdragen aan het effectiever maken van deze interventies. Dit perspectief behelst de toepassing van het belief effect. Dit effect is onder verschillende benamingen bekend in uiteenlopende wetenschapsgebieden en beschrijft het fenomeen dat mensen die een bepaalde situatie als reëel definiëren deze situatie vervolgens als realiteit naar zich toehalen. Aan de hand van onderzoek naar placebo-effecten in de medische sector wil ik u laten zien dat het belief effect een krachtig empirisch fenomeen is. Toepassing van dit effect in het veiligheidsveld, in het bijzonder bij interventies ten aanzien van risicojongeren, kan de effectiviteit van deze interventies naar mijn idee daadwerkelijk verhogen. Het aantrekkelijke van dit perspectief is bovendien dat het ons, vanuit een heel ander gezichtspunt dan gebruikelijk, duidelijk maakt waarom het zo lastig is om in de huidige interventiepraktijken positieve resultaten te boeken met deze groep. Kortom, toepassing van het belief effect geeft ons niet alleen een nieuw inzicht in de factoren die de werkzaamheid van interventies bepalen, het verschaft ons ook een wenkend en praktisch perspectief om de effectiviteit van deze interventies te verhogen.

Alvorens over te gaan tot de presentatie hiervan wil ik u de contouren schetsen van het dominante perspectief dat momenteel het denken over effectieve interventies bepaalt: de zogenaamde What works benadering. Ik zal deze op hoofdlijnen schetsen en aangeven waarom ik denk dat deze benadering een weliswaar noodzakelijke, maar tegelijkertijd ook onvoldoende voorwaarde vormt voor het realiseren van effectieve interventies. Daarna zal ik het belief effect beschrijven en het belang hiervan schetsen voor de toepassing van jeugdiventies. In dit kader zal ik ook ingaan op de rol en het belang van sociale professionals bij deze interventies.

Terzijde: ik hecht eraan te vertellen vanuit welke achtergrond ik deze exercitie ga ondernemen. Dit is, denk ik, nodig omdat de vraagstukken die ik ga behandelen zich afspelen op het raakvlak van twee disciplines: de criminologische en de sociaal-agogische. Mijn achtergrond is die van de criminologie. Ik zal de materie dan ook vooral vanuit die invalshoek benaderen. De sociaal-agogische discipline is mij niet helemaal onbekend. Zo mag ik mezelf sociaal-cultureel werker noemen, al heb ik dit beroep nooit (betaald) uitgeoefend. In het sociaal-agogische discours moet ik echter worden beschouwd als een buitenstaander. Ik ben onvoldoende op de hoogte van relevante inzichten in dit veld. Daarnaast is het van belang te melden dat ik een onderzoeksmethodologische achtergrond heb. Voor mij wordt de waarde van kennis voor een belangrijk deel bepaald door de wijze waarop deze tot stand is gekomen. Dit verklaart waarom ik hierna af en toe een methodologische uitstap maak.

What works: de huidige kijk op effectieve interventies¹

Wanneer we effectiviteit definiëren als het uitblijven, afnemen of minder ernstig worden van recidive, kunnen we concluderen dat veel interventies in het justitieveld niet of nauwelijks effectief zijn. Aanvangsleeftijd, ernst van de criminaliteit en lengte van de criminele carrière bepalen in belangrijke mate hoe het verder zal gaan: hoe jonger iemand is bij het plegen van zijn eerste delicten, hoe ernstiger de gepleegde feiten zijn en hoe langer de periode waarin deze feiten plaatsvinden, des te ingewikkelder wordt het om dit gedrag om te buigen (Loeber, Slot and Sergeant 2001). Jongeren die ernstige delicten plegen, kennen hogere recidivepercentages dan enige andere groep bij Justitie. De meeste jongeren die een justitiële jeugdinrichting verlaten, komen opnieuw met justitie in aanraking, het overgrote deel vanwege ernstige feiten (Wartna et al. 2006). Overigens zien we ook aan de andere kant van het spectrum, bij de bagateldelicten, dat het lastig is om invloed uit te oefenen op de regelovertreding van jongeren. De recente evaluaties van bijvoorbeeld de HALT-afdoening en de justitiële interventies ten aanzien van schoolverzuim illustreren dit. Deze interventies blijken niet of nauwelijks in staat verandering in gedrag te bewerkstelligen (Burik et al. 2007; Ferwerda et al. 2006).

Het lijkt al met al niet veel uit te maken of deze jongeren worden blootgesteld aan deze of gene interventie. Toch moeten we voorzichtig zijn met deze conclusie, omdat we -hoe gek het ook klinkt- eigenlijk helemaal niet zoveel weten van de effecten van allerhande interventies. Binnen de What works benadering, die momenteel dominant is in de criminologie, houden wetenschappers zich bezig met de vraag wat effectieve interventies zijn en hoe deze gerealiseerd kunnen worden. Ik zal hier kort de achtergronden van deze benadering schetsen en vervolgens mijn licht laten schijnen op de vraag of deze benadering ons kan helpen het beoogde doel, effectieve interventies, dichterbij te brengen.

Achtergrond

Het streven naar effectieve interventies is van alle tijden. Wie wil zich immers bezighouden met interventies die er waarschijnlijk niet toe doen? Toch kunnen we stellen dat het justitieveld jarenlang in de greep is geweest van een nogal sombere kijk op de mogelijkheden

¹ Onderdelen van deze en de volgende paragraaf zijn ontleend aan Rovers, Ben. 2007b. "What works; kanttekeningen bij een populair programma." *Tijdschrift voor Veiligheid* 6:7-22.

die interventies bieden om crimineel gedrag te veranderen. Midden jaren zeventig verschenen studies waarin uiteenlopende interventies in het justitieveld onder de loep werden genomen. De conclusies waren glashard: op enkele geïsoleerde uitzonderingen na bleken de onderzochte interventies geen enkel effect te sorteren (Lipton, Martinson and Wilks 1975; Martinson 1974). Deze conclusies werden later kortweg samengevat in de gedachte dat niets werkt (*nothing works*). Deze gedachte heeft jarenlang het academisch denken over de aanpak van persoonsgerichte criminaliteitspreventie beheerst en doet dat voor een deel misschien nog wel (Cullen and Gendreau 2000).

Diverse ontwikkelingen hebben echter bijgedragen aan een hernieuwd debat over de effectiviteit van persoonsgerichte justitiële interventies. Eén van deze ontwikkelingen betreft de opkomst van nieuwe onderzoeksmethoden. Vooral de opkomst van de meta-analyse speelt hierbij een belangrijke rol. Deze techniek maakt het mogelijk de uitkomsten van grote hoeveelheden onderzoek te synthetiseren en kwantificeren. Een andere ontwikkeling heeft betrekking op veranderingen in beleid: overheden koppelen financiering van interventies in toenemende mate aan de voorwaarde dat deze interventies bewezen werkzaam zijn oftewel evidence-based. Daarnaast zijn ook meer positieve onderzoeksresultaten geboekt die een tegenwicht bieden aan de gedachte dat ‘niets werkt’. Voorbeelden hiervan zijn de vele studies naar rehabilitatie van gevangenen door een groep Canadese psychologen (Cullen and Gendreau 2000) en de uitkomsten van grootschalige onderzoekssynthesen in de Verenigde Staten (Sherman et al. 1997). Deze onderzoekssynthesen, die plaatsvonden in opdracht van het Amerikaanse Congres, waren er op gericht effectieve interventies op te sporen. De titel van het rapport – ‘Criminaliteit voorkomen: wat werkt, wat werkt niet en wat is veelbelovend?’ verwijst hiernaar. We mogen stellen dat vooral deze publicatie een hernieuwde stimulans heeft gegeven aan het onderzoek naar effectieve interventies (Farrington and Welsh 2005). De oprichting, in 2000, van de ‘Campbell Collaboration’, een forum voor het bevorderen van *evidence-based* kennis ten aanzien van justitiële interventies, bevestigt dit hernieuwde geloof in de mogelijkheid om door middel van hoogwaardig onderzoek te komen tot verbeterde inzichten in de werkzaamheid van justitiële interventies.² De uitgangspunten van de Campbell Collaboration zijn ontleend aan praktijken in de medische sector. Er ligt een sterke nadruk op het gebruik van experimentele onderzoeksdesigns, de zogenaamde *Randomized Controlled Trials*, die ruim 50 jaar geleden werden ingevoerd als de gouden standaard voor het vaststellen van effecten van medische interventies (Harrington 2002; Petrosino et al. 2001). The Campbell Collaboration is dan ook opgezet naar het model van de Cochrane Collaboration. Dit is een platform in de medische sector dat streeft naar evidence-based kennis over behandelingen in de gezondheidszorg door het (laten) verrichten van onderzoekssynthesen die aan bepaalde kwaliteitscriteria voldoen.³

Constituerende elementen

De hier genoemde ontwikkelingen hebben een nieuwe beweging gecreëerd die gericht is op het ontwikkelen en vaststellen van evidence-based interventies in het justitieveld. Ik zal deze beweging hierna aanduiden onder de noemer ‘what works benadering’. Binnen deze benadering is een dominante stroming ontstaan die het streven naar effectieve interventies wil vormgeven door zoveel mogelijk de principes te volgen die ten grondslag liggen aan de onderzoekstraditie in de medische wetenschap. De constituerende elementen van deze benadering zijn mijns inziens de volgende:

² <http://www.campbellcollaboration.org/>

³ <http://www.cochrane.org/>

1. de effecten van interventies zijn onderzocht aan de hand van *research designs die zo hoog mogelijk scoren op interne validiteit*;
2. Om te kunnen spreken over bewezen effecten beschikt men bij voorkeur over *een zo groot mogelijke hoeveelheid data* die verkregen is middels de hiervoor genoemde designs;
3. Binnen de interventies is de aandacht vooral gericht op *bewezen methodieken*.

Toelichting:

Ad 1) Om de methodologische kwaliteit van onderzoek vast te stellen, met name op het punt van de interne validiteit, zijn diverse criteria en schalen ontwikkeld. De *Maryland Scientific Methods Scale* (SMS) is wellicht de bekendste in het veiligheidsveld (Farrington et al. 2002). Op een 5-punts schaal wordt weergegeven in hoeverre uitkomstvariabelen kunnen worden toegeschreven aan de gepleegde interventie. Bij een niveau-1 studie gebeurt dit op basis van correlaties tussen interventievariabelen en uitkomstvariabelen, bij een niveau-5 studie (het hoogste niveau) worden effecten vastgesteld door gebruik te maken van een experimentele opzet (vergelijking tussen experimentele en controlegroep), het uitvoeren van voor- en nametingen in beide groepen, controle voor storende variabelen en gerandomiseerde toekenning van de interventie. Er wordt gestreefd naar studies van een zo hoog mogelijk niveau, omdat deze beter in staat zijn de causale effecten van interventies vast te stellen.

Ad 2) Het tweede element, het streven naar empirische validering door gebruikmaking van zoveel mogelijk data, zien we vooral terug in de grote hoeveelheid onderzoekssynthesen die in de voorbije jaren geproduceerd zijn. Deze studies zijn gericht op het vaststellen van effecten van interventies door de resultaten uit (zoveel mogelijk) verschillende onderzoeken 'te stapelen'. Er zijn verschillende methoden om een onderzoekssynthese uit te voeren en net als voor de studies die onderwerp zijn van een onderzoekssynthese, geldt ook voor de onderzoekssynthese zelf dat er een ordening kan worden aangebracht in de methodologische kwaliteit. *Narrative review*, de *vote count* methode en meta-analyse zijn veel gebruikte methoden om onderzoeksresultaten samen te vatten (Welsh and Farrington 2001). Met name meta-analyses zijn de laatste jaren zeer populair geworden en vormen een belangrijke peiler onder de *What works* benadering. Belangrijke kenmerken zijn: een uitputtende zoektocht naar relevante studies, expliciete inclusie- en exclusiecriteria voor studies, het gebruik van een expliciet codeerschema om studiekekenmerken en resultaten te beschrijven en het gebruik van de beste statistische methoden om de studieresultaten samen te vatten in één simpele kwantitatieve maat; de gemiddelde effectgrootte (Lipsey and Wilson 2001; Petrosino et al. 2001; Wilson 2001). Meta-analyse wordt door velen gezien als een vorm van onderzoekssynthese die in methodologisch opzicht superieur is aan de andere vormen en daarom te verkiezen.

Ad 3) De voorgaande elementen hebben betrekking op *hoe* je de effecten van interventies het beste kan vaststellen. Het laatste element zoomt in op de inhoud van de interventie zelf. We zien hier een sterke focus op 'bewezen methodieken'. Dit zijn methodieken waaraan een geëxpliciteerde én empirisch gefundeerde beleidstheorie ten grondslag ligt. Een beleidstheorie is een theorie die verklaart of voorspelt hoe de interventie zal uitpakken (Leeuw 2005). Explicitering van de theoretische aannames die aan een interventie ten grondslag liggen en toetsing van deze aannames aan het beschikbare empirisch materiaal wordt gezien als een belangrijke en noodzakelijke stap naar effectieve(re) interventies (Berghuis, Leeuw and Scheepmaker 2004; Leeuw 2005).

We kunnen deze uitgangspunten als volgt samenvatten: om te kunnen bepalen of interventies werken, hebben we onderzoek nodig. Niet zomaar onderzoek, maar onderzoek dat voldoet aan

de hoogste criteria van interne validiteit. We maken dus alleen of bij voorkeur gebruik van gerandomiseerd experimenteel onderzoek. Hoe meer van dit soort onderzoek we tot onze beschikking hebben (dus: hoe groter onze database), des te beter kunnen we de effectiviteit van interventies vaststellen. Meta-analyse is volgens velen het beste middel om dit doel te bereiken, omdat deze techniek het beste in staat is om de effectiviteit van interventies te kwantificeren. Bij het beoordelen van de werkzame stof in interventies staan bewezen methodieken centraal. Dit zijn methodieken die zijn gebaseerd op beleidstheorieën die voldoende empirisch onderbouwd zijn. Met andere woorden, aan de methodiek ligt een causale analyse ten grondslag die aangeeft op welke wijze de interventie zal leiden tot het gewenste resultaat en deze analyse dient te steunen op de uitkomsten van onderzoek.

What works beginselen

Onderzoek dat in deze lijn is verricht heeft inmiddels geleid tot een aantal What works beginselen. Deze beginselen worden van belang geacht voor het succesvol laten verlopen van interventies. Van der Laan somt deze beginselen op (Laan 2004):

- Risicobeginsel
 - o De intensiteit van de interventie is afgestemd op het recidiverisico: hoe groter dit risico des te intensiever moet de interventie zijn (en omgekeerd!). Een intensieve interventie bij een gering recidiverisico kan tot averechtse effecten leiden.
- Behoeftbeginsel
 - o De interventie richt zich op beïnvloedbare criminogene factoren. Dit zijn factoren die rechtstreeks samenhangen met het criminele gedrag. Interventies die zich richten op niet-criminogene factoren (bijv. eigenwaarde, depressie) hebben geen effect op recidive.
- Responsiviteitsbeginsel
 - o De interventie moet aansluiten bij de (sociale en intellectuele) mogelijkheden van de dader. Meer in het algemeen is het van belang dat er een match is tussen de dader, de uitvoerder van de interventie en de gebruikte methodiek.
- Beginsel van behandelmodaliteit
 - o De interventie is bij voorkeur multimodaal, gericht op verschillende criminogene factoren. Beloning van gewenst gedrag leidt tot betere resultaten dan bestraffing van ongewenst gedrag. Interventies die gebruik maken van cognitieve en gedragsgeoriënteerde methodieken boeken in zijn algemeenheid de beste resultaten.
- Beginsel van programma-integriteit
 - o De uitvoering van interventies is conform de opzet die vooraf bepaald is en dient ook alle elementen te bevatten die daarin aan de orde zijn. Afwijkingen van de interventie zoals bedoeld, bijvoorbeeld behandelaars die iets anders doen dan voorgeschreven, hebben doorgaans een negatief effect op de effectiviteit.
- Professionaliteitsbeginsel
 - o De professionals die de interventie uitvoeren zijn professioneel, dat wil zeggen goed opgeleid en getraind in de interventie, en in staat om deze waar nodig aan te passen aan individuele behoeften en mogelijkheden. Ze worden inhoudelijk ondersteund door hun organisatie. Impulsief en intuïtief werken is niet effectief.

Deze beginselen hebben inmiddels een vertaalslag gekregen in het beleid. In zijn algemeenheid kunnen we stellen dat beleidmakers hogere eisen zijn gaan stellen aan

interventieprogramma's en aan onderzoek dat deze programma's moet toetsen dan wel rechtvaardigen (Beenackers 2000; Laan et al. 2006; National-Research-Council 2005; Wartna 2005). In 2005 werd in Nederland de Erkenningscommissie Gedragsinterventies geïnstalleerd. Deze commissie adviseert het Ministerie van Justitie over de kwaliteit van justitiële interventies. Dit doet zij op basis van de hiervoor beschreven *What works* beginselen. Tot en met eind 2006 werden aan deze commissie 13 interventies ter toetsing voorgelegd. Zes daarvan werden voorlopig erkend (dit betekent dat de interventie niet aan alle kwaliteitscriteria voldoet, maar voldoende potentieel heeft), de overige zeven werden niet erkend. Géén van de dertien voorgelegde interventies werd volledig erkend, dat wil zeggen: had voldaan aan alle kwaliteitscriteria (Erkenningscommissie-Gedragsinterventies 2006). Recentelijk is ook een landelijke Erkenningscommissie voor Jeugdinterventies van start gegaan.⁴

Tot zover mijn korte presentatie van de *What work* benadering. Ik zal hierna enige kanttekeningen plaatsen bij deze benadering.

Kanttekeningen bij de *What works* benadering

Misschien is het goed om vooraf duidelijk te maken dat ik het uitgangspunt van de *What works* benadering onderschrijf. Dit is het streven naar evidence-based interventies. Het lijkt me dat we als onderzoeksgemeenschap de maatschappelijke plicht hebben om te blijven nadenken over de vraag hoe we jongeren die de maatschappij én zichzelf schade berokkenen, kunnen bereiken en kunnen bewegen tot verandering. Dit dient niet alleen een maatschappelijk doel, een veiliger samenleving, maar wat mij betreft ook een individueel doel: de betreffende jongeren hebben geen baat bij een criminele carrière, al zullen ze dat zelf niet altijd zo zien. Ik ben blij met de hernieuwde aandacht voor de effectiviteit van persoonsgerichte interventies, maar twijfel wel of de route die ik hiervoor heb geschetst, zal leiden tot het gewenste resultaat: effectievere interventies. Mijn inschatting is dat dit niet het geval is en dit heeft volgens mij iets te maken heeft met het feit dat binnen de *What works* benadering het wetenschappelijk perspectief (het onderzoekerperspectief) dominant is en het praktijkperspectief daaraan ondergeschikt. Dit betekent mijns inziens dat kennis wordt geproduceerd die niet altijd praktisch relevant is. Ik signaleer in dit verband vier problemen die ik hierna zal toelichten:

1. De nadruk op het gebruik van gerandomiseerd experimenteel onderzoek lost één probleem op, maar creëert vele andere.
2. De nadruk op het gebruik van onderzoekssynthesen (met name meta-analyses) remt de toepassing van innovatieve interventiestrategieën.
3. De sociale dynamiek van interventies blijft buiten beschouwing in deze benadering.
4. De *What works* beginselen bieden nauwelijks houvast voor de interventiepraktijk.

Kanttekeningen bij nadruk op experimenteel onderzoek

Om deugdelijk vast te kunnen stellen of interventies effectief zijn, dienen we bij voorkeur gebruik te maken van experimentele onderzoeksopzetten, waarbij de onderzoekssubjecten willekeurig (*at random*) zijn toebedeeld aan de experimentele dan wel de controleconditie.

⁴ <http://www.nji.nl/>

Alleen op deze manier kunnen we veranderingen in bijvoorbeeld recidive interpreteren als een exclusief gevolg van de gepleegde interventie. Weisburd et al. hebben laten zien dat er een verband bestaat tussen de opzet van evaluatiestudies en de mate waarin deze studies effecten van interventies vaststellen. Dit verband komt er in het kort op neer dat wanneer evaluatiestudies voldoen aan hogere eisen van interne validiteit, dat wil zeggen dat ze de hiervoor beschreven experimentele opzet dichter benaderen, de gevonden effecten doorgaans geringer zijn (Weisburd, Lum and Petrosino 2001). Met andere woorden, hoe strenger het onderzoek, des te minder effectief blijken de interventies die we plegen. Het belang van de toepassing van experimenteel onderzoek staat dan ook buiten kijf.

Nu zien we dat dit soort onderzoek in het veiligheidsveld, in tegenstelling tot de medische sector, weinig wordt toegepast. Hiervoor kunnen verschillende verklaringen worden aangevoerd. Een belangrijke beperkende voorwaarde vormen de juridische randvoorwaarden waarbinnen justitiële interventies zich afspelen. Experimenteren met interventies kan op gespannen voet staan met juridische beginselen die ten grondslag liggen aan diezelfde interventies, zoals het uitgangspunt dat gelijke gevallen gelijk behandeld moeten worden. Het juridisch kader begrenst aldus de mogelijkheden om vrijelijk te experimenteren (Roos 2007). Daarnaast zijn er vele praktische belemmeringen verbonden aan het gebruik van dit soort onderzoek in het veiligheidsveld. Het voert te ver om deze hier in detail te bespreken (Asscher et al. 2007; Berk 2005; Feder, Jolin and Feyerherm 2000). In navolging van Lipsey mogen we echter stellen dat de bronnen en omstandigheden die nodig zijn om experimenteel onderzoek toe te passen in de praktijk van het veiligheidsveld nogal schaars blijken (Lipsey 2001). Ten slotte zien we dat de beleidscontext een rol speelt bij de beperkte toepassing van experimenteel onderzoek. Dit soort onderzoek is duur en kent lange doorlooptijden. Beleidsmakers zijn doorgaans weinig bereid om hierin te investeren. De lange termijn lijkt ook niet hun eerste zorg. Zoals Pawson het formuleert: reguliere beleidscycli staan op gespannen voet met het gebruik van experimentele onderzoeksdesigns (Pawson 2002). Kortom, de toepassingsmogelijkheden van dit soort onderzoek in het veiligheidsveld zijn beperkt door juridische, praktische en beleidsmatige factoren. Sommige van deze factoren hebben een min of meer structureel karakter, waardoor de toepassingsmogelijkheden van experimenteel onderzoek in het veiligheidsveld beperkt zijn.

In de What works benadering wordt niettemin zwaar wordt ingezet op de toepassing van experimenteel onderzoek en op interventies die dergelijk onderzoek mogelijk maken. Deze benadering schiet mijns inziens zijn doel voorbij. Illustratief is wat Farrington hierover opmerkte. Hij constateerde dat de criteria die de National Research Council in de VS hanteert om justitiële interventieprogramma's in aanmerking te laten komen voor evaluatiestudies (de zogenaamde evalueerbaarheidscriteria) zodanig zijn dat circa 96% van alle programma's niet in aanmerking komt. Slechts 4% van de justitiële interventieprogramma's leent zich voor een evaluatiestudie die voldoet aan de hoogste methodologische eisen. Farrington, bepaald geen tegenstander van experimenteel onderzoek, vroeg zich vervolgens af of het verstandig is om de onderzoeksgelden te beperken tot 'Rolls-Royce evaluaties van Rolls-Royce programma's' en daardoor de overgrote meerderheid van de interventieprogramma's ongeëvalueerd te laten (Farrington 2006). In Nederland zien we vergelijkbare tendenzen ontstaan.

Vanuit de praktijk gezien is het probleem van de exclusieve focus op experimenteel onderzoek, dat de kennis die aldus wordt geproduceerd minder bruikbaar wordt. De praktijkrelevantie neemt af doordat de generaliseerbaarheid van de kennis geringer wordt. Ik zal dit onderbouwen en illustreren aan de hand van drie voorbeelden. Generaliseerbaarheid houdt in dat we de onderzoeksresultaten kunnen vertalen naar andere soorten individuen en groepen, andersoortig probleemgedrag, andere omstandigheden, andersoortige instituties, et cetera. Als we onze kennis echter baseren op onderzoeksdesigns die slechts in een zeer gering aantal contexten kunnen worden toegepast, hebben we een (mogelijk) probleem: de contexten

waarin deze designs NIET zijn toegepast kunnen op belangrijke kenmerken afwijken, waardoor de verkregen kennis een zeer beperkte waarde heeft. Een tweede probleem is dat wanneer we er al in slagen om te voldoen aan de eisen van goed experimenteel onderzoek (met name randomisering van de onderzoekssubjecten), deze werkwijze er doorgaans toe leidt dat de natuurlijke situatie wordt aangetast. Dit heeft tot gevolg dat de kennis die we verkrijgen (wederom) minder goed generaliseerbaar is. Recent onderzoek in Nederland naar de effecten van HALT kan hiervoor als illustratie dienen (Ferwerda et al. 2006). Bij dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign. Toekenning van jongeren aan de experimentele groep dan wel de controlegroep vond plaats door de onderzoekers. Toekenning aan de experimentele groep betekende voor de jongeren het regulier ondergaan van de HALT-afdoening. Om deze jongeren te stimuleren mee te doen aan de nameting, werd hen € 15 euro in het vooruitzicht gesteld. Toekenning aan de controlegroep vond plaats door jongeren een keus voor te leggen: reguliere HALT-afdoening of meewerken aan het onderzoek, hetgeen betekende dat ze geen HALT-afdoening kregen, maar wel verplicht waren mee te werken aan de voor- en nameting (bij niet nakomen hiervan werd alsnog de reguliere HALT-afdoening ten uitvoer gebracht). Het streven naar verhoging van de interne validiteit blijft hier niet zonder gevolgen. Immers, welk effect gaat uit van het feit dat jongeren die een ‘straf’ verwachten te horen krijgen dat ze weer ‘naar huis mogen’? En welk effect heeft het in het vooruitzicht stellen van een financiële vergoeding aan jongeren die een HALT-afdoening krijgen vanwege gedrag dat niet door de beugel kan? Met andere woorden, hoe representatief zijn de jongeren in dit onderzoek nog voor de jongeren die een HALT-afdoening ondergaan zonder de genoemde ingrepen (Rovers 2006)? Een derde probleem vloeit voort uit het feit dat de methodologie van experimenteel onderzoek eisen stelt aan de interventiecontext. Deze eisen komen er meestal op neer dat experimenteel onderzoek zich moet beperken tot individuele, goed afgebakende interventies, om zodoende controle te houden over de non-specifieke effecten. Complexe praktijken daarentegen, waarin van alles en nog wat tegelijkertijd aan de hand is, laten zich zelden in dit schema vangen, waardoor de praktische waarde van de kennis wederom gering is. Een voorbeeld: een jongere die een leerstraf ondergaat voor ongeoorloofd spijbelen, heeft vaak ook (al) te maken met andersoortige interventies (op school, thuis, bij de politie, bij de Raad voor de Kinderbescherming, et cetera). Eén van de interventies, bijvoorbeeld de leerstraf, eruit lichten en onderzoeken of deze van invloed is op bijvoorbeeld recidive is in deze situatie een weinig zinvolle strategie. Toch gebeurt dit de hele tijd. Vanuit het streven naar onderzoeksdesigns die hoog scoren op interne validiteit is dit ook goed te begrijpen: je hebt immers een heldere, afgebakende interventie nodig en bij voorkeur *random* toekenning van justitiabelen aan deze interventie. Deze door onderzoekstechnische redenen ingegeven behoefte gaat echter voorbij aan het nuchtere feit dat de betreffende (kleine) interventie in *the grand scheme of things* hoogstwaarschijnlijk een verwaarloosbaar effect zal hebben op recidive. Dit blijkt ook steevast, zie recentelijk bijvoorbeeld (Burik et al. 2007). Er is in de sociale realiteit van de betreffende jongere immers zoveel meer aan de hand dat de recidive kan beïnvloeden, maar voor deze factoren is geen plaats in dit soort onderzoek.⁵

Samenvattend: gerandomiseerde experimentele veldstudies vormen een belangrijk bestanddeel van het onderzoeksrepertoire om effectieve interventies in beeld te krijgen. Echter, een exclusieve focus op dit soort onderzoek, ten koste van andersoortig onderzoek,

⁵ Hoe nuttig is het om justitiële interventies volgens het model van medisch onderzoek te bestuderen als er belangrijke verschillen zijn aan te wijzen in de factoren die genezing respectievelijk recidive beïnvloeden? Niet-interventiegebonden factoren spelen bij justitiële interventies een mogelijk grotere rol spelen dan bij medische interventies. Dit vraagt om nadere doordenking van de wijze waarop justitiële interventies zinvol kunnen worden onderzocht. Het simpelweg overnemen van routines uit een andere discipline lijkt me in dit geval niet de aangewezen methode.

leidt ertoe dat veel potentieel interessante interventies buiten beeld blijven en dat de praktijkrelevantie van de gerealiseerde kennis afneemt.

Kanttekeningen bij nadruk op onderzoekssynthesen (met name meta-analyses)

Het gebruik van onderzoekssynthesen is de laatste jaren sterk toegenomen en vormt ook een belangrijke peiler onder de *What works* benadering. Een onderzoekssynthese richt zich op het bij elkaar brengen van studies op een bepaald terrein en daaruit de belangrijkste resultaten destilleren. Hiervoor zijn verschillende methodieken ontwikkeld waarvan de meta-analyse momenteel de meest populaire lijkt. Dit is een methodiek die zich enerzijds kenmerkt door een formele aanpak (alle onderzoeksstappen moeten geëxpliciteerd worden) en anderzijds door een focus op statistiek en enkelvoudige kwantitatieve outputmaten. Met andere woorden, het effect van een bepaalde interventie (of groep van interventies) wordt uitgedrukt in één enkele maat (Lipsey and Wilson 2001; Wilson 2001).

Hoewel het gebruik van deze nieuwe technieken ons in staat stelt om uit grote hoeveelheden onderzoeksliteratuur de belangrijke thema's te destilleren, bijvoorbeeld de werkzame factoren in interventies, moeten ook kanttekeningen worden geplaatst bij het grote belang dat velen hieraan hechten. Pawson stelt dat het stapelen van honderden of zelfs duizenden studies door middel van meta-analyse weliswaar leidt tot een samenvatting van kennis die in de individuele studies besloten ligt, maar deze samenvatting voegt volgens hem feitelijk niets toe aan de bestaande kennis (Pawson 2006). Wat de voorstanders van deze methodologie zien als één van de sterke punten, de samenvatting van allerhande onderzoeksresultaten tot één of enkele kwantitatieve maten, zie Pawson juist als zwakte: de complexe en gelaagde interventie-werkelijkheid wordt 'platgeslagen' tot een ééndimensionale samenvatting waarmee theoretisch noch praktisch iets te doen valt. De vraag of meta-analyse leidt tot nieuwe kennis of niet, lijkt me echter meer van semantische dan van empirische aard. Interessanter vind ik de vraag of deze kennis ons helpt bij het realiseren van effectievere interventies. Ik denk dat dit hooguit in zeer beperkte mate het geval is. Door de aard van het onderzoek zijn de resultaten van deze studies dermate algemeen dat ze weinig sturing kunnen geven aan concrete interventiepraktijken. Op een heel algemeen niveau kunnen ze echter wel een richting aangeven (bijv. belonen werkt beter dan straffen). In het grote belang dat velen tegenwoordig hechten aan onderzoekssynthesen schuilt echter ook een gevaar. Het volgende kan dit illustreren: *What works* beginselen zijn tot stand gekomen door de resultaten van grote hoeveelheden (bestaand) onderzoek te 'stapelen' en te vertalen naar algemene beginselen voor *good practices*. Deze vormen weer de basis voor kwaliteitscriteria die beleidsmakers gebruiken om nieuwe interventies goed te keuren. Deze werkwijze geeft een sterke focus op kennis die in het verleden is gegenereerd en neemt deze als maatstaf voor de toekomst. Hierdoor wordt mijns inziens weinig of geen ruimte gelaten voor innovatie en bovendien wordt bestaande kennis verabsoluteerd. We mogen echter aannemen dat onze huidige inzichten in de toekomst plaats zullen maken voor andere, betere inzichten. De hiervoor beschreven benadering is niet bepaald een geschikte randvoorwaarde voor dergelijke innovatie. Innoveren vraagt om risico's nemen, nieuwe (vooral theoretische!) paden durven bewandelen. De *What works* benadering is daarentegen juist geënt op principes als zekerheid en gebaande paden.

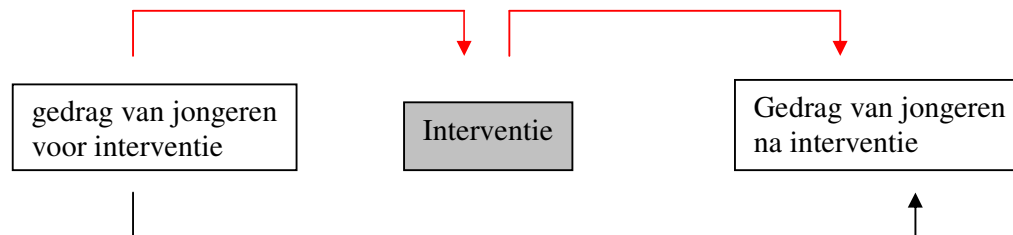
Mijn conclusie is dat synthese van bestaande kennis een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde vormt voor het realiseren van effectievere interventies. Velen lijken de kennis uit onderzoekssynthesen echter te beschouwen als het eindpunt in een ontwikkeling. De sterke nadruk op onderzoeksgegevens die in het verleden geproduceerd zijn, laat weinig ruimte voor theoretische vernieuwing en het experimenteren daarmee. En iedereen weet: niets

is zo praktisch als een goede theorie. Ik ben van mening dat het ontwikkelen van nieuwe interventietheorieën op dit moment meer kan bijdragen aan het effectiever maken van interventies dan de zoveelste meta-analyse.

De sociale dynamiek van interventies blijft buiten beschouwing

Misschien wel de meest opvallende bevinding wanneer we het evaluatieonderzoek naar justitiële jeugdiventies in ogenschouw nemen is het feitelijk ontbreken van de interventies in dit onderzoek. In veruit het meeste onderzoek is de interventie niet meer dan een black box, waar aan de voorkant jongeren ingaan, die er aan de achterkant weer uit komen.

Schematisch:



De focus ligt sterk op het vaststellen van verschillen in crimineel gedrag voorafgaande aan en volgend op de interventie (zwarte pijl). Deze focus gaat in heel veel gevallen dus ten koste van aandacht voor de interventie zelf. Wie in recente evaluatiestudies op zoek gaat naar wat er in de betreffende interventie nu precies gebeurd is en op welke wijze dit gerelateerd is aan de uitkomst van die interventie, komt meestal bedrogen uit (2^e rode pijl in schema). Laat staan dat we weten op welke wijze de (gedrags)geschiedenis van de betreffende jongeren de uitvoering van de interventie beïnvloedt (1^e rode pijl in schema).⁶

Wanneer de interventies zelf buiten beeld blijven, is de praktische waarde van de onderzoeksresultaten waarschijnlijk gering. Als we vaststellen dat de interventie ‘niet’ werkt, hebben we geen idee waarom dit het geval is. Omgekeerd geldt hetzelfde als de interventie in bepaalde gevallen wel blijkt te werken. We kunnen hooguit, en dat gebeurt meestal ook, de onderzoeksresultaten statistisch uiteen leggen, zodat we precies weten voor wie het gewerkt heeft of onder welke omstandigheden of bij welke organisaties. Maar deze gegevens geven geen antwoord op de vraag waarom de interventie juist bij die personen of onder die omstandigheden gewerkt heeft.

Om op dit vlak vooruitgang te boeken, hebben we -veel meer dan nu het geval is- onderzoek nodig waarin een expliciete verbinding wordt gelegd tussen wat er in een interventie gebeurt en de uitkomst van die interventie. Pawson heeft ervoor gepleit om interventies te beschouwen als theorieën, zodat we kunnen toetsen welke elementen van de interventie op welke manier verbonden zijn met de uitkomsten ervan. Hij noemt dit

⁶ Al in een vroeg stadium waarschuwden onder andere onderzoekers van de ‘Canadese school’ voor dit gevaar en later ook wel anderen. Zie bijv. Gendreau, Paul, and Robert R. Ross. 1979. "Effective correctional treatment: Bibliotherapy for cynics." *Crime & Delinquency* 25:463-489, Klein-Haarhuis, C., M. van Ooyen-Houben, E. Kleemans, and F. Leeuw. 2005. "Rechtshandhaving geevalueerd: een synthese van 31 onderzoeken." *Justitiële Verkenningen* 31:54-71, Leeuw, Frans L. 2005. "Trends and Developments in Program Evaluations in General and Criminal Justice Programs in Particular." *European Journal on Criminal Policy and Research* 11:233-258, Merrington, Simon, and Steve Stanley. 2004. "What Works? Revisiting the Evidence in England and Wales." *Probation Journal* 51:7-20, Pawson, Ray. 2002. "Evidence-based Policy: The promise of 'Realist Synthesis'." *Evaluation* 8:340-358.

realistische evaluatie (Pawson 2002; Pawson 2006). Zijn pleidooi heeft veel navolging gevonden, waarbij de nadruk is komen liggen op het streven naar onderbouwing van methodieken door explicitering en empirische verankering van beleidstheorieën. Deze focus doet, hoe belangrijk ook, niet volledig recht aan de sociale werkelijkheid van de interventie en de factoren die daarin een rol spelen. Zo ontbreken in dit perspectief bijvoorbeeld de professionals die de interventie uitvoeren. Hun rol is niet uitgewerkt, ze worden impliciet of expliciet beschouwd als *puppets on a string*, die niets anders doen dan de betreffende methodiek tot uitvoering brengen. Eigen opvattingen van deze professionals, hun discretionaire ruimte, eventuele weerstand tegen de gehanteerde methodiek en tal van andere factoren die op de werkvloer de concrete inkleuring van de interventie bepalen zijn hierbij niet in beeld. Deze factoren spelen echter wel een belangrijke rol in hoe de interventie er in concreto komt uit te zien (Asscher et al. 2007; Atkinson 2004; Barkham 2007; Dowden and Andrews 2004; Feder, Jolin and Feyerherm 2000).

Om een beter grip te krijgen van de werkzame stof in interventies is het mijns inziens noodzakelijk dat we –veel meer dan nu het geval is- als onderzoekers doordringen tot de praktijk en de black box openen die de interventie nu is. Dit gaat verder dan het bestuderen van methodieken. Het vraagt ons naar interventies te kijken als sociale, dynamische werkelijkheden waarin individuen betekenis verlenen aan wat er gebeurt. De betekenissen die jeugddelinquenten toekennen aan de interventie is immers van groot en misschien wel van doorslaggevend belang voor hun toekomstig gedrag. We kunnen hoe dan ook stellen dat de What works benadering tekortschiet door de betekenisvolle sociale realiteit van interventies goeddeels buiten beschouwing te laten.

De What works beginselen bieden nauwelijks houvast voor de interventiepraktijk

Het onderzoek dat in de traditie van de What works benadering staat heeft een aantal criteria voor *good practices* opgeleverd: de What works beginselen die ik hiervoor heb besproken. Vanuit de praktijk is het natuurlijk belangrijk de vraag te stellen in hoeverre het hanteren van deze beginselen kan bijdragen aan effectiviteit. Mijn inschatting is dat deze beginselen weinig houvast bieden voor het effectiever maken van interventiepraktijken. Dit heeft in eerste instantie te maken met het zeer algemene niveau waarop deze beginselen geformuleerd zijn. What works beginselen als bijvoorbeeld professionaliteit en responsiviteit zijn dermate algemeen dat je er in de praktijk alle kanten mee op kan. Sandra Beekhoven, een lid van onze kenniskring, verzorgde dit voorjaar een presentatie over het responsiviteitsbeginsel voor een groep docenten en onderzoekers uit het hoger sociaalagogisch onderwijs. De vraag die in haar lezing aan de orde was (vrij vertaald): wat betekent responsiviteit in een interventie? Nadat zij had laten zien dat daarover in de onderzoeksliteratuur zeer uiteenlopende inzichten bestaan, ontspan zich in de groep aanwezigen een discussie waarin de conceptuele uithoeken van het beginsel werden verkend. De uitkomst van deze discussie leek veel op een babylonische spraakverwarring, waarbij de deelnemers de meest uiteenlopende invullingen gaven aan het idee van responsiviteit. Voor ons –onderzoekers- is dan de vraag aan de orde: welke van deze invullingen of -zo u wilt aspecten- van responsiviteit, zijn nu het belangrijkste vanuit het oogpunt van effectieve interventies? Op die vraag biedt de What works benadering echter geen antwoorden. De meta-analyses waaruit dit soort beginselen voortkomen, kunnen –zoals eerder gezegd- alleen heel globale factoren determineren. De hier aangehaalde discussie laat zien dat dergelijke beginselen geen richtinggevende functie kunnen vervullen voor interventiepraktijken. En wat voor het responsiviteitsbeginsel geldt, geldt ook voor andere beginselen. Neem het professionaliteitsbeginsel: voor effectieve interventies zijn

professionele professionals nodig, maar de vraag wat een professional professioneel maakt wordt op een heel algemeen niveau geformuleerd, het niveau –wat mij betreft- van de open deur.

Een tweede reden waarom de What works beginselen zo weinig houvast kunnen bieden voor de praktijk heeft te maken met het feit dat in die praktijk voortdurend en onvermijdelijk het spanningsveld aan de orde is tussen het hanteren van gestandaardiseerde methodieken en procedures aan de ene kant en de noodzaak om in voorkomende gevallen hiervan af te wijken aan de andere kant. Volgens de What works benadering is een interventie bijvoorbeeld effectiever wanneer deze wordt uitgevoerd zoals bedoeld en gepland. Maar wat te doen als blijkt dat bepaalde individuen of groepen jeugddelinquenten met de voorgeschreven interventie niet goed bereikt kunnen worden? Met andere woorden, wat te doen als de responsiviteit in gevaar is? De interventie voor deze groep aanpassen betekent een schending van het beginsel van programma-integriteit. Echter, niet aanpassen betekent een schending van het responsiviteitsbeginsel. Dit kunnen we ook doortrekken naar andere beginselen. Bijvoorbeeld: moet een professional afwijken van de voorgeschreven gedragslijn om in contact te kunnen komen met een cliënt of moet hij vasthouden aan de voorgeschreven lijn? We kunnen meer voorbeelden bedenken, maar waar het om gaat is dat in de praktijk van justitiële jeugdinterventies deze spanning aan de orde is en dat What works beginselen hier strijdige en dus niet-buikbare instructies geven over het handelen.

Een derde reden waarom de What works beginselen weinig houvast bieden voor de praktijk vloeit voort uit het gegeven dat deze beginselen niet uitgaan van de praktische randvoorwaarden waarbinnen interventies plaatsvinden. Interventies kennen tijd-ruimtelijke, juridische, financiële, organisatorische en andersoortige randvoorwaarden. Deze randvoorwaarden bepalen de mogelijkheden maar ook de beperkingen die verbonden zijn aan het realiseren van interventies. De What works benadering kijkt hier feitelijk niet naar. Daarin wordt bijvoorbeeld gesteld dat interventies effectiever zijn wanneer ze multimodaal zijn (verschillende methodieken gebruiken), er meerdere professionals en instanties betrokken zijn en er sprake is van een duurzaam contact met de justitiabele (Sherman et al. 2002). Hoewel dit belangrijke onderzoeksbevindingen zijn, moeten we tegelijkertijd constateren dat deze bevindingen haaks staan op tal van interventiepraktijken die om uiteenlopende redenen niet in staat zijn hun interventies volgens dit soort principes vorm te geven. Ze hebben het geld er niet voor, ze missen deskundigheid, ze zijn juridisch, financieel, organisatorisch en anderszins gebonden aan beperkingen. Voor deze praktijken zou het een zinvoller benadering zijn om de vraag stellen: hoe kunnen we binnen de gegeven randvoorwaarden effectievere interventies realiseren? De What works benadering lijkt blind of op zijn minst bijziend als het gaat om deze randvoorwaarden en hun rol bij het realiseren van effectieve interventies.

Samenvattend: het streven naar effectievere interventies door kritisch evaluatieonderzoek is belangrijk. En het is ook belangrijk dat we vanuit dit soort onderzoek komen tot bruikbare handvatten voor interventiestrategieën. De What works benadering levert mijns inziens hieraan een belangrijke bijdrage. Bij de dominante stroming binnen deze benadering kunnen echter ook kanttekeningen worden geplaatst. Door de eenzijdige focus op onderzoeksmethodologische vraagstukken bestaat het risico dat de praktijkrelevantie van het onderzoek geringer wordt. De handvatten voor effectieve interventies die het onderzoek tot nu toe heeft opgeleverd, de What works beginselen, kunnen worden gezien als een stap vooruit, maar kunnen zeker niet worden beschouwd als een eindstation. Daarvoor zijn deze beginselen te grof en geven ze te weinig richting aan de praktijk. De huidige nadruk op het synthetiseren van bestaande kennis draagt mijns inziens niet bij aan innovatie, maar remt deze eerder. Doordat de focus sterk is komen liggen op het (deugdelijk) vaststellen van de effectiviteit van interventies, zijn –waarschijnlijk geheel onbedoeld- de interventies zelf goeddeels uit beeld

verdwenen. Dit beschouw ik als de belangrijkste tekortkoming van de huidige What works benadering. We hebben nauwelijks zicht op wat er concreet in justitiële jeugdinterventies gebeurt en op welke wijze deze gebeurtenissen van invloed zijn op het toekomstig gedrag van jeugddelinquenten (zie in dit verband ook de conclusies in het recente rapport van de Inspectie Jeugdzorg over de behandeling van jeugddelinquenten in justitiële jeugdinrichtingen (Inspectie-jeugdzorg et al. 2007).

Volgens mij is het mogelijk ten aanzien van het laatstgenoemde punt een stap vooruit te maken door twee werelden bij elkaar te brengen die nu nog gescheiden lijken door een Berlijnse muur. Aan de ene kant van deze muur bevindt zich het justitieveld, aan de andere kant bevindt zich de sociale sector, in het bijzonder de sociale professionals die met risicojongeren en jeugddelinquenten werken (zowel binnen als buiten de justitiesector). Kennis die in het sociaal-agogisch veld aanwezig is over veranderkundige processen is niet of nauwelijks doorgedrongen tot de What works benadering in het justitieveld, terwijl het denken over evidence-based interventies nauwelijks is doorgedrongen tot het agogisch veld. Hier liggen dus mogelijkheden voor een innovatieve onderzoeksagenda, waarbij de sociale realiteit van jeugdinterventies onderzocht wordt in samenhang met de uitkomsten van die interventies.

Ik geef graag gehoor aan mijn eigen oproep aan onderzoekers om niet alleen achterom te kijken en de zoveelste meta-analyse te produceren, maar ook na te blijven denken over innovatieve theoretische wegen die we kunnen bewandelen om justitiële jeugdinterventies effectiever te maken. Ik heb daartoe een uitstapje gemaakt naar andere wetenschappelijke disciplines en ben daarbij gestuit op een fenomeen dat mijns inziens heel relevant is voor het veiligheidsveld in het algemeen en voor persoonsgerichte jeugdinterventies in het bijzonder. Dit is het *belief effect*. Introductie van dit effect in justitiële jeugdinterventies stelt ons in staat de verbinding te leggen tussen sociale processen die aan de orde zijn in interventies en de effecten van die interventies.

Het Belief effect: een introductie

Velen van ons zijn bekend met het Thomas theorema: ‘als mensen situaties als werkelijk definiëren, zullen die situaties werkelijke gevolgen hebben’ (Thomas and Thomas 1928). Dit gegeven wordt wel eens aangeduid als één van de weinige harde wetmatigheden die de sociale wetenschap heeft opgeleverd. Het fenomeen waarnaar het Thomas theorema verwijst treffen we in allerlei wetenschappelijke disciplines aan, vaak onder verschillende benamingen. Robert Merton formuleerde in de sociologie de ‘self-fulfilling prophecy’ (Merton 1957). In de onderwijskunde kent men het Pygmalion effect: een leerling gaat beter presteren wanneer een docent in hem gelooft (Rosenthal and Jacobson 1992). In de bedrijfskunde is een soortgelijk effect aangetoond als het gaat om managers die in hun personeel geloven: dit personeel gaat er beter door presteren. De wetenschapsfilosoof Popper heeft beschreven hoe verwachtingen over maatschappelijke ontwikkelingen het verloop van deze ontwikkelingen kan beïnvloeden. Hij noemde dit het Oedipus Effect (Popper 1972). Wellicht de bekendste uitwerking is het placebo-effect in medisch onderzoek: een patiënt geneest omdat hij er vanuit gaat een genezende behandeling te ondergaan (Shapiro and Shapiro 1997).

Hoewel dit overzicht verre van compleet is, zien we dat de wetmatigheid die Thomas & Thomas meenden waar te nemen in allerhande disciplines een eigen vertaling heeft gevonden en –heel belangrijk– ook empirisch onderbouwd is. Met andere woorden, we spreken hier niet over een willekeurige natte-vinger-hypothese, maar over een zeer reëel empirisch fenomeen. Een fenomeen dat ik verder zal aanduiden als het *Belief effect*. *Het*

Belief effect beschrijft het proces waarbij de verwachting van respectievelijk het geloof in een specifieke toekomstige werkelijkheid de kans vergroot dat deze werkelijkheid zich zal manifesteren. Als ik een voorbeeld van dichtbij mag aanhalen: als u zojuist naar deze lezing bent gaan luisteren in de verwachting dat ik u een hoop bla bla ga verkopen, is de kans groot dat u inmiddels denkt: ‘Wat een onzin staat die Rovers te verkopen. Waar gaat dit allemaal over?’ Bent u daarentegen deze lezing ingegaan met de verwachting dat dit wel eens een heel goed verhaal zou kunnen gaan worden, dan is de kans groot dat u nu van mening bent dat ik hier inderdaad een machtig interessant betoog sta op te bouwen. In dat geval vormt u zich wellicht ook ideeën over mijn grote genius en mijn diepe inzichten in deze materie. Waarschijnlijker is het (helaas voor mij) dat de meesten van u zich tussen deze polen zullen bewegen.

Het fenomeen dat ik hier beschrijf is niet nieuw. In de jaren zeventig beschreef de socioloog Goffman een fenomeen dat hij *framing* noemde. Dit is het psychologische proces waarbij ervaringen neerslaan in de psyche en daar een soort raamwerk vormen waar alle nieuwe ervaringen vervolgens doorheen gaan (Goffman 1974). Dit verklaart waarom dezelfde gebeurtenis door verschillende mensen zo uiteenlopend beleefd kan worden. Framing is het beleven van een realiteit die je zelf gecreëerd hebt, meestal zonder het zelf te weten. Overigens is dit proces wel bewust te maken. Frame-analyse is tegenwoordig populair in de cognitieve psychologie, omdat het goede handvatten biedt om cognitieve patronen waar mensen last van hebben om te buigen (bijvoorbeeld neerslachtige gedachten).

Het belief effect kunnen we plaatsen in het verlengde van dit fenomeen, maar er is een belangrijk onderscheid. Het belief effect gaat verder dan de psychische toekenning van kwaliteiten of kenmerken aan een gebeurtenis; het creëert ook de gebeurtenis. Met andere woorden, *het belief effect beschrijft niet alleen hoe psychische activiteit materiële condities kleurt, maar het creëert deze condities tegelijkertijd.* Bij het placebo-effect is dit heel duidelijk aan te wijzen: een patiënt die denkt dat hij een genezende behandeling ondergaat, kan fysieke veranderingen zien optreden die de toestand van gezondheid bewerkstelligen of dichterbij brengen. Recente ontwikkelingen in de psychoneurofysiologie hebben aangetoond dat de hersenen een belangrijke rol spelen bij dit proces: cognitieve processen blijken van invloed op neurale activiteiten die op hun beurt weer tot veranderingen in de fysiologie van mensen leiden (Benedetti et al. 2005). Deze bevinding kan bijvoorbeeld het opmerkelijke fenomeen verklaren waarom de beste voorspeller van toekomstige gezondheid en levenskansen het idee is dat mensen zich daarvan hebben gevormd. Iemand die optimistisch is over zijn eigen gezondheid en levenskansen ervaart minder ziekte en leeft langer dan iemand die pessimistisch is. Het effect van deze overtuiging op gezondheid en sterfte is sterker dan alle andere denkbare factoren, zoals genetische aanleg, ziektegeschiedenis, et cetera (Moerman 2002a). Populair en kort door de bocht geformuleerd: mensen zijn tenminste in enigerlei mate in staat zichzelf gezond te ‘denken’.

Naast het feit dat het belief effect materiële condities creëert -een patiënt die beter wordt, een medewerker die een hogere productiviteit bereikt, een leerling die betere cijfers haalt-, is er nog een bijzonder kenmerk dat niet aan de orde is bij framing. Bij framing gaat het om een intrapsychologisch proces, waarbij anderen weliswaar een rol kunnen spelen, maar hooguit indirect. De invloed van de ander vinden we hier terug in de opgebouwde ervaringen van het individu. Bij framing gaat het om een individu dat betekenis verleent aan een werkelijkheid zodat het *zijn* werkelijkheid wordt. Bij het belief effect zien we daarentegen dat er sprake kan zijn van overdracht. Dus de psychische activiteit van de één, de docent die helemaal in student X gelooft, leidt bij de ander, de student, tot betere schoolresultaten.

We zien dit fenomeen in de meest uiteenlopende contexten terug. Ter illustratie een voorbeeld uit het veiligheidsonderzoek. Recentelijk hebben verschillende studies aangetoond dat evaluatieonderzoekers die betrokken zijn bij de opzet, implementatie en uitvoering van

een interventie, veel sterkere interventie-effecten rapporteren dan onderzoekers die deze dubbelrol niet spelen en dus niet betrokken zijn bij de uitvoering van de interventie (Petrosino and Soydan 2005; Sherman 2006). Het gaat hier, voor alle duidelijkheid, niet om frauduleuze resultaten, maar om reële en vaak grote verschillen in vastgestelde effectiviteit. De (vermoedelijke) verklaring voor dit opmerkelijke fenomeen is dat de betrokkenheid van de onderzoekers bij de interventie er mogelijk voor zorgt dat andere betrokkenen, de uitvoerders, met meer aandacht, betrokkenheid, gedrevenheid, et cetera gaan werken. Dit zou er dan voor zorgen dat de interventie meer effect sorteert bij de betreffende justitiabelen.⁷ Het voorbeeld doet denken aan de Hawthorne-casus (Landsberger 1958). Dit is een klassiek geworden casus in de onderzoeksmethodologie die beschrijft hoe de aanwezigheid van onderzoekers in een bedrijf het gedrag van de medewerkers beïnvloedde. De betrokken medewerkers gingen zich anders gedragen omdat ze een bepaalde betekenis verleenden aan de aanwezigheid van de onderzoekers en daarop strategisch gedrag gingen vertonen, ze gingen bijvoorbeeld harder werken en werden productiever. Ook in medisch onderzoek zijn tal van voorbeelden bekend waarbij de overtuigingen van in dit geval artsen van invloed zijn op het behandelresultaat bij patiënten. Moerman geeft het voorbeeld van de behandeling van lage rugpijn, waarvoor de reguliere geneeskunde geen adequate behandeling kan aanreiken. Bij verschillende onderzoeken bleek dat de resultaten van reguliere artsen zeer mager afstaken bij de resultaten van chiropractors. (Dit zijn alternatieve genezers die een vorm van manuele therapie beoefenen waarbij de nadruk ligt op gewrichtscorrectie.) Interessant aan deze bevinding is dat de behandeling van de klachten door de chiropractors niet boven het placebo-effect uitkwam. Met andere woorden, hun behandeling had geen toegevoegd medisch effect. De verschillen in behandelresultaten tussen de reguliere artsen (die het dus slecht deden) en de chiropractors (die relatief goed presteerden, maar een medisch irrelevante behandeling verrichtten) moest vooral worden toegeschreven aan het feit dat de reguliere artsen een behandeling uitvoerden waarvan ze wisten dat deze weinig resultaten kon boeken, terwijl de chiropractors voluit in hun behandelwijze geloofden (Moerman 2002b).

Wat deze voorbeelden ons duidelijk maken is dat bij het belief effect sprake kan zijn van overdracht tussen individuen, waarbij de overdracht zowel bewust als onbewust kan plaatsvinden en zowel gewenste als ongewenste effecten kan sorteren. De voorbeelden maken tevens duidelijk dat het hierbij om uiterst subtiële processen kan gaan.

Om meer over het belief effect te weten te komen heb ik ervoor gekozen het placebo-effect in de medische sector te bestuderen. In deze sector is de meeste onderzoekservaring opgedaan met het belief effect. Bovendien wordt in de medische sector al sinds jaar en dag gewerkt met gerandomiseerde experimentele onderzoeksdesigns, waardoor de kennis onder de meest kritische omstandigheden tot stand is gekomen (Harrington 2002). Als men dus ergens moet weten wat het belief effect is en wat het doet, dan is het wel in de medische sector. Ik zal in de volgende paragraaf de belangrijkste bevindingen samenvatten, waarbij ik de bevindingen telkens zal terugkoppelen naar het veiligheidsveld, in het bijzonder naar de praktijk van justitiële jeugdinterventies.

Het Belief effect in medisch onderzoek en de betekenis voor het veiligheidsveld

Wat is een placebo-effect?

⁷ Dit zijn voorlopige hypothesen, omdat de onderzoeksresultaten geen nadere toetsing toelaten.

Het belief effect wordt in de medische sector doorgaans aangeduid als het placebo-effect. Daarnaast wordt ook een nocebo-effect onderscheiden. Dit is een belief effect waarbij de gezondheidseffecten niet positief maar juist negatief zijn. Over dit effect is veel minder bekend (Benson 1997; Bootzin and Bailey 2005; Hahn 1997; Helman 2001; Spiegel 1997). We zullen ons hier derhalve concentreren op het eerstgenoemde effect.

Over wat een placebo-effect precies is, bestaat geen consensus in de medische literatuur. Shapiro, één van de bekendste placebo-onderzoekers, definieerde het in 1964 als volgt: het placebo-effect is het psychologische of psychofysiologische gevolg voortgebracht door een placebo (Shapiro 1964). Tegenwoordig zijn er nog weinig onderzoekers die deze definitie hanteren, omdat daarmee teveel interessante verschijnselen buiten beschouwing blijven. Het zijn namelijk niet alleen placebo's of placebobehandelingen die placebo-effecten genereren, ook allerlei andere behandel-elementen blijken deze effecten te sorteren. We spraken hiervoor bijvoorbeeld al over het geloof dat de arts heeft in een behandeling, maar ook zaken als de relatie tussen arts en patiënt, de vorm waarin een behandeling wordt aangeboden en de behandelsetting genereren placebo-effecten.

Feitelijk kunnen we drie soorten behandel-effecten onderscheiden. Ten eerste de *specifieke behandel-effecten*. Dit zijn de bedoelde en verwachte effecten van de interventie op grond van enige theorie die daaraan ten grondslag ligt. In de medische wetenschap gaat het hierbij doorgaans om een fysiologische en/of farmacologische ingrepen. Daarnaast zijn er de *non-specifieke behandel-effecten*. Dit zijn alle andere factoren die van invloed zijn op het resultaat van de behandeling. Hierbij gaat het onder andere om de zaken die ik hiervoor noemde, zoals de relatie tussen arts en patiënt en dergelijke. Ten slotte kunnen we aan de specifieke en non-specifieke behandel-effecten nog een derde factor toevoegen die het behandelresultaat beïnvloedt: dit is *natuurlijke ontwikkeling*. Dit is feitelijk geen behandel-effect, maar een effect dat optreedt zónder behandeling. Het gaat dan om zaken als natuurlijke fluctuaties in ziektebeelden, spontane genezing en dergelijke (Caspi and Bootzin 2002). De meeste onderzoekers stellen het placebo-effect gelijk aan de werking van non-specifieke behandel-effecten.

De definitie van het placebo-effect door de medisch antropoloog Moerman omschrijft het fenomeen mijns inziens het beste. Moerman stelt het placebo-effect voor als een betekenisrespons (*meaning respons*), zijnde de psychologische en fysiologische gevolgen van 'betekenisverlening' (*meaning*) in de behandeling van ziekte (Moerman 2002a). Dit is om verschillende redenen een aantrekkelijke definitie. In eerste instantie omdat placebo-effecten niet om placebo's gaan, maar om het proces van betekenisverlening door patiënten. Moerman stelt terecht dat placebo's als zodanig géén effecten sorteren. Daarvoor zijn ze zelfs in het leven geroepen: om *niets* te bewerkstelligen (Moerman 2002a). Bovendien benadrukt zijn definitie dat het hier niet om een objectief fenomeen gaat, maar dat juist het intrinsiek subjectieve van belang is. Niet de vraag of een pil groot of klein is bepaalt mede zijn effect, maar de betekenis die hieraan door een patiënt wordt toegekend. Dit impliceert ook dat er op het niveau van individuen altijd variatie zal bestaan in de mate waarin een behandeling aanslaat. Het placebo-effect wijst ons dus op de rol en het belang van individuele variatie. Ten slotte is Moerman's definitie aantrekkelijk, omdat deze ook gemakkelijk buiten het medische veld gebruikt kan worden.

Vertaald naar justitiële jeugdinterventies kunnen we dus drie soorten behandel-effecten onderscheiden. Ten eerste het specifieke behandel-effect: dit is het effect van de gehanteerde methodiek op de uitkomst van de interventie. Ten tweede de non-specifieke behandel-effecten:

dit zijn de effecten die hier worden samengevat onder de noemer *belief effect*. Hierbij gaat het om alle andere factoren die van invloed zijn op de uitkomst van de interventie via het hier beschreven mechanisme van betekenisverlening. Hoewel de vergelijking niet helemaal opgaat zou je een grof onderscheid kunnen maken tussen methodiek en *belief effect*, waarbij de methodiek ons wijst op het belang van *wat* je doet in een interventie, terwijl het *belief effect* ons wijst op het belang van het *hoe* je het doet.

Ten slotte kunnen we natuurlijke ontwikkeling in dit verband zien als alle factoren van buiten de interventie die de uitkomst mede beïnvloeden, zoals bijvoorbeeld de positieve of negatieve invloed van de sociale omgeving op de criminele carrière van een jongere.

Placebo-effecten beschreven I: de relevante behandelelementen

Hiervoor heb ik aangegeven dat de uitkomst van interventies door veel meer zaken wordt beïnvloed dan alleen de specifieke behandeleffecten (bij justitiële jeugdinterventies: de gehanteerde methodiek). Maar om welke zaken gaat het dan zoal? In het onderzoek naar placebo-effecten is aangetoond dat de volgende behandelelementen van invloed zijn op de uitkomst (Bootzin and Bailey 2005; Caspi and Bootzin 2002; Craen, Lampe-Schoenmakers and Kleijnen 2001; Ernst 2001; Evans 2003; Guess et al. 2002; Harrington 2002; Moerman 2002a; Peters 2001; Shapiro and Shapiro 1997):

- Toediening van een placebo(-behandeling)
- De vorm waarin een (reguliere) interventie plaatsvindt
- Pre-interventieactiviteiten
- De persoon van de behandelaar
- De patiënt
- De relatie tussen behandelaar en patiënt
- De behandelsetting

Toelichting:

Wanneer patiënten een placebo(-behandeling) krijgen toegediend en denken dat het om een reguliere behandeling met genezende effecten gaat, zien we inderdaad ook genezende effecten optreden. Opvallend aan dit verschijnsel is dat de effecten van de nepbehandeling in fysiologisch opzicht heel sterk lijken op die van de reguliere behandeling. Dus hoe sterker de effecten van de reguliere behandeling des te sterker ook de effecten van de placebobebehandeling. Ook als het gaat om zaken als bijwerkingen, doseringseffecten en medicijnafhankelijkheid, zien we dat de effecten van de placebobebehandeling sterk lijken op die van de reguliere behandeling. Dus als bijvoorbeeld slaappillen verslavender blijken te werken dan pijnstillers (om maar wat te noemen), zien we deze effecten ook terug bij de placebo's: patiënten raken dus vaker verslaafd aan een suikeroplossing die een slaappil voorstelt dan aan een suikeroplossing die een pijnstiller voorstelt. In zijn algemeenheid geldt ook dat de effecten van een placebobebehandeling sterker zijn naarmate deze behandeling lijkt op een 'echte' behandeling.

Ook de vorm waarin een reguliere behandeling wordt aangeboden beïnvloedt de uitkomst. Het bewezen effect blijkt in de praktijk afhankelijk van de vorm waarin de behandeling wordt aangeboden. Zo is inmiddels veel bekend over de effecten die

verschillende vormen en kleuren van pillen hebben: grote pillen werken doorgaans beter dan kleinere, meer pillen toedienen werkt beter dan minder pillen toedienen (uiteraard bij dezelfde hoeveelheid werkzame stof) en sommige kleuren werken beter dan andere bij bepaalde aandoeningen. Het genezende effect van een behandeling is ook groter wanneer deze een ingrijpender (invasiever) karakter heeft. Dus een injectie naald met de werkzame stof werkt beter dan een pil met dezelfde stof. Capsules werken vaak beter dan gewone pillen en operatieve ingrepen lijken het beter te doen dan poliklinische ingrepen. Er zijn interessante studies waaruit blijkt dat mensen die een operatieve ingreep hebben ondergaan, sterke gezondheidsverbeteringen realiseren, óók als ze geen behandeling hebben gehad (er heeft bijvoorbeeld alleen een kijkoperatie plaatsgevonden of de voorgenomen behandeling is niet uitgevoerd of afgemaakt). Er zijn niet heel veel voorbeelden bekend van placebo-operaties, maar de voorbeelden die er zijn indiceren dat de betekenisrespons na operaties heel sterk is. Zweedse onderzoekers rapporteren bijvoorbeeld over een studie waarbij een groep mensen met een hartspieraandoening (hypertrofische cardiomyopathie) een pacemaker ingebracht kregen. Bij een deel van deze groep werd de pacemaker echter niet aangezet.⁸ Deze groep presteerde na de operatie weliswaar niet zo goed als de groep bij wie de pacemaker wel was aangezet, maar opvallend was dat drie maanden na de operatie in deze groep sterke subjectieve én objectieve gezondheidsverbeteringen werden vastgesteld (Linde et al. 1999). Een andere opvallende bevinding in dit verband is dat nieuwe en *high tech* behandelingen beter blijken te werken dan behandelingen die dit aspect ontberen. Het effect van een behandeling kan ook afnemen wanneer er een nieuwe behandeling op de markt komt die beter werkt. Zo werden de oude antidepressiva minder effectief nadat een nieuwe generatie medicijnen (selectieve serotonine heropnameremmers, SSRI's) op de markt was gekomen. Er zijn ook studies bekend waaruit blijkt dat mensen meer baat hebben bij een behandeling hebben als de apparaten waarmee ze behandeld worden er indrukwekkender en hoogtechnologisch uitzien. Ook geldt dat een behandeling beter zal aanslaan wanneer deze de vorm heeft die een patiënt wenst. Omgekeerd geldt dus dat een behandeling die de patiënt liever niet ondergaat ook minder effect sorteert.

Het effect van pre-interventieactiviteiten is ook meermalen vastgesteld. We kennen allemaal het voorbeeld van de tandpijn die over is zodra je in de tandartsstoel zit. Dit effect is ook wetenschappelijk vastgesteld: het maken van een afspraak met een dokter, maar ook het ondergaan van diagnostisch onderzoek blijkt genezend te kunnen werken.

De rol van de behandelaar, de patiënt en hun onderlinge relatie blijken ook van cruciaal belang voor de uitkomst. Wanneer een arts gelooft in de effectiviteit van een behandeling heeft dit een positief effect op het resultaat. Hetzelfde geldt voor het geloof dat de patiënt heeft in een goede afloop. Verschillende auteurs noemen dit de krachtigste voorspellers voor een positief behandelresultaat (Bootzin and Caspi 2002; Moerman 2002a). Het oude gezegde 'Hoop doet leven' blijkt, tenminste tot op zekere hoogte, een empirische realiteit. Toch zijn ook andere effecten vastgesteld: zo genezen gemotiveerde patiënten beter dan niet-gemotiveerde patiënten. Ook de mate waarin een patiënt bij zijn eigen genezing wordt betrokken bevordert zijn gezondheid. De relatie tussen behandelaar en patiënt blijkt eveneens een rol van belang te spelen. De volgende kenmerken blijken een positief effect op het behandelresultaat te hebben: een goede en langdurige band tussen patiënt en behandelaar, een patiënt die positieve kenmerken toedicht aan de behandelaar (aardig, rustig, betrouwbaar,

⁸ Onbekend is of de medisch-ethische commissie ten tijde van het onderzoek op vakantie was.

etc.), een patiënt die vertrouwen heeft in de behandelaar en een patiënt die status toekent aan de behandelaar. Ook expliciete en bij voorkeur veelvuldige communicatie over de effectiviteit van de behandeling tussen patiënt en behandelaar beïnvloedt het behandelresultaat in positieve zin.

Ten slotte blijkt ook de behandelsetting van invloed op het genezingsproces, zonder dat precies bekend is om welke variabelen het hier precies gaat. Een aardig voorbeeld betreft een ziekenhuis dat post-operatieve patiënten (met dezelfde aandoening) verdeelde over twee kamers. De ene kamer keek uit op een blinde muur, de andere keek uit op de natuur. De patiënten in deze laatste kamer bleken significant eerder te herstellen van de ingreep.

Samenvattend kunnen we stellen dat het belief effect een zeer prominente rol speelt in de uitkomst van medische interventies. Naast fysiologische en farmacologische behandel-effecten spelen non-specifieke effecten van allerlei aard een belangrijke rol. De factoren die hier besproken zijn, lijken op enigerlei wijze samen te komen in het geloof van de patiënt of in zijn verwachting dat er een bepaalde uitkomst zal optreden, waarna de kans dat deze uitkomst optreedt ook daadwerkelijk groter wordt.

Deze resultaten zijn mijns inziens van belang voor het justitieveld, omdat de hier genoemde behandel-effecten in grote lijnen ook aan de orde zijn bij justitiële jeugdinterventies. Dit onderzoek biedt ons een ander perspectief op effectiviteit van interventies en op factoren die hiervoor een belangrijke voorwaarde vormen. Het voordeel van dit perspectief is dat het in hoge mate *evidence-based* is. Het past dus binnen de uitgangspunten van de What works benadering. Het placebo-onderzoek heeft in ieder geval twee belangrijke lessen in huis voor het justitieveld. De eerste les is dat resultaten van een interventie van veel meer afhankelijk zijn dan de gebruikte methodiek. De tweede les is dat processen van betekenisverlening een cruciale rol spelen bij de wijze waarop jeugddelinquenten een interventie ondergaan en er vervolgens gedragsmatig op reageren.

Placebo-effecten beschreven II: patiënten, ziekten, omvang en achtergronden

Alvorens nader in te gaan op de betekenis van deze kennis voor het veiligheidsveld, wil ik nog enkele aanvullende onderzoeksresultaten noemen die mijns inziens van belang zijn om de betekenis van het belief effect voor het veiligheidsveld beter te kunnen bepalen. Ik zal hierna kort ingaan om de vraag bij welke patiënten het placebo-effect vooral is vastgesteld en ten aanzien van welke ziektebeelden, wat de omvang van het placebo-effect is en hoe dit verschijnsel in de medische sector wordt verklaard.

Er is uitvoerig onderzoek gedaan naar het lokaliseren van placebo-responders. Dit zijn mensen die meer dan anderen gevoelig zijn voor het placebo-effect, bijvoorbeeld omdat ze zich gemakkelijk laten overtuigen. Tot op heden heeft dit onderzoek echter geen duidelijke resultaten opgeleverd. Pogingen om vooraf placebogevoelige patiënten uit medische *trials* te verwijderen, slagen er doorgaans niet in een dergelijke groep aan te wijzen. De meeste onderzoekers concluderen hieruit dat de achtergrondkenmerken van individuen er kennelijk niet toe doen en dat iedereen dus ‘vatbaar’ is voor het placebo-effect.

Placebo-effecten zijn vastgesteld bij de meest uiteenlopende ziektebeelden. Het gaat hierbij niet alleen om lichte aandoeningen, maar ook om zware aandoeningen als diabetes, kanker en dergelijke. Wel moet hierbij een onderscheid worden gemaakt worden naar het soort placebo-effecten dat optreedt. Bij aandoeningen als verkoudheid, hooikoorts, pijn en stress kunnen placebo-effecten de klachten geheel doen verdwijnen. Bij kanker en andere

ernstige fysiologische aandoeningen is dit in veel mindere mate het geval, maar kunnen placebo-effecten bijvoorbeeld wel leiden tot vertraging in de ziekteontwikkeling. Het lijkt erop dat placebo-effecten het sterkst zijn bij ziektebeelden die naar hun aard ontvankelijk zijn voor psychologische beïnvloeding. Dit geldt bijvoorbeeld voor zulke aandoeningen als slapeloosheid, pijn, stress en depressie. Bij ziekten die niet of veel minder vatbaar zijn voor psychologische beïnvloeding, zoals infectieziekten, bloedarmoede en dergelijke, zijn de placebo-effecten geringer (Wampold et al. 2005).

Het beeld van de omvang van het placebo-effect is lange tijd bepaald door een onderzoekssynthese van Beecher uit 1955. Hij concludeerde dat het gemiddelde placebo-effect in een medische behandeling 35% is (Beecher 1955). Dit resultaat is intussen sterk omstreden. Moerman concludeert dat placebo-effecten extreem variabel zijn, ook als gecontroleerd wordt voor het soort aandoening (Moerman 2002b). Van meer belang lijkt in dit verband de bevinding die hiervoor al werd genoemd: de omvang van het placebo-effect correleert met de omvang van het effect van de reguliere behandeling: hoe meer effect deze sorteert des te sterker ook het placebo-effect. Bovendien kunnen we –in lijn van het voorgaande– vaststellen dat aandoeningen die vatbaar zijn voor psychologische beïnvloeding doorgaans sterkere placebo-effecten laten zien. Zo laten recente studies naar bijvoorbeeld pijnbestrijding en depressie placebo-effecten zien die in omvang min of meer gelijk zijn aan het reguliere behandelings-effect (Kirsch et al. 2002; Montgomery and Kirsch 1996). Doordat de focus in medisch onderzoek doorgaans ligt op de toegevoegde waarde van farmacologische of fysiologische interventies, wordt vaak uit het oog verloren dat placebo-effecten in omvang gelijk of zelfs groter kunnen zijn dan de effecten van deze interventies (Ernst 2001). Als eis wordt doorgaans gesteld dat de interventie significant beter scoort dan het placebo-effect. Dit kan in voorkomende gevallen betekenen dat het placebo-effect bijvoorbeeld 40% bedraagt, terwijl de toegevoegde waarde van de reguliere behandeling 10% is (gezamenlijk effect 50%). De verhouding tussen placebo-effect en specifiek behandelings-effect varieert uiteraard tussen aandoeningen en interventies.

Theorievorming over het placebo-effect staat, hoe gek het ook moge klinken, nog in de kinderschoenen. Dit heeft te maken met het feit dat veel kennis over het placebo-effect niet afkomstig is uit onderzoek dat gericht was op het vinden en verklaren van dit effect, maar juist op het voorkómen ervan (Harrington 2002). Niettemin zijn er verschillende perspectieven ontwikkeld waarnaar de laatste jaren enig onderzoek is gedaan. Deze schrijven het placebo-effect toe aan zulke uiteenlopende oorzaken als conditionering, stressreductie, cognitieve processen, psychoneurofysiologische processen, et cetera. Ondanks de grote hoeveelheid onderzoek die beschikbaar is en de interessante aanzetten tot theorievorming, moeten we concluderen dat het placebo-effect nog veel weg heeft van een mysterie. Een mysterie overigens, met zeer reële en omvangrijke empirische implicaties.

Vertaald naar het justitieveld kunnen we vaststellen dat het belief effect hier hoogstwaarschijnlijk een prominente rol speelt. Immers, dit effect blijkt het sterkst bij interventies die vatbaar zijn voor psychologische beïnvloeding. Onder die noemer kunnen we justitiële jeugdinterventies zeker scharen. We zagen ook dat mensen in het algemeen vatbaar blijken voor het belief effect. Dit maakt dat we dit effect generiek kunnen toepassen, dus ook bij jeugddelinquenten met uiteenlopende achtergronden.

Terzijde: misschien vraagt u zich na deze uiteenzetting af waarom er niet veel meer wordt gedaan met het placebo-effect, gelet op de grote rol die dit effect speelt in de medische praktijk. Die vraag heb ik mij ook gesteld en ik vermoed dat dit iets te maken heeft met de wijze waarop medisch onderzoek wordt gefinancierd en de belangen die daarin aan de orde zijn, in het bijzonder die van de farmaceutische industrie. Het is opvallend dat wereldwijd slechts een handjevol wetenschappers zich met de bestudering van het placebo-effect bezighoudt, terwijl een belangrijk deel van de gerealiseerde gezondheidsresultaten toch toegeschreven moet worden aan dit effect. De meeste onderzoekers beschouwen het placebo-effect echter als een lastige bijkomstigheid bij het vaststellen van specifieke (fysiologische of farmacologische) behandel effecten.

Recapitulatie: de betekenis van het Belief effect voor het veiligheidsveld

In de medische sector is het belief effect het meest en ook onder de meest kritische condities onderzocht. Ook al zijn veel onderzoekers in het effect als zodanig niet geïnteresseerd, door de wijze waarop medische studies worden uitgevoerd, hebben ze niettemin veel goede kennis gegenereerd over dit effect. De kennis over het placebo-effect leert ons dat het belief effect bestaat en zeer substantieel is. We kunnen tevens vaststellen dat dit effect zowel positieve als negatieve, gewenste als ongewenste gevolgen kan hebben, ofschoon we ons hier geconcentreerd hebben op de positieve uitwerking. Het belief effect benadrukt het belang van processen van betekenisverlening door personen die een interventie ondergaan en de invloed hiervan op de uitkomst van de interventie. De specifieke behandel effecten, in medische interventies zijn dit de fysiologische en farmacologische ingrepen, bepalen slechts voor een deel het behandelresultaat.

Nu is de vraag in hoeverre deze resultaten zich laten vertalen naar het veiligheidsveld. Ik heb verschillende redenen om aan te nemen dat het belief effect ook in deze context een substantiële rol speelt of kan spelen. Ik beperk me hierbij tot de toepassing van dit effect in justitiële jeugdinterventies.⁹

Persoonsgerichte interventies met jeugddelinquenten laten zich qua structuur goed vergelijken met de hiervoor besproken medische interventies. Er is sprake van sociale interacties tussen jongeren enerzijds en professionals (behandelaars) anderzijds. Deze professionals voeren op individuele basis of in groepsverband interventies uit waarbij, net als bij medische interventies, drie soorten effecten aan de orde zijn: specifieke en non-specifieke behandel effecten, en effecten als gevolg van natuurlijke ontwikkeling. Waar bij medische interventies het onderscheid tussen specifieke en non-specifieke effecten nogal scherp is, als gevolg van de strikte scheiding tussen fysiologische en psychologische behandel effecten, zal dit bij justitiële jeugdinterventies meer door elkaar kunnen lopen. Met andere woorden, bij deze interventies kunnen belief effecten ook intrinsiek deel uitmaken van de methodiek.

Het medisch onderzoek laat zien dat het belief effect het sterkst is wanneer sprake is van interventies die vatbaar zijn voor psychologische beïnvloeding. Justitiële jeugdinterventies voldoen aan deze voorwaarde, ook als ze niet gericht zijn op dit principe. De uitkomstvariabele, delinquent gedrag, is immers intrinsiek vatbaar voor psychologische beïnvloeding. Bij medische interventies heeft het belief effect betrekking op gezond worden, bij justitiële interventies heeft het belief effect betrekking op het uitblijven van crimineel

⁹ Elders heb ik laten zien dat het belief effect zowel in persoonsgerichte als in situationele preventieactiviteiten toegepast kan worden: Rovers, Ben. 2007a. "Preventie van jeugdcriminaliteit en de placeborespons; Toepassing van het belief effect in het veiligheidsveld." in *NVK-Marktdag*. Leiden..

gedrag. In beide gevallen is sprake van een proces van betekenisverlening dat materiële gevolgen heeft.¹⁰

Bij medisch onderzoek zijn alle inspanningen erop gericht de invloed van het belief effect zo klein mogelijk te houden. Dit roept de vraag op wat de potentie van dit effect is als we juist streven naar maximalisering ervan (Walach 2003). Bewuste toepassing van dit effect bij justitiële jeugdinterventies kan derhalve veel kansen bieden.

Een laatste reden waarom het belief effect zich goed laat toepassen bij justitiële jeugdinterventies komt voort uit de constatering dat hierbij geen ethische complicaties te verwachten zijn. De toepassing van het belief effect in medische interventies wordt beperkt door de voortdurende afweging of patiënten een behandeling mag worden onthouden. Deze afweging speelt bij justitiële interventies geen rol, omdat het belief effect zelf een onderdeel van de interventie kan zijn.

Recapitulerend kunnen we stellen dat het belief effect verwijst naar een belangrijk empirisch fenomeen dat ook betekenis heeft en kan hebben voor het veiligheidsveld, in het bijzonder voor de praktijk van justitiële jeugdinterventies. De vraag is nu wat het belang van dit effect kan zijn voor het justitieveld. Hierop zal ik in de volgende paragraaf een antwoord formuleren.

Een ander perspectief op de effectiviteit van justitiële jeugdinterventies

Het belang van het belief effect ligt mijns inziens vooral in het feit dat het ons een ander perspectief aanreikt in het denken over effectieve interventies. Een perspectief dat in zijn focus nogal afwijkt van de dominante stroming binnen de What works benadering, maar dat de uitgangspunten van die benadering wel onderschrijft en volgt, namelijk het realiseren van evidence-based interventies. Dit andere perspectief reikt ons enerzijds nieuwe en plausibele verklaringen aan voor het feit dat veel interventiepraktijken zo weinig effectief zijn en geeft ons anderzijds zicht op wegen die we kunnen bewandelen om tot effectievere interventies te komen.

Justitiële gedragsinterventies bezien vanuit het Belief effect

Wanneer we door de ogen van het belief effect naar justitiële gedragsinterventies kijken, valt op dat deze interventies omgeven zijn door sterke belief effecten. In tegenstelling tot medische interventies zijn het echter niet de positieve belief effecten die hier in het oog springen (de placebo-effecten), maar juist de negatieve. We zien, om het medisch jargon nog even te volgen, bij justitiële jeugdinterventies vooral nocebo-effecten optreden. Deze bewerkstelligen een betekenis respons die de jongeren niet uit de criminaliteit haalt, maar er eerder in verankert. Deze betekenis respons kunnen we op verschillende niveaus aantreffen: bij de jongeren zelf, maar ook bij hun sociale omgeving, bij de professionals en de instituten waarmee de jongeren in aanraking komen, en ook in de samenleving als geheel. Deze, veelal massieve, negatieve belief effecten kunnen verklaren waarom het zo moeilijk is om crimineel gedrag van jongeren om te buigen.

¹⁰ Het is mogelijk dat de causale link tussen belief effect en gezond worden enerzijds en de link tussen belief effect en het uitblijven van crimineel gedrag anderzijds niet helemaal dezelfde is, maar in dit stadium ontbreekt de kennis om hierover in enig detail een uitspraak te doen.

Een jongere die een justitiële interventie ondergaat wijkt op belangrijke kenmerken af van een patiënt die een arts bezoekt. Een patiënt is ziek en zoekt genezing en verwacht en/of gelooft dat een arts of meer in het algemeen de gezondheidszorg hem daarbij kan helpen. De jeugddelinquent die in aanraking komt met Justitie ziet vaak niet dat hij een probleem heeft, laat staan dat hij hiervoor hulp zoekt. Zijn contact met Justitie is ook niet vrijwillig en doorgaans is hij is dan ook niet gemotiveerd om mee te werken aan de behandeling, laat staan dat hij gelooft of verwacht dat deze behandeling ergens toe zal leiden. Eén van de meest in het oog springende fenomenen bij justitiële interventies, en één van de meest genegeerde verschijnselen door onderzoekers, heeft betrekking op justitiabelen, jeugddelinquenten in het bijzonder, die verzet plegen tegen de interventie die ze ondergaan. Waar bij medische interventies het doel van de patiënt min of meer gelijk is aan het doel van de interventie, zien we dat dit bij justitiële interventies dus vaak niet het geval is en dat zelfs sprake kan zijn van strijdige doelen. Onderzoek naar het belief effect laat ons zien dat onder deze omstandigheden de kans op een effectieve interventie sterk wordt verkleind.

Ook op het niveau van professionals die met jeugddelinquenten werken zien we negatieve belief effecten optreden. Onderzoek naar de opvattingen van professionals in de justitiesector over het nut en de effectiviteit van hun werk is volgens mij schaars, maar persoonlijke ervaringen in de afgelopen vijftien jaar hebben mij geleerd dat er in deze groep veel scepsis en vaak ook cynisme bestaat over het nut van justitiële gedragsinterventies. Deels weerspiegelt dit waarschijnlijk een algemeen maatschappelijk klimaat waarin de overtuiging heeft postgevat dat deze jongeren nergens voor deugen en dat er met hen weinig of niets te beginnen valt. Voor een ander deel denk ik dat deze houding een gevolg is van eigen ervaring met deze jongeren en van leereffecten die gedurende de eigen professionele carrière zijn opgetreden. Ik denk dat we de invloed van deze leereffecten niet moeten onderschatten. Een professional die met deze groep jongeren werkt, kan gemakkelijk (in zijn ogen) ‘negatieve’ ervaringen opdoen. Als deze ervaringen zich herhalen, treedt het *framing* mechanisme in werking dat ik hiervoor heb beschreven. De aanvankelijk idealistische en frisse professional bouwt dan frames op als ‘je kan ze niet vertrouwen’ en ‘er valt niets mee te beginnen’. Elke nieuwe jongere waarmee de professional vervolgens in aanraking komt zal worden bejegend overeenkomstig de opgebouwde frames. We hebben hiervoor gezien dat deze frames hun uitwerking niet zullen missen en overeenkomstige realiteiten zullen creëren. Deze belief effecten dragen dan ook niet bij aan de effectiviteit van de interventie.

Behalve op het niveau van individuele jongeren en professionals zien we ook op het niveau van groepen en organisaties negatieve belief effecten optreden. In de sociale omgeving van jeugddelinquenten treffen we heel vaak overtuigingen aan die –om het voorzichtig te formuleren- niet ondersteunend zijn voor het effectief ten uitvoer brengen van een interventie. Het kan hierbij gaan om een onderwijsinstelling die de jongere heeft afgeschreven, om ouders die niet (meer) in hun kind geloven of om vrienden die crimineel actief zijn en de jongere stimuleren dezelfde gedragslijn te volgen. Hoe de sociale omgeving er ook uitziet en welke vorm de overtuigingen ook aannemen, in heel veel gevallen gaat het om belief effecten die haaks staan op het doel van de interventie. Echter, ook binnen de organisaties waar interventies worden uitgevoerd treffen we dit soort effecten aan. De negatieve ervaringen van individuele professionals kunnen neerslaan in een organisatiecultuur die bijna net zo negatief uitwerkt als de sociale omgeving van de jongere. Dit kan allerlei vormen aannemen. Het kan een algemeen heersend ongeloof zijn dat er met de jongeren iets te beginnen valt, het kan een negatieve of zelfs gewelddadige bejegening zijn, maar het kan ook betekenen dat criminogene sociale patronen van jongeren worden overgenomen. Professionals die intensief omgaan met zeer moeilijke groepen jeugddelinquenten kunnen in hun gedrag en omgangsvormen de kleur aannemen van hun klanten, waarmee de criminogene patronen waarmee de jongeren buiten de interventie bekend zijn als het ware de interventie in

worden getrokken. Dit risico is het grootst op plaatsen waar jeugddelinquenten langere tijd met elkaar doorbrengen en waar een intensief contact bestaat met professionals. Zie in dit verband bijvoorbeeld de recente bevindingen van de Inspectie Jeugdzorg (2007) over het onveilige leefklimaat in veel justitiële jeugdinrichtingen. Ook hier zien we weer een groot verschil met de context waarin medische interventies plaatsvinden. Weliswaar kunnen daar ook negatieve belief effecten aan de orde zijn op het niveau van de sociale omgeving van de patiënt of op het niveau van medische instellingen en de behandelcontext, maar deze zijn vaak veel minder sterk en worden bovendien gecompenseerd door tal van positieve belief effecten.

Ten slotte kunnen we ook op het niveau van de samenleving negatieve belief effecten aanwijzen als het gaat om justitiële interventies. Dit heeft te maken met het feit dat crimineel gedrag een morele dimensie kent en wordt beschouwd als maatschappelijk ongewenst. De maatschappelijke afwijzing van crimineel gedrag heeft, hoe begrijpelijk en noodzakelijk deze afwijzing in menig opzicht ook is, een remmend effect op onze pogingen om herhaald crimineel gedrag te voorkómen. We kunnen dit als volgt voorstellen: iemand die een crimineel feit pleegt plaatst zich hierdoor buiten de maatschappelijke orde. Hoe sterker de maatschappelijke afwijzing van dit gedrag, des te groter de kloof die de pleger moet overbruggen om nadien weer deel uit te kunnen maken van diezelfde sociale orde. In landen met een sterk punitief maatschappelijk en strafrechtelijk klimaat is het dus lastiger om delinquenten te reïntegreren dan in een land waar sprake is van een minder punitief klimaat. Nederland is in de afgelopen vijftientig à dertig jaar aanzienlijk punitiever geworden. De maatschappelijke afwijzing van criminaliteit is toegenomen en deze tendens zien we terug in het sociale verkeer, in de politiek en in het strafrecht.¹¹ De maatschappelijke afwijzing van criminaliteit werkt als een negatief belief effect: hoe sterker deze afwijzing en hoe geringer het maatschappelijk geloof in de reïntegratie van delinquenten, des te groter is ook de kans dat delinquenten hierin geloven en het 'rechte pad' niet als een kansrijke dan wel wenselijke optie zien. Ze zijn daarvoor te ver buiten de sociale orde terecht gekomen en het ontbreekt aan mechanismen om de verbinding te herstellen. Effectieve criminaliteitspreventie en een punitief sociaal en strafrechtelijk klimaat gaan niet goed samen, ook al beweren sommigen het tegendeel.

Hoewel ik geen poging heb gedaan volledig te zijn, laat deze bespreking denk ik goed zien dat rondom justitiële jeugdinterventies tal van negatieve belief effecten aan de orde zijn, die verklaren waarom het zo lastig is om delinquent gedrag van jongeren om te buigen en waarom dit vandaag de dag misschien nog wel moeilijker is dan pakweg 25 jaar geleden. Het belief effect werpt echter niet alleen licht op factoren die de effectiviteit van interventies belemmeren, het kan ook verklaren waarom interventies soms wel tot positieve resultaten leiden.

Een interessant fenomeen in dit kader is het volgende. Bij evaluatieonderzoek naar preventieprojecten blijkt vaak dat projecten die aanvankelijk heel succesvol leken bij later evaluatieonderzoek helemaal niet zo succesvol blijken. Het oorspronkelijke enthousiasme van degenen die bij een dergelijk project betrokken waren, wordt dan meestal afgedaan als *wishfull thinking*. We kunnen voor dit fenomeen ook een andere verklaring aanvoeren. Deze verklaring stelt dat het aanvankelijke project wel degelijk succesvol was, maar dat bij de verspreiding ervan de 'werkzame stof' verloren is gegaan. Vanuit het belief effect bezien gaat het immers niet alleen om *wat* er gebeurt, maar ook om *hoe* het gebeurt en vooral met welke overtuiging. De werkzame stof in een nieuw en veelbelovend preventieproject zou wel eens niet kunnen zitten in wat er gebeurt, maar in het enthousiasme en vertrouwen waarmee het project is omgeven. Dit aspect gaat vaak verloren zodra het project, op basis van de gewekte

¹¹ Deze ontwikkeling hangt mijns inziens in belangrijke mate samen met de stijging van het algehele criminaliteitsniveau sinds het einde van de jaren zestig en de nog steeds toenemende geweldscriminaliteit. Zie WODC. 2007. "Criminaliteit en rechtshandhaving (elektronische publicatie)." Found at: <http://www.wodc.nl/> .

verwachtingen, een bredere verspreiding krijgt. De focus komt dan doorgaans te liggen op het overnemen en standaardiseren van de gevolgde werkwijze. Ter illustratie het volgende voorbeeld: ‘Ome’ Jan Schildkamp in Hoogvliet bestiert al jaren een succesvolle boksschool waar hij randgroepjongeren opvangt en leert boksen.¹² Door zijn benadering heeft hij menig jongere weer op het rechte pad geholpen. Interessant is de vraag hoe we dit particuliere succesnummer kunnen extrapoleren. Moeten we dan meer bokscholen opzetten of de effectieve ingrediënten van Ome Jan’s benadering overnemen? In het denken over justitiële interventies met jongeren ligt een sterke focus op de eerste oplossing. Het belief effect wijst ons erop dat het succes van Ome Jan ook kan liggen in zijn benadering, zijn overtuigingen, de wijze waarop hij contact legt met de jongeren, et cetera. Deze factoren kunnen van evenveel of zelfs van meer belang zijn voor het welslagen van zijn project dan het feit dat hij de jongeren leert een ‘linkse directe’ te slaan.

Het verhaal van Ome Jan heeft een bredere betekenis. De vraag wat succesvolle interventies gemeen hebben is tot op heden niet bevredigend beantwoord. De grote gemene deler is nog niet gevonden en ik heb ook niet de pretentie die vandaag aan u te presenteren. Ik denk echter wel dat het belief effect een bruikbare aanzet kan geven voor een antwoord op deze vraag en formuleer die aanzet hier als een onderzoekbare hypothese, welke luidt: *een interventie is succesvoller wanneer een groter aantal betrokkenen gelooft in het succes ervan*. Deze hypothese zag ik jaren geleden voor het eerst bevestigd toen ik de toenmalige winnaar van de Hein Roethofprijs (voor preventieprojecten) vroeg naar het waarom van het succes. Het betrof een succesvol preventieproject met drugsverslaafden in een wijk in Venlo. De initiator van het project moest lang nadenken over deze vraag en antwoordde toen: ‘ik heb geen idee waarom het zo succesvol is, maar alle deelnemers geloven erin.’

Het wenkend perspectief van het Belief effect

Het belief effect biedt ons niet alleen mogelijkheden om op een andere manier te kijken naar de (in)effectiviteit van interventiepraktijken, maar reikt ons ook handvatten aan om het streven naar effectievere interventies vorm te geven.

De What works benadering gaat in belangrijke mate voorbij aan de sociale en symbolische realiteit van interventies en de invloed hiervan op de uitkomst van die interventies. Het belief effect leert ons dat de sociale dynamiek binnen interventies er toe doet en van invloed is op processen van betekenisverlening. Deze processen zijn cruciaal voor het begrijpen van de gedragsreacties van jongeren.

Voorzover er binnen de What works benadering aandacht is voor de inhoud van interventies, heeft deze vooral betrekking op de gehanteerde methodieken en meer in het algemeen op de standaardisering van producten en werkwijzen. Dit mag een trend worden genoemd: het realiseren van effectieve interventies wordt steeds vaker in verband gebracht met het idee dat producten en werkwijzen gestandaardiseerd respectievelijk geprotocoliseerd dienen te zijn. Volgens velen is dit de kern van evidence-based werken. De What works benadering staat hierin niet alleen. In toenemende mate zien we de beginselen van *Fordisme* en *Taylorisme* geïntroduceerd worden in de hulpverlening. Deze beginselen verwijzen naar het verhogen van de productiviteit door het verregaand standaardiseren en in partjes opdelen van het productieproces, met de lopende band als ultieme uitkomst. Bijna honderd jaar nadat deze beginselen werden geïntroduceerd en alweer tientallen jaren nadat ze in veel bedrijfstakken weer terzijde zijn geschoven als zijnde niet erg effectief, zien we de uitgangspunten nu opdagen in hulpverleningsland. Interventiepraktijken waarin regels,

¹² <http://www.opboxen.nl/>

protocollen, standaardprocedures en verantwoordingsmechanismen de professional aansturen, zijn heel gewoon geworden. De professional is in dit perspectief de lopende-bandmedewerker die zijn strict omschreven bijdrage levert aan de totstandkoming van het hulpverleningsproduct. Deze benadering zorgt er in ieder geval voor dat interventiepraktijken doorzichtig en dus controleerbaar en meetbaar worden. Belangrijke criteria voor degenen die deze praktijken aansturen, want ook zij moeten zich vaak weer kunnen verantwoorden. Of deze benadering ook bijdraagt aan effectievere interventies weet ik niet. Als we kijken naar de resultaten van het onderzoek in de medische sector, zien we dat er andere belangrijke factoren in het spel zijn. Deze eveneens evidence-based factoren wijzen ons erop dat de effectiviteit van een interventie voor een belangrijk deel wordt beslist op het niveau van het individu dat de interventie ondergaat en de betekenis die dit individu toekent aan de interventie. Het belang van deze individuele variatie is geheel uit beeld bij een benadering die zich louter of vooral focust op het realiseren van standaardproducten en -benaderingen. Het belief effect biedt ons een perspectief op het fenomeen van de individuele variatie en ook manieren om ermee om te gaan. De professionals die de interventies uitvoeren spelen hierin een belangrijke rol. Binnen de What works benadering is deze groep min of meer onzichtbaar en de aanwijzingen die ze vanuit deze benadering krijgen aangereikt, bieden doorgaans te weinig houvast om hun handelen effectiever te maken. Het belief effect maakt hoe dan ook duidelijk dat evidence-based werken méér kan en moet zijn dan het louter aanreiken van gestandaardiseerde producten en werkwijzen. Als Taylorisme en Fordisme al niet blijken te werken bij zo'n eenvoudig product als de assemblage van een auto, waarom zouden ze dan wel werken bij een oneindig veel complexer product als de reïntegratie van jeugddelinkwenten?

Eerder hebben we geconcludeerd dat de vraag of het onderzoek in de What works benadering leidt tot effectievere interventies niet zonder meer postief beantwoord kan worden. Diverse factoren zorgen ervoor dat de vertaalslag van de geproduceerde kennis naar het beleid en met name de praktijk van interventies een problematische is. Het belief effect reikt ons thema's aan die van belang zijn om op een praktisch niveau de effectiviteit van het handelen te kunnen vergroten. Ik noem er enkele.

Eén van deze thema's, niet het minst belangrijke, heeft betrekking op het gevoelig maken van jongeren voor de doelen van de interventie. Hoe bereik je dat deze jongeren, die er zelf niet voor hebben gekozen, toch vatbaar worden voor de agenda van verandering? En niet alleen op een oppervlakkig, functioneel niveau (uitzitten van de tijd, meedoen tot het niet meer hoeft), maar op een niveau dat blijvende effecten genereert? Het motiveren van jongeren tot het maken van deze stap en het omgaan met verzet tegen verandering zijn derhalve cruciale vraagstukken van effectiviteit. Maar ook de vraag of je interventies op individuele basis of in groepsverband moet aanbieden. Het belief effect wijst ons bijvoorbeeld op de risico's die verbonden zijn aan een groepsgerichte aanpak van jeugdproblematiek, omdat de groepsprocessen de negatieve belief effecten kunnen versterken. Sociaal-agogen hebben kennis opgebouwd rond dit soort thema's, maar het is belangrijk dat we deze kennis kritisch toetsen.

Een ander thema benadrukt het belang van professionals en de invloed van hun handelen op de uitkomst van interventies. Binnen de What works benadering is deze groep niet of nauwelijks zichtbaar. Onderzoek naar het belief effect maakt duidelijk dat de invloed van professionals evident is. De persoon van de professional, zijn houding tegenover de jongeren en de gehanteerde methodieken, de opgebouwde ervaringen, et cetera vertalen zich in tal van belief effecten die van invloed zijn op de uitkomst van de interventie. Voor de sociaal-agogisch geschoolden zal dit niet verrassend klinken, maar aan hen de vraag: wat weten we eigenlijk van de hier genoemde effecten? Welke factoren zijn hierin meer dan andere van belang? En op welke wijze kunnen we ze aanwenden om interventiepraktijken

effectiever te maken? Deze vragen moeten voor een belangrijk deel nog beantwoord worden. Hiervoor heb ik beschreven hoe goed opgeleide en toegeruste professionals na verloop van tijd minder effectief of zelfs contra-productief kunnen gaan handelen wanneer ze langere tijd met deze groep jongeren werken. Interessante vragen hierbij zijn: hoe vaak is dit aan de orde, bij welke professionals speelt deze problematiek en vooral: hoe voorkóm je dit? In dit verband zou het interessant kunnen zijn te weten of organisaties via inter- of supervisietrajecten hun professionals 'fris' houden en in hoeverre ze hierin slagen.

Het werken met belief effecten sluit goed aan bij de behandelmodaliteit die in de What works benadering als meest succesvol uit de bus komt: de cognitieve gedragsbenadering. Cognitief georiënteerde gedragsprogramma's blijken succesvol te kunnen zijn in het tot stand brengen van blijvende veranderingen in het gedrag van jonge delinquenten (Lipsey, Chapman and Landenberger 2001). Het belief effect wijst ons er echter op dat we hierbij niet alleen moeten kijken naar de jeugddelinquenten zelf, maar ook naar de professionals waarmee zij in aanraking komen en de instituten waarbinnen deze professionals werkzaam zijn. Eén van de interessante aspecten van het belief effect is immers dat het overdraagbaar is van de organisatie en de personen die de interventie aanbieden op de personen die de interventie ondergaan. We kunnen interventies dus effectiever maken door onze aandacht niet alleen op de jeugddelinquenten zelf te richten, maar ook op de professionals en de organisaties waarin deze opereren. We kunnen deze gemakkelijker bereiken en veranderen dan de jongeren zelf en het overdrachtseffect kan ervoor zorgen dat deze veranderingen ook doorwerken bij de jongeren, de groep waar het uiteindelijk om te doen is. De cultuur in organisaties, het personeelsbeleid, de samenstelling van het personeel en bijvoorbeeld training en coaching van medewerkers (om maar enkele zaken te noemen) zijn in deze optiek geen randvoorwaarden voor het plegen van interventies, maar factoren die direct verband houden met de effectiviteit.

Kortom: het belief effect biedt ons concrete mogelijkheden om verder te werken aan effectieve interventies.

Conclusie

Concluderend kunnen we stellen dat het belief effect betrekking heeft op een empirisch fenomeen dat uitermate relevant is voor justitiële gedragsinterventies. Het verschaft ons een ander perspectief op deze interventies en op de werkzame factoren die daarin aan de orde zijn. Bovendien vormt dit perspectief een belangrijke aanvulling op onze kennis van 'Wat werkt', omdat het de aandacht richt op een tot nu toe onderbelicht aspect van interventies: de uitvoeringspraktijk en met name de sociale dynamiek die daarin aan de orde is. Het belief effect wijst ons op het belang van processen van betekenisverlening door jeugdige delinquenten die een justitiële gedragsinterventie ondergaan en de factoren die hieraan een belangrijke bijdrage leveren, zoals overtuigingen van professionals, de relatie tussen professionals en jongeren, et cetera.

Binnen de What works benadering zijn sociale professionals, en de rol die zij spelen bij het realiseren van effectieve interventies, nauwelijks in beeld. Toch vormen deze professionals waarschijnlijk de belangrijkste (institutionele) toegangspoort tot jeugddelinquenten en risicojongeren. We treffen deze professionals zowel binnen als buiten de justitiesector aan. Denk hierbij bijvoorbeeld aan jeugdzorg, reclassering, justitiële jeugdinrichtingen en dergelijke, maar ook aan buurt- en jongerenwerk, verslavingszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Ondanks het kwantitatieve belang van deze groep voor de aanpak van jeugdcriminaliteit en sociaal probleemgedrag van jongeren, weten we nog erg weinig over hun kwalitatieve bijdrage aan het effectief tegengaan van probleemgedrag bij deze groep. Er zijn in het agogisch veld voldoende theorieën beschikbaar over

veranderkundige processen en hoe deze aan te wenden, maar het ontbreekt vaak aan kritische toetsing hiervan in de praktijk. Met andere woorden, we weten niet of deze theorieën ook ‘werken’. In het justitieveld is daarentegen veel aandacht voor het ontwikkelen van *evidence-based* kennis, maar hier ontbreekt –zoals we hebben gezien- het perspectief van de (sociale) professional en zijn aandeel in de uitkomst van interventies. Door de kennis over veranderkundige processen in het agogisch veld te combineren met het streven naar effectieve interventies in het justitieveld, is het mogelijk een nieuwe, innovatieve én praktijkgeoriënteerde onderzoeksagenda te realiseren die kan bijdragen aan effectieve interventies met jeugddelinkwenten en risicojongeren. De rol van sociale professionals is hierbij cruciaal.

Literatuur

- Asscher, Jessica, Maja Dekovic, Peter van der Laan, Pier Prins, and Sander van Arum. 2007. "De effectiviteit van multisysteemtherapie (MST). Knelpunten en kansen bij de implementatie van een randomized controlled trial." *Tijdschrift voor Criminologie* 49:57-67.
- Atkinson, David. 2004. "The What Works Debate: Keeping a Human Perspective." *Probation Journal* 51:248-252.
- Barkham, M. 2007. "The role of practitioners in implementing, designing and utilizing practice based evidence." Pp. 41-54 in *Jeugdzorg in onderzoek: De professional en effectiviteit*, edited by W. Bruinsma, C. Konijn, and M. van der Steege. Den Haag: Ministerie van VWS.
- Beecher, H.K. 1955. "The powerful placebo." *Journal of the American Medical Association - JAMA* 159:1602-1606.
- Beenakkers, E.M.Th. 2000. "Effectiviteit van sanctieprogramma's: bouwstenen voor een toetsingskader : een literatuuronderzoek." Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum.
- Benedetti, Fabrizio, Helen S Mayberg, Tor D Wager, Christian S Stohler, and Jon-Kar Zubieta. 2005. "Neurobiological mechanisms of the placebo effect." *Journal of Neuroscience* 45:10390-10402.
- Benson, Herbert. 1997. "The nocebo effect; History and physiology." *Preventive medicine* 26.
- Berghuis, Bert, Frans Leeuw, and Marit Scheepmaker. 2004. "Beleidstheorieën - Voorwoord." *Justitiële Verkenningen* 30:5-9.
- Berk, Richard E. 2005. "Randomized experiments as the bronze standard." *Journal of Experimental Criminology* 1:417-433.
- Bootzin, Richard A., and Opher Caspi. 2002. "Explanatory mechanisms for placebo effects: cognition, personality and social learning." Pp. 108-132 in *The science of the placebo; toward an interdisciplinary research agenda*, edited by Harry A. Guess, Arthur Kleinman, John W. Kusek, and Linda Engel, W. London UK: BMJ Books.
- Bootzin, Richard R, and Elaine T Bailey. 2005. "Understanding placebo, nocebo, and iatrogenic treatment effects." *Journal of Clinical Psychology* 61:871-880.
- Burik, A.E. van, E.R. Elderman, A.M. Persoon, and E.A. Rutten. 2007. "Evaluatie Justitiële interventies schoolverzuim." Woerden: Adviesbureau Van Montfoort.
- Caspi, Opher, and Richard A. Bootzin. 2002. "Evaluation how placebos produce change; Logical and causal traps and understanding cognitive explanatory mechanisms." *Evaluation & The Health Professions* 25:436-464.
- Craen, Anton J M de, Angela J.E.M. Lampe-Schoenmakers, and J Kleijnen. 2001. "Non-specific factors in randomized clinical trials: some methodological considerations." in *Understanding the Placebo Effect in Complementary Medicine; Theory, Practice and Research*, edited by David Peters. Edinburgh [etc.]: Churchill Livingstone.
- Cullen, Francis T., and Paul Gendreau. 2000. "Assessing Correctional Rehabilitation: Policy, Practice, and Prospects." Pp. 109-175 in *Processes, and Decisions of the Criminal Justice System; Criminal Justice 2000*, edited by Julie Horney. Rockville, MD: National Institute of Justice/NCJRS.
- Dowden, Graig, and D.A. Andrews. 2004. "The Importance of Staff Practice in Delivering Correctional Treatment: A Meta-Analytic Review of Core Correctional Practice." *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 48:203-214.
- Erkenningscommissie-Gedraginterventies. 2006. "Jaarverslag 2006." Den Haag: Ministerie van Justitie.

- Ernst, Edzard. 2001. "Towards a scientific understanding of placebo effects." in *Understanding the Placebo Effect in Complementary Medicine; Theory, Practice and Research*, edited by David Peters. Edinburgh [etc.]: Churchill Livingstone.
- Evans, Dylan. 2003. *Placebo; mind over matter in modern medicine*. London UK: Harper Collins Publishers.
- Farrington, David P. 2006. "Methodological quality and the evaluation of anti-crime programs." *Journal of Experimental Criminology* 2:329-337.
- Farrington, David P., Denise C. Gottfredson, Lawrence W. Sherman, and Brandon C. Welsh. 2002. "The Maryland Scientific Methods Scale." in *Evidence-Based Crime Prevention*, edited by Lawrence W. Sherman, David P. Farrington, Brandon C. Welsh, and Doris Layton MacKenzie. New York: Routledge.
- Farrington, David P., and Brandon C. Welsh. 2005. "Randomized experiments in criminology: What have we learned in the last two decades?" *Journal of Experimental Criminology* 1:9-38.
- Feder, L., A. Jolin, and William Feyerherm. 2000. "Lessons from two randomized experiments in criminal justice settings." *Crime & Delinquency* 46:380-400.
- Ferwerda, Henk B., I.M.G.G. van Leiden, N.A.M. Arts, and A.R. Hauber. 2006. "Halt: het Alternatief? De effecten van HALT beschreven (reeks Onderzoek en Beleid, nr 244)." Den Haag/Meppel: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (WODC) / Boom Juridische uitgevers.
- Gendreau, Paul, and Robert R. Ross. 1979. "Effective correctional treatment: Bibliotherapy for cynics." *Crime & Delinquency* 25:463-489.
- Goffman, Erving. 1974. *Frame analysis : an essay on the organization of experience*. New York: Harper & Row.
- Guess, Harry A., Arthur Kleinman, John W. Kusek, and Linda Engel, W. (Eds.). 2002. *The science of the placebo; toward an interdisciplinary research agenda*. London UK: BMJ Books.
- Hahn, Robert A. 1997. "The nocebo phenomenon; concept, evidence, and implications for public health." *Preventive medicine* 26:607-611.
- Harrington, Anne. 2002. "'Seeing' the Placebo-effect: Historical Legacies and Present Opportunities." Pp. 35-52 in *The Science of the Placebo; Toward an Interdisciplinary Research Agenda*, edited by Harry A. Guess, Arthur Kleinman, John W. Kusek, and Linda Engel, W. London UK: BMJ Books.
- Helman, Cecil G. 2001. "Placebos and nocebos: the cultural construction of belief." in *Understanding the Placebo Effect in Complementary Medicine; Theory, Practice and Research*, edited by David Peters. Edinburgh [etc.]: Churchill Livingstone.
- Inspectie-jeugdzorg, Inspectie-van-het-Onderwijs, Inspectie-voor-de-Gezondheidszorg, and Inspectie-voor-de-Sanctietoepassing. 2007. "Veiligheid in justitiële jeugdinrichtingen: opdracht met risico's." Utrecht.
- Kirsch, I., T.J. Moore, A. Scoboria, and S.S. Nicholls. 2002. "The emperor's new drugs: an analysis of antidepressant medication data submitted to the U.S. Food and Drug Administration." *Prevention & Treatment* 5:Found at: http://www.alpha-stim.com/Information/Technology/Research/Research_PDF/EmperorsNewDrugs.pdf.
- Klein-Haarhuis, C., M. van Ooyen-Houben, E. Kleemans, and F. Leeuw. 2005. "Rechtshandhaving gevalueerd; een synthese van 31 onderzoeken." *Justitiële Verkenningen* 31:54-71.
- Laan, P.H. van der. 2004. "Over straffen, effectiviteit en erkenning; de wetenschappelijke onderbouwing van preventie en strafrechtelijke interventie." *Justitiële Verkenningen* 30:31-48.

- Laan, P.H. van der, H. Krooi, P. van der Voort, and M. Wijkman. 2006. *Toetsing en certificering van preventieve, curatieve en repressieve interventies in de jeugdzorg*. Leiden: NSCR.
- Landsberger, Henry A. 1958. *Hawthorne Revisited*. Ithaca NY: Cornell University.
- Leeuw, Frans L. 2005. "Trends and Developments in Program Evaluations in General and Criminal Justice Programs in Particular." *European Journal on Criminal Policy and Research* 11:233-258.
- Linde, C., F. Gadler, L. Kappenberger, and L. Ryden. 1999. "Placebo Effect of Pacemaker Implantation in Obstructive Hypertrophic Cardiomyopathy." *American Journal of Cardiology* 83:903-7.
- Lipsey, Mark W. 2001. "Unsolved problems and unfinished business." *American Journal of Evaluation* 22:325-328.
- Lipsey, Mark W., Gabrielle L. Chapman, and Nana A. Landenberger. 2001. "Cognitive-Behavioral programs for Offenders." *The Annals of the American Academy of Political and Social Science AAPSS* 578:144-157.
- Lipsey, Mark W., and David B. Wilson. 2001. *Practical Meta-Analysis*. Thousand Oaks [etc.]: Sage.
- Lipton, Douglas, Robert Martinson, and Judith Wilks. 1975. *The effectiveness of correctional treatment: A survey of treatment evaluation studies*. New York: Praeger.
- Loeber, Rolf, N. Wim Slot, and Joseph A. Sergeant (Eds.). 2001. *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie; Omvang, oorzaken en interventies*. Houten/Diegem.
- Martinson, Robert. 1974. "What works? Questions and answers about prison reform." *The Public Interest* 35:22-54.
- Merrington, Simon, and Steve Stanley. 2004. "What Works? Revisiting the Evidence in England and Wales." *Probation Journal* 51:7-20.
- Merton, Robert K. 1957. "Social Structure and Anomie." *Social Theory and Social Structure*:131-161.
- Moerman, Daniel. 2002a. *Meaning, medicine and the 'placebo effect'*. Cambridge UK/ New York: Cambridge University Press.
- Moerman, Daniel E. 2002b. "Explanatory mechanisms for placebo effects: cultural influences and the meaning response." Pp. 77-107 in *The science of the placebo; toward an interdisciplinary research agenda*, edited by Harry A. Guess, Arthur Kleinman, John W. Kusek, and Linda Engel, W. London UK: BMJ Books.
- Montgomery, Guy, and I. Kirsch. 1996. "Mechanisms of placebo pain reduction: An empirical investigation." *Psychological Science* 7:174-177.
- National-Research-Council. 2005. *Improving evaluation of anticrime programs*. Washington D.C.: National Academies Press.
- Pawson, Ray. 2002. "Evidence-based Policy: The promise of 'Realist Synthesis'." *Evaluation* 8:340-358.
- . 2006. *Evidence-based Policy. A Realist Perspective*. London [etc.]: Sage.
- Peters, David (Ed.). 2001. *Understanding the placebo effect in complementary medicine*. Edinburgh/UK Etc.: Churchill Livingstone.
- Petrosino, Anthony, Robert F. Boruch, Haluk Soydan, Lorna Duggan, and Julio Sanchez-Meca. 2001. "Meeting the Challenges of Evidence-Based Policy: The Campbell Collaboration." *The Annals of the American Academy of Political and Social Research* 578:14-34.
- Petrosino, Anthony, and Haluk Soydan. 2005. "The impact of program developers as evaluators on criminal recidivism: Results from meta-analyses of experimental and quasi-experimental research." *Journal of Experimental Criminology* 1:435-450.

- Popper, Karl. 1972. *The Poverty of Historicism. Reprinted Edition*. London UK: Routledge & Kegan Paul Ltd.
- Roos, Theo de. 2007. "Experimenteren met sancties? Strafrechtstheoretische kanttekeningen bij een empirisch-wetenschappelijke trend." *Tijdschrift voor Criminologie* 49:12-23.
- Rosenthal, Robert, and Lenore Jacobson. 1992. *Pygmalion in the classroom. Expanded edition*. New York: Irvington.
- Rovers, Ben. 2006. "Boekbespreking: Ferwerda, Henk B., Leiden, I.M.G.G. van, Arts, N.A.M. en A.R. Hauber (2006). *Halt: Het alternatief? De effecten van Halt* beschreven, Den Haag: Boom Juridische Uitgevers / WODC (Onderzoek en Beleid, deel 244)." *Tijdschrift voor Veiligheid* 5:74-76.
- . 2007a. "Preventie van jeugdcriminaliteit en de placeborespons; Toepassing van het belief effect in het veiligheidsveld." in *NVK-Marktdag*. Leiden.
- . 2007b. "What works; kanttekeningen bij een populair programma." *Tijdschrift voor Veiligheid* 6:7-22.
- Shapiro, Arthur K. 1964. "A Historic and Heuristic Definition of the Placebo." *Psychiatry*:52-58.
- Shapiro, Arthur K., and Elaine Shapiro. 1997. *The powerful placebo; from ancient priest to modern physician*. Baltimore MD [Etc.]: Johns Hopkins University Press.
- Sherman, Lawrence W. 2006. "'To develop and test': The inventive difference between evaluation and experimentation." *Journal of Experimental Criminology* 2:393-406.
- Sherman, Lawrence W., David P. Farrington, Brandon C. Welch, and Doris Layton MacKenzie. 2002. *Evidence-based crime prevention. Revised edition*. London and New York: Routledge.
- Sherman, Lawrence W., Denise Gottfredson, Doris MacKenzie, John Eck, Peter Reuter, and Shawn Bushway. 1997. "Preventing crime: What works, what doesn't, what's promising? A Report to the United States Congress." Washington D.C.: Office of Justice Programs, U.S. Department of Justice.
- Spiegel, Herbert. 1997. "Nocebo: The power of suggestibility." *Preventive medicine* 26:616-621.
- Thomas, William I., and Dorothy S. Thomas. 1928. *The Child in America: Behavior Problems and Programs*. New York: Alfred A. Knopf.
- Walach, Harald. 2003. "Placebo and placebo effects - a concise review." *Focus on Alternative and Complementary Therapies* 8:178-187.
- Wampold, Buce E., Takuya Minami, Sandra Callen Tierney, Thoams W Baskin, and Kuldir S Bhati. 2005. "The placebo is powerful; Estimating placebo effects in medicine and psychotherapy from randomized clinical trials." *Journal of Clinical Psychology* 61:835-854.
- Wartna, B. S.J., S.N. Kalidien, N. Tollenaar, and A.A.M. Essers. 2006. "Strafrechtelijke recidive van jongeren uit justitiële jeugdinrichtingen; tabellenboek [WODC-recidivestudies Fact sheet 2006-7a]." Den Haag: Ministerie van Justitie/WODC.
- Wartna, Bouke S.J. 2005. "Evaluatie van daderprogramma's : een wegwijzer voor onderzoek naar de effecten van strafrechtelijke interventies speciaal gericht op het terugdringen van recidive." Den Haag: Wetenschappelijk onderzoek- en documentatiecentrum (WODC) / Boom.
- Weisburd, David, Cynthia M Lum, and Anthony Petrosino. 2001. "Does Research Design Affect Study Outcomes in Criminal Justice?" *The Annals of the American Academy of Political and Social Research* 578:50-70.
- Welsh, Brandon C., and David P. Farrington. 2001. "Towards an Evidence-Based Approach to Preventing Crime." *The Annals of the American Academy of Political and Social Research* 578:158-173.

Wilson, David B. 2001. "Meta-Analytic Methods for Criminology." *The Annals of the American Academy of Political and Social Research* 578:71-89.

WODC. 2007. "Criminaliteit en rechtshandhaving (elektronische publicatie)." Found at: <http://www.wodc.nl/>