

vaktherapie in de justitiële jeugdinrichtingen en de gesloten jeugdzorg

kaderdocument voor alle vaktherapieën



Projectleiders

Dr. Henk Smeijsters, lector KenVaK – Hogeschool Zuyd, Heerlen
Mr.drs. Joost van den Braak, senioradviseur, Adviesbureau van Montfoort, Woerden

Vaktherapeuten

Marjan Helmich, beeldend therapeute, Rentray, Eefde
Heinz Reumers, muziektherapeut, Het Keerpunt, Cadier & Keer
Josefien van der Wekken, dramatherapeute, O.G. Heldring, Zetten

VAKTHERAPIE IN DE JUSTITIËLE JEUGDINRICHTINGEN EN DE GESLOTEN JEUGDZORG

KADERDOCUMENT VOOR ALLE VAKTHERAPIEËN

Projectleiders

Dr. Henk Smeijsters, lector KenVaK – Hogeschool Zuyd, Heerlen
Mr.drs. Joost van den Braak, senioradviseur, Adviesbureau van Montfoort,
Woerden

Vaktherapeuten

Marjan Helmich, beeldend therapeute, Rentray, Eefde
Heinz Reumers, muziektherapeut, Het Keerpunt, Cadier & Keer
Josefien van der Wekken, dramatherapeute, O.G. Heldring, Zetten

Het Keerpunt | Hogeschool Zuyd · KenVaK

Melos 2009

Uitgeverij Melos Heerlen
p/a Hogeschool Zuyd
Postbus 550
6400 AN Heerlen

Titel: *Vaktherapie in de justitiële jeugdinrichtingen en de gesloten jeugdzorg*
Redactie: *Henk Smeijsters en Joost van den Braak*
Ontwerp en opmaak: *Louppen Text, Art & Graphics*
Illustratie omslag: *Gerty Louppen, Smokey, 2005, Olieverf op doek*
Druk: *Lai Graphics*

© **Melos**

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd of openbaar gemaakt zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

ISBN 978-90-802654-7-9
NUR 895

INHOUD |

Pag.

	Voorwoord	5
1	Inleiding	7
	1.1 Innovatie en effectiviteit	7
	1.2 Project Innovatie Vaktherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) en Gesloten Jeugdzorg	8
	1.3 Leeswijzer	13
2	Verklaring van de werking van vaktherapie	15
3	Onderzoek naar de effectiviteit van vaktherapie	21
4	Vaktherapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen (JJI) en Gesloten Jeugdzorg	35
	4.1 De populatie in de JJI en Gesloten Jeugdzorg	35
	4.1.1 Jeugdigen in de JJI	35
	4.1.2 Jeugdigen in de Gesloten Jeugdzorg	37
	4.1.3 Jeugdigen met reactieve en proactieve agressieproblematiek	41
	4.2 Kerngebieden van de vaktherapie voor jeugdigen	43
	4.2.1 Zelfbeeld	43
	4.2.2 Emoties	45
	4.2.3 Interactie	47
	4.2.4 Cognities	48
	4.3 Vaktherapie per kerngebied	49
	4.3.1 Vaktherapie gericht op het zelfbeeld	52
	4.3.2 Vaktherapie gericht op emoties	55
	4.3.3 Vaktherapie gericht op interactie	58
	4.3.4 Vaktherapie gericht op cognities	61

5	Vaktherapie en criminaliteitsreductie	67
5.1	Effectieve programma's voor justitiabelen: What Works-principes	67
5.2	Criminogene factoren: de RISC en de SAVRY	71
5.3	Vaktherapie en protectieve factoren	79
5.4	Schematisch overzicht	80
5.5	Indicaties voor vaktherapie.....	81
6	Samenvatting	83
	Literatuur	85
	Bijlage 1 Stoornissen	97
	Bijlage 2 Behandelvormen	99

VOORWOORD |

Voor u ligt de afronding van deeltraject 1 van de innovatie vaktherapie in de justitiële – alsook de gesloten jeugdzorg. Deze studie is de eerste stap om het uiteindelijk resultaat in de vier media die vallen onder de vaktherapieën te laten erkennen door de Erkenningscommissie Gedragsinterventies van het Ministerie van Justitie.

De ontwikkeling wordt nauwgezet gevolgd in de Landelijke Stuurgroep Gedragsinterventies van de Sector Justitiële Jeugd Inrichtingen.

Resultaat van deeltraject 1 is een integrale systematiekbeschrijving voor alle therapieën die behoren bij de vaktherapieën.

Dit deeltraject is inhoud gegeven door KenVaK (de Kenniskring Kennisontwikkeling Vaktherapieën van de Hogeschool Zuyd, de Hogeschool Utrecht en de ArtEZ Hogeschool), Adviesbureau Van Montfoort en drie justitiële jeugd-inrichtingen Rentray, O.G. Heldring en Het Keerpunt.

Deze studie is de voorloper van de beschrijvingen van de afzonderlijke vaktherapieën. Deze beschrijvingen zullen door therapeuten uit zes justitiële jeugdinrichtingen en gesloten jeugdzorginstellingen tot stand komen, onder leiding van projectleiders van de Hogeschool Zuyd en de Hogeschool Utrecht. Het *commitment* van alle deelnemers is gericht op de ontwikkeling van de vaktherapie, om zodoende een impuls te geven aan de bewezen effectiviteit van deze interventies.

Naast het gegeven dat er veel discussie aan de start van het project vooraf is gegaan, zijn de deelnemers ervan overtuigd dat het uiteindelijke resultaat zal bijdragen aan de verdere inbedding van effectieve gedragsinterventies in de gesloten jeugdinstellingen.

Namens de Stuurgroep Innovatie Vaktherapie

Ben Dolmans

Pedagogisch Directeur

Stichting Jeugdzorg St. Joseph

Instelling voor justitiële jeugdzorg Het Keerpunt

Instelling voor gesloten jeugdzorg Icarus

1

INLEIDING |

1.1 INNOVATIE EN EFFECTIVITEIT

Bij de innovatie van interventies in de jeugdzorg staat het thema ‘effectiviteit van interventies’ meer en meer op de voorgrond. Dit houdt onder andere in dat instellingen moeten kunnen aangeven wat het doel is van de interventies die zij uitvoeren en in hoeverre er sprake is van doelrealisatie (het bereiken van de gestelde doelen). Van Yperen en Veerman spreken in dit verband van een effect- of effectiviteitsladder (Van Yperen & Veerman, 2007), waarmee verschillende niveaus van effectiviteit kunnen worden onderscheiden, namelijk: potentieel effectief, in theorie effectief, doeltreffend en werkzaam.

1| De eerste trede betreft de vraag of de interventie duidelijk beschreven is, zodat duidelijk is voor welke cliënten de interventie is bedoeld, uit welke (behandel)activiteiten de interventie bestaat en welke doelen er worden nagestreefd. Als dat is beschreven, heeft de interventie de potentie om effectief te zijn. Negatief geformuleerd: van een interventie die niet aan deze minimumeis voldoet kan nooit aangetoond worden dat zij effectief is.

2| De tweede trede betreft de vraag of duidelijk is aangegeven waarom de beschreven interventie werkt. De vraag is dus of de aanbieder van de interventie aannemelijk kan maken dat de interventie tot het gewenste resultaat leidt. Als dat het geval is, is de interventie in theorie effectief.

3| De derde trede van de effectiviteitsladder is bereikt als kan worden aangetoond dat er met de interventie resultaten worden geboekt. Volgt men de interventie helemaal? Zijn de cliënten tevreden? Worden de doelen bereikt? Zo ja, dan is er sprake van een doeltreffende interventie.

4| De vierde trap betreft de werkzaamheid van de interventie, een predikaat dat een interventie pas verdient als onomstotelijk vaststaat dat het resultaat uitsluitend aan de interventie te danken is en niet aan andere

invloeden. Om dat vast te stellen is vergelijking met een onafhankelijke controlegroep noodzakelijk.

Het Ministerie van Justitie heeft als beleidslijn dat in de toekomst alleen nog die interventies worden gefinancierd waarvan is vastgesteld dat ze (in theorie) effectief zijn in het tegengaan van recidive.

In justitiële jeugdinrichtingen zijn interventies als dramatherapie, muziektherapie, beeldende therapie, dans-bewegingstherapie en psychomotorische therapie in het aanbod opgenomen. Al deze therapieën samen worden aangeduid met de term vaktherapie.

In het licht van het effectiviteitsvraagstuk ontstaat voor de vaktherapie de noodzaak om aan te tonen wat de inhoud van deze interventies is, wat het doel ervan is, wat het effect is en tevens wat de bijdrage is aan de recidivevermindering. Kortom: de vaktherapie in de JJI dient vanuit deze optiek nader beschreven en onderbouwd te worden.

1.2 PROJECT INNOVATIE VAKTHERAPIE IN DE JUSTITIËLE JEUGDINRICHTINGEN (JJI) EN GESLOTEN JEUGDZORG

De instellingen die in dit project participeren willen gezamenlijk een impuls gegeven aan de ontwikkeling van de vaktherapie in de JJI en Gesloten Jeugdzorg. Het project kent twee deeltrajecten.

DEELTRAJECT 1

Deeltraject 1 betreft een systematische beschrijving van wat integraal geldt voor alle therapieën die onder de vaktherapie vallen, met andere woorden: een systematische beschrijving van het overkoepelende kader van de vaktherapie, inclusief literatuuronderzoek. Deeltraject 1 liep vanaf 1 maart 2008 tot 1 oktober 2008. In dit deeltraject is informatie over de vaktherapie verzameld en geanalyseerd met betrekking tot de kerngebieden

waar de vaktherapie zich op richt, de bijbehorende doelstellingen en methoden, de bewijzen van effectiviteit op basis van bestaand onderzoek en de theoretische onderbouwing. In termen van de genoemde effectiviteitsladder zijn de eerste en tweede trede aan de orde gekomen in Deeltraject 1.

Dit deeltraject is samen met de justitiële jeugdinstellingen Het Keerpunt, O.G. Heldring en Rentray vormgegeven. Deze werkgroep heeft maandelijks overleg gevoerd. In de periode tussen de overleggen is in elke instelling materiaal verzameld en geanalyseerd. De besprekingen zijn geleid door Adviesbureau van Montfoort en KenVaK.

Aan de orde zijn gekomen:

- ◆ een verklaring van de werking van vaktherapie
- ◆ een review van reeds bestaand onderzoek naar de effectiviteit van vaktherapie
- ◆ een voor alle media overkoepelend behandelkader voor de interventie vaktherapie met daarin doelstellingen, werkwijzen, methoden, werkvormen en technieken bij verschillende probleemgebieden
- ◆ de relatie tussen de interventie vaktherapie en criminaliteitsreductie

De resultaten van dit deeltraject zijn in het onderhavige verslag verwerkt. De eindproducten van dit deeltraject dienen als basis voor mogelijke toekomstige indiening van de interventies vaktherapie bij de Erkenningscommissie justitiële gedragsinterventies. Daarom is ook specifiek aandacht besteed aan de relatie van vaktherapie met het tegengaan van criminaliteit en recidive.

DEELTRAJECT 2

Deeltraject 2 betreft de uitwerking van het overkoepelend kader naar de verschillende vaktherapieën, de implementatie ervan en de evaluatie van de doeltreffendheid ervan. Deeltraject 2 duurt circa 2 jaar en start nadat Deeltraject 1 is afgerond. In dit tweede deeltraject wordt de vaktherapie nader toegespitst op de verschillende media: dramatherapie, muziektherapie, beeldende therapie, dans-bewegingstherapie en psychomotorische therapie.

De professionals en organisaties in dit twee jaar durende Innovatieprogramma Beroepsontwikkeling Vaktherapeuten in de Justitiële Jeugdinstellingen en de Gesloten Jeugdzorg zijn gericht op het binnen twee jaar realiseren van de volgende specifieke doelen:

- 1| Het gezamenlijk ontwikkelen van best practices van het niveau '*potentieel*' en '*in theorie effectief*' voor de behandeling van jeugdigen met behulp van vaktherapeutische interventies, gericht op het verminderen van delinquent gedrag.
- 2| Het veranderen van de beroepspraktijk doordat de best practices worden toegepast.
- 3| Het ontwikkelen en toepassen van een systematiek van procesevaluatie die erop toeziet dat de best practices worden uitgevoerd zoals bedoeld.
- 4| Het ontwikkelen en toepassen van een systematiek van evaluatie die registreert of de doelen gehaald worden waardoor duidelijk is of de best practices *doeltreffend* zijn.
- 5| Professionals in de praktijk de systematiek van *evidence based practice*¹ laten toepassen die hen in staat stelt op basis van een praktijkprobleem relevante onderzoeksresultaten te vinden, deze af te wegen en toepasbaar te maken.
- 6| Regionale en landelijke 'communities of practice' tussen de instellingen te ontwikkelen en de afzonderlijke instellingen te laten uitgroeien tot lerende organisaties.
- 7| De best practices in de praktijk en het onderwijs verspreiden, verankeren en implementeren.

Deelnemende instellingen aan deeltraject 2 zijn:

- ◆ Hogeschool Zuyd
- ◆ Hogeschool Utrecht
- ◆ Stichting Jeugdzorg St. Joseph (JJI Het Keerpunt en Icarus Jeugdzorg Plus), Cadier en Keer
- ◆ O.G. Heldring, Zetten
- ◆ Rentray, Eefde

¹ Zie verderop bij evidence based practice. Bedoeld is de PICO systematiek.

- ♦ Den Hey-Acker, Breda
- ♦ Jongerenhuis Harreveld, Harreveld
- ♦ De Sprengen, Zutphen
- ♦ Adviesbureau van Montfoort, Woerden
- ♦ De vijf beroepsverenigingen (beeldend, dans, drama, muziek, psychomotorisch) van de Federatie Vaktherapeutische Beroepen.

Professionals als co-onderzoekers

In dit project fungeren vaktherapeuten niet als respondenten, maar als co-onderzoekers. Co-onderzoeker betekent dat zij niet alleen toeleverancier van gegevens zijn, maar tijdens aan alle fasen van het project continu deelnemen en een zeer actieve rol spelen.

Enkele kenmerken van dit onderzoek

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

Reflectie op de beroepspraktijk

Tijdens het onderzoek doorlopen de professionals de leercyclus. Zij reflecteren op hun handelen, gaan op zoek naar nieuwe informatie en innoveren hun handelen. In de leercyclus is sprake van actie en reflectie: een voortdurende wisselwerking tussen handelen en reflecteren, tussen doen en denken. De grondgedachte achter deze leercyclus is dat de ervaring de motor van het leren is. Actuele concrete ervaringen vormen de basis voor observatie en reflectie. Deze observaties worden geïntegreerd in een theorie van waaruit nieuwe acties voortvloeien. Deze acties dragen weer bij tot het opdoen van nieuwe ervaringen die vervolgens opnieuw onderwerp voor reflectie zijn

Practice based evidence (PBE)

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

Practice based evidence gaat uit van de daadwerkelijke praktijk en zet hulpverleners aan tot het expliciteren van die praktijk en van de door hen waargenomen effecten. Van Yperen en Veerman pleiten ervoor niet top down interventies die voortkomen uit effectonderzoek voor te schrijven, maar bottom up te beginnen bij wat er is en dat uit te bouwen. Zij definiëren praktijkgestuurd effectonderzoek als onderzoek waarin onderzoekers en behandelaren gezamenlijk optrekken, informatie verzamelen om de doeltreffendheid van het praktische handelen te toetsen. Deze werkwijze heeft tot gevolg dat het werk verbetert en daarmee voor buitenstaanders gelegitiemeerd kan worden.

Evidence based practice (EBP)

Evidence based practice (Kuiper e.a., 2004) betekent dat je als professional vanuit een praktijkprobleem op zoek gaat naar het bewijs van effectiviteit van een behandeling op basis van onderzoek ('best research evidence') en deze evidence beoordeelt op kwaliteit en toepasbaarheid in de concrete

situatie. Bij het evalueren van de toepasbaarheid van onderzoeksresultaten maak je gebruik van de eigen klinische ervaring ('clinical expertise') en stem je wat mogelijk is af op de problematiek en de vraag van de specifieke cliënt ('patient values').

Hierbij wordt de PICO systematiek gehanteerd (Wat is het probleem van de Patiënt? Hoe ziet de Interventie er uit? Zijn er Co-interventies aanwezig? Wat is de Outcome?). Er is aldus sprake van een voortdurende wisselwerking tussen de eigen praktijkkennis, de kennis van collega's, de kennis uit boeken en de wensen van de cliënt. Meer theoretische kennis wordt geïntegreerd met ervaringskennis.

PBE en EBP vullen elkaar aan.

1.3 LEESWIJZER

Het onderhavige document is het resultaat van Deeltraject 1 van het innovatietraject

Aan de orde komen:

- 1| een verklaring van de werking van vaktherapie
- 2| een review van reeds bestaand onderzoek naar de effectiviteit van vaktherapie
- 3| een voor alle media overkoepelend behandelkader voor de interventie vaktherapie met daarin doelstellingen, werkwijzen, methoden, vormen en technieken bij verschillende probleemgebieden
- 4| de relatie tussen de interventie vaktherapie en criminaliteitsreductie

Hoofdstuk 2 gaat in op de verklaring van de werking van vaktherapie: hoe werkt vaktherapie in het bewerkstelligen van verandering bij jeugdigen?

Daarna geven we in hoofdstuk 3 een schematisch overzicht van de resultaten van onderzoek dat is gedaan naar de effectiviteit van vaktherapie.

Vervolgens gaan we in het vierde hoofdstuk in op vaktherapie in de Justitiële Jeugdinrichting en de Gesloten Jeugdzorg. We beschrijven de vaktherapie hierbij niet per medium, maar mediumoverstijgend.

Paragraaf 4.1 bespreekt de doelgroep: de opgenomen jeugdigen in de JJI en de Gesloten Jeugdzorg. Daarna bespreken we de vier kerngebieden waar vaktherapie zich op richt: (problemen met betrekking tot) het zelfbeeld, emoties, interactie en cognities (paragraaf 4.2). Per kerngebied zoomen we in paragraaf 4.3. in op de kerndoelen, subdoelen, werkwijzen, methoden, werkvormen en technieken van vaktherapie.

In hoofdstuk 5 gaan we vervolgens in op de relatie van vaktherapie met het tegengaan van criminaliteit en recidive. We bespreken eerst de What Works principes, daarna de relatie tussen problematiek op de vier kerngebieden en de risicofactoren uit de SAVRY die in de vaktherapie aangepakt worden, als ook de protectieve factoren die via vaktherapie kunnen worden bevorderd. Tenslotte volgen de indicaties voor vaktherapie.

Het laatste hoofdstuk bevat een korte samenvatting.

2

VERKLARING VAN DE WERKING VAN VAKTHERAPIE

De tekst in dit hoofdstuk is een bewerking van passages uit publicaties van Smeijsters (2000/2003/2008; 2007 en 2008a/b).

Het belang van ervaren en handelen

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

Denken versus ervaren

Onderzoeksresultaten uit de ontwikkelingspsychologie, neuropsychologie en psychologie (Stern, 1985/2000, 2004; Damasio, 2003; Dijksterhuis, 2007) wijzen uit dat minder bewust denken, maar aanwezig zijn bij, op dit moment open staan voor wat je doet en wat er om je heen gebeurt een belangrijke plaats in ons leven inneemt. Bewustzijn in het *present moment* (Stern), met je *kernzelf* (Damasio) waarnemen, ervaren en verstaan is iets anders dan bewust denken en reflecteren. Damasio doelt met het 'kernzelf' op een ervaring waar we ons weliswaar bewust van zijn – anders zouden we immers niet van ervaring kunnen spreken – maar die een intuïtieve, niet-

cognitieve, gevoelde vorm van bewustzijn is. De onderzoeksresultaten uit de ontwikkelingspsychologie, neuropsychologie en psychologie leveren het bewijs dat er zich onder de oppervlakte van het bewuste denken veel afspeelt dat ons denken, voelen en handelen bepaalt. Als in veel gevallen het bewuste denken niet overeenkomt met wat ons daadwerkelijk bepaalt, is het van belang het kernzelf de ruimte te geven. Daarvoor is een situatie nodig die het onbewuste denken de tijd geeft (Dijksterhuis), die door awareness in het present moment tegengaat dat we de ervaring gaan bedenken en uitleggen (Stern), die mogelijk maakt dat we voelend en intuïtief kunnen weten en handelen (Damasio).

De vaktherapie plaatst het niet-cognitieve en niet-talige *kernzelf* en daarbinnen de *vitality affects* sterk centraal. *Vitality affects* zijn gevoelsstromen die zich in het kernzelf afspelen. Ook al heeft het reflecteren na de activiteit in het medium een functie, de kern van vaktherapie is het ervaren en handelen in het medium en de *vitality affects* die daarbij optreden.

Dat een dergelijke therapie dringend noodzakelijk kan zijn, blijkt onder meer uit het door Smeijsters (2007) verrichte onderzoek in de forensische psychiatrie waar klinisch psychologen en psychiaters opmerken dat een aantal cliënten verbaal en cognitief moeilijk toegankelijk is. Disfuncties in de prefrontale hersenen en een niet of slecht functionerend amygdala-proces hebben tot gevolg dat er op een onbewuster niveau disfuncties aanwezig zijn waaraan geen cognities te pas komen (Den Boer, 2007). In deze gevallen zijn ervaringsgerichte en handelingsgerichte technieken nodig die aangrijpen op een onbewuster niveau. Klinisch psychologen en psychiaters zien in dergelijke gevallen de vaktherapieën als een nuttige aanvulling op of als alternatief voor de schemagerichte therapie.

De conclusie die men uit het voorafgaande in therapeutische zin kan trekken is dat problemen een substraat in het kernzelf hebben. Is een talige, cognitieve benadering van de problemen niet mogelijk, toereikend of wenselijk, dan moet therapie in staat zijn op het kernbewustzijn van de persoon in te werken.

Schemagerichte therapie en vaktherapie vullen elkaar goed aan. Schemagerichte therapie maakt gebruik van cognitieve technieken², gedragstherapeutische technieken³ en ervaringsgerichte technieken. Ervaringsgerichte technieken zijn technieken die non-verbale, emotionele ervaringen oproepen. Arntz en Bögels (2000) geven vanuit de schemagerichte therapie als voorbeelden de *imaginatie* (situaties uit de kindertijd voor de geest halen, het bijbehorende gevoel vasthouden en in de fantasie het gedrag veranderen of iemand te hulp roepen), psychodrama (ervaringen uit het verleden naspelen en anders interpreteren) en de ‘meerdere stoelen techniek’ (op lege stoelen de belangrijkste personen of modi van jezelf plaatsen en je daar tegen uitspreken).

Interessant voor vaktherapie aan de schematherapie is dat de schema’s worden beschouwd als impliciete kennis die niet direct onder woorden te brengen zijn en dat ook gevoelens een plaats krijgen. Vaktherapie werkt met datgene wat niet goed onder woorden te brengen is. De werkwijze beoogt door achteraf te reflecteren op ervaringen het inzicht in de cognitieve schema’s en modi te vergroten. Het gaat erom dat de cliënt, door middel van ervaringen, anders gaat denken over zichzelf.

Werken in het medium

De ervaringsgerichte technieken uit de schemagerichte therapie laten een vloeiende lijn zien naar de vaktherapie. Er is echter een belangrijk verschil. In de vaktherapie zijn de ervaringsgerichte situaties de spil van de behandeling en bovendien zijn de ‘enactments’ vaak ‘als-of’-situaties. Daarbij worden spelsituaties als een analogie van het dagelijks leven gehanteerd.

² Bijvoorbeeld je afvragen of het klopt dat iets ‘altijd’ zal gebeuren (nadat je bijvoorbeeld een keer afgewezen bent voor een baan), of het juist is je voor alles verantwoordelijk en dus voor alles schuldig te voelen, zwart-wit denken (bijvoorbeeld denken dat je totaal waardeloos bent) enzovoort.

³ Bijvoorbeeld het tegenovergestelde van wat je normaal doet uittesten om te kijken of je opvatting klopt (bijvoorbeeld nu eens niet continu piekeren over een aanstaand proefwerk omdat je denkt dat als je het niet perfect doet het helemaal fout gaat), je in situaties begeven die boosheid oproepen en gedrag hoe je hier anders mee om kunt gaan aanleren en toepassen (bijvoorbeeld bij kritiek niet meteen in woede uitbarsten, maar rustig blijven), sociale vaardigheden oefenen, rollenspelen toepassen enzovoort.

Kenmerkend voor deze spelsituaties is dat de context verschilt, maar dat het kernzelf op dezelfde manier wordt aangesproken. Juist deze combinatie van 'anders en toch hetzelfde' maakt het mogelijk dat cliënten zich openen voor ervaringen. Door dit verschil kunnen cognitief georiënteerde therapieën en vaktherapieën elkaar goed aanvullen.

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

Positieve ervaringen in het medium

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

ervaringen voorop staan. Zij kunnen op het niveau van het kernzelf de negatieve ervaringen vervangen.

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

3

ONDERZOEK NAAR DE EFFECTIVITEIT VAN VAKTHERAPIE

In de afgelopen 25 jaar is er het nodige onderzoek gedaan naar de effecten van vaktherapie. Het resultaat van vaktherapeutische interventies wordt meestal onderzocht en weergegeven in termen van afname van agressie, boosheid, spanning, stress, cognitieve vertekening en een toename van impulscontrole, emotionele expressie, copingvaardigheden, het opvolgen van regels en sociale vaardigheden. Veel onderzoek betreft kwalitatief onderzoek bij een beperkt aantal deelnemers. Dat betekent dat de resultaten van dergelijk onderzoek niet kunnen worden veralgemeniseerd.

Specifiek op jeugdigen gericht onderzoek is minder vaak gedaan. Ook dit betreft meestal onderzoek naar het reguleren en hanteren van boosheid en agressie.

Het betreft:

- ♦ een onderzoek van Baillie (1998) waar uit case studies blijkt dat jeugdigen na beeldende therapie hun boosheid kunnen reguleren
- ♦ een onderzoek van Gardstrom (1999), waarin jeugdigen tussen 12 en 17 die veroordeeld zijn voor een ernstig misdrijf zelf rapporteren dat muziek een uitlaatklep voor hen is die emotionele en fysieke uitbarstingen van boosheid en vijandigheid vermindert
- ♦ een onderzoek van Tyson (2002) waarin wordt geconstateerd dat rapmuziek de therapeutische ervaring en het therapeutisch resultaat kan versterken
- ♦ een onderzoek van Matto (2002) waaruit blijkt dat het beeldende instrument "Draw -A- Person Test" een significante voorspeller is van een internaliserende gedragsstoornis
- ♦ een onderzoek van Bennink e.a. (2003) naar het resultaat van beeldende therapie in termen van het kunnen ontladen van boosheid
- ♦ onderzoeken onder vaktherapeuten van alle media (o.a. Smeijsters en Cleven, 2006), naar de effecten die zij waarnemen

- ♦ het onderzoek van Smeijsters (2007) dat deels onder jeugdigen werd uitgevoerd en uitwijst dat jeugdigen in de vaktherapie leren hoe zij kunnen omgaan met oplopende spanning en hoe zij agressie kunnen afremmen.

Op de volgende pagina's is een overzicht van bestaande onderzoeken weergegeven.

Onderstaand schema bevat een overzicht.

Tabel 1 | Review reeds uitgevoerd onderzoek naar effecten van vaktherapie

DRAMA		
COGAN EN PAULSON (1998)	Doelgroep (n)	Personen opgesloten voor gewapende diefstal (n=7)
	Design/methode	Kwalitatief
	Meetinstrumenten	Semigestructureerd interview en participerende observatie
	Resultaat	Afname angst, toename van empathie voor anderen en het vermogen tot conflicthantering.
FREEMAN E.A. (2003)	Doelgroep (n)	Studenten van Grades 3 & 4 (n=237)
	Design/methode	Kwantitatief (Solomon Four-Group Design)
	Meetinstrumenten	Student Self-Concept Scale (SSCS), Social Skills Rating System (SSRS)
	Resultaat	Geen significant effect op zelfconcept, probleemgedrag en sociale vaardigheden.
VAN DEN BROEK (2006)	Doelgroep (n)	Dramatherapeuten (n=6)
	Design/methode	Kwalitatief
	Meetinstrumenten	Expert interviews
	Resultaat	Dramatherapie verhoogt de behandelmotivatie, maakt de cliënt bewuster van zijn houding, mimiek en stemgebruik, levert een bijdrage aan het vergroten van de copingvaardigheden, heeft tot gevolg dat de cliënt zich beter aan regels, structuren en grenzen van de ander houdt, heeft vooral een positief effect bij psychopaten met geweldsdelicten.

MUZIEK

HOSKYNS (1988)	Doelgroep (n)	Volwassen gevangenen
	Design/methode	Kwalitatief en kwantitatief
	Meetinstrumenten	Music Therapy Grid gebaseerd op de Personal Construct Theory (Kelly)
	Resultaat	Toename van de zelfperceptie.

THAUT (1989a)	Doelgroep (n)	Mannelijke forensische cliënten, 70% schizofreen, 33% persoonlijkheidsstoornis (n=50)
	Design/methode	Kwantitatief
	Meetinstrumenten	Vragenlijsten voor zelfevaluatie (ontwikkeld op basis van voorafgaand survey onderzoek)
	Resultaat	Statistisch significante positieve effecten op de schalen voor zelfevaluatie: 'depressief versus gelukkig', 'zeer gespannen versus zeer ontspannen' en 'negatief/boos/verward versus positief/goed over jezelf denken'.

THAUT (1992)	Doelgroep (n)	nvt
	Design/methode	Review
	Meetinstrumenten	nvt
	Resultaat	Afname van angst, spanning, stress, vijandigheid, vechtgedrag, toename realiteitsbewustzijn en sociale vaardigheden.

DRIESCHNER (1997)	Doelgroep (n)	Forensische cliënten (n=7; 5 mannen, 2 vrouwen), 6 met persoonlijkheidsstoornis
	Design/methode	Kwantitatief experiment
	Meetinstrumenten	Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV), zelfrapportage, beoordelingslijst voor therapeut, beoordelingslijst video-opnames door derden, fysiologische metingen
	Resultaat	Slagwerkimprovisatie heeft vergeleken met een tangram-puzzle een sterker boosheidvermindrend effect.

MUZIEK

GARDSTROM, S.C. (1999)	Doelgroep (n)	Jeugdigen tussen 12 en 17 jaar veroordeeld voor een ernstig misdrijf (n=92)
	Design/methode	Kwantitatief en kwalitatief
	Meetinstrumenten	Zelf ontworpen vragenlijst
	Resultaat	De jeugdigen (veelal liefhebbers van RAP muziek) zien muziek vooral als een spiegel van hun levensproblemen en niet als veroorzaker van hun gedrag (reflection-rejection theorie). Een deel van de jeugdigen ziet muziek tevens als uitlaatklep die emotionele en fysieke uitbarstingen van boosheid en vijandigheid vermindert (drive-reduction theorie). De jeugdigen beschouwen muziek alleen dan als risicovol als er al een negatieve arousal aanwezig is (excitation-transfer theorie).

DAVESON EN EDWARDS (2001)	Doelgroep (n)	Vrouwelijke delinquenten in gevangenis (n=5)
	Design/methode	Kwantitatief
	Meetinstrumenten	Vragenlijst voor zelfevaluatie na sessies 4 en 12
	Resultaat	In de zelfevaluatie na 12 sessies rapporteren de vrouwen dat zij meer ontspannen zijn, minder stress ervaren en zich beter zelf kunnen uitdrukken. Zij rapporteren dat stress, boosheid en frustratie verminderden.

CODDING (2002)	Doelgroep (n)	Muziektherapeuten (n=32)
	Design/methode	Kwantitatief, kwalitatief
	Meetinstrumenten	Survey
	Resultaat	De meest significante effecten die muziektherapeuten waarnemen zijn: verminderde agressie, toename van de impulscontrole, toename van sociaal gedrag en emotionele responsen.

MUZIEK

TYSON (2002)	Doelgroep (n)	Delinquente jeugdigen in een gesloten inrichting (n=11)
	Design/methode	Kwantitatief en kwalitatief
	Meetinstrumenten	Pretest-posttest experiment met randomisatie, vergelijking tussen muziektherapie en groepstherapie
	Resultaat	Rap muziek kan de therapeutische ervaring en het therapeutische resultaat versterken.

HILLEWAERE (2003)	Doelgroep (n)	Mannen met antisociale persoonlijkheidsstoornis en verslavingsproblematiek (n=2)
	Design/methode	Dubbele gevalstudie
	Meetinstrumenten	Eigen observatieschema met non-verbaal en verbaal gedrag, participerende observatie
	Resultaat	Terwijl de mannen voorheen vooral luisterden naar muziek die agressie uitdrukt bleken zij door de muziektherapie in staat muziekstukken met een verdrietige lading beter te kunnen toelaten.

ZEUCH EN HILLECKE (2004)	Doelgroep (n)	Forensische cliënten in een sociaaltherapeutische strafinrichting (n=11)
	Design/methode	Kwalitatief en kwantitatief
	Meetinstrumenten	Interview en zelf ontwikkelde gestructureerde vragenlijst
	Resultaat	Op korte termijn statistisch significante positieve effecten ten aanzien van algemeen welbevinden, lichamelijke ontspanning, het ervaren van lichamelijke pijn en emotioneel evenwicht. Op de lange termijn blijft een significant effect bestaan bij emotioneel evenwicht.

BEELDEND**BREWSTER (1983) & DE CALIFORNIA DEP
OF CORRECTIONS RESEARCH UNIT (1987)***(Zie ook Peaker en Vincent 1990)*

- Doelgroep (n)** Betreft 17 gevangenis (n=38.700)
- Design/methode** Kwantitatief
- Meetinstrumenten** Monitorlijsten
- Resultaat** Het aantal overtredingen van regels in de gevangenis neemt door beeldende therapie met 75-81% af.
Twee jaar na ontslag is 69% van de personen die beeldende therapie hadden gekregen niet meer in de problemen gekomen.
Bij de controlegroep zonder beeldende therapie was dit slechts 42%.

**BAILLIE
(1998)**

- Doelgroep (n)** Gevangenis voor mannelijke jeugdigen tussen 17 en 21 jaar
- Design/methode** Case studies
- Meetinstrumenten** nvt
- Resultaat** De jeugdigen laten gevoelens toe en kunnen deze weergeven, breken door psychische blokkades, leren chaotische indrukken structureren, kunnen boosheid reguleren.

**MCCOURT
(1998)**

- Doelgroep (n)** High-security prison, man 46 jaar oud
- Design/methode** Case study
- Meetinstrumenten** nvt
- Resultaat** De cliënt ontdekt hoe hij kan spelen, experimenteren, spontaan en emotioneel in plaats van afstandelijk rationeel handelen, waardoor hij naar eigen zeggen tijdens zijn verblijf in de gevangenis in balans kan blijven.

BEELDEND

RICHES (1998)	Doelgroep (n)	Gevangenis met maximale beveiliging (n=36)
	Design/methode	Case studies en analyse van de gevangenisrapporten
	Meetinstrumenten	nvt
	Resultaat	29% reductie van disciplinaire maatregelen binnen de gevangenis als gevolg van 13 maanden beeldende therapie.
MATTO (2002)	Doelgroep (n)	Kinderen die ambulantly en residentieel gecounseld worden (n=68)
	Design/methode	Kwantitatief
	Meetinstrumenten	Draw-A-Person test en Child and Adolescent Adjustment Profile parent-report
	Resultaat	De Draw-A-Person test is een significante voorspeller voor een internaliserende gedragsstoornis ook na controle voor de Child and Adolescent Adjustment Profile parent-report.
BENNINK, GUSSAK EN SKOWRAN (2003)	Doelgroep (n)	Adolescente jongens met diagnoses op As 1 en As 2 van de DSM-IV-TR, in een Department of Juvenile Justice (n=24)
	Design/methode	Case studies
	Meetinstrumenten	Monitoring gedurende het gehele verblijf mbv Lusebrink's Expressive Therapy's Continuum (ECT) en de Media Dimension Variables (MDV).
	Resultaat	Door te tekenen kunnen cliënten hun boosheid symbolisch ontladen en sublimeren, terwijl ze daar verbaal en cognitief niet toe in staat zijn. Nadat gevoelens in het beeldend werk een uitdrukking hebben gevonden blijkt het mogelijk hierover met anderen te praten.

BEELDEND

GUSSAK (2004)	Doelgroep (n)	Gevangenis voor mannen (medium tot maximum beveiliging), leeftijd 21-63 jaar, allen met een diagnose op As 1 van de DSM-IV (N=39)
	Design/methode	Single group pretest-posttest design
	Meetinstrumenten	Survey met 7 items over regels enz. en de Formal Elements Art Therapy Scale (FEATS)
	Resultaat	Significante verschillen tussen voor- en nameting mbt: regels van de unit opvolgen, aanwijzingen van staf opvolgen, socialisatie met leeftijdsgenoten op unit, optimisme t.o.v. medicijnen management, acceptatie van medicijnen, opvolgen van dieetvoorschriften natuurlijke slaappatroon. Dit ging gelijk op met significante verschillen op 7 van de 14 categorieën van de FEATS.

GUSSAK (2006, 2007)	Doelgroep (n)	Gevangenis voor mannen (medium tot maximum beveiliging), leeftijd 21-59 jaar (n=29)
	Design/methode	Control group pretest-posttest design met randomisatie
	Meetinstrumenten	Beck Depression Inventory-Short Form (BDI-II) en Formal Elements Art Therapy Scale (FEATS)
	Resultaat	Voor en nametingen op de BDI laten zien dat er tussen experimentele en controlegroep een significant verschil is in afname van depressie. Op de FEATS is alleen een significant verschil zichtbaar op de factor rotatie.

DANS-BEWEGING

BROWN, HOUSTON, LEWIS & SPELLER
(2004)

Doelgroep (n)	Gevangenen in een therapeutische gemeenschap
Design/methode	Kwalitatieve analyses vooraf en achteraf, participerende observatie, interviews tijdens follow ups, psychometrische testen op verschillende tijdstippen
Meetinstrumenten	Psychometrische testen
Resultaat	Kwalitatieve analyses lieten zien dat dans het emotionele bewustzijn, de emotionele expressie en nieuwe manieren van denken faciliteert en het zelfbeeld en zelfconcept verandert. Bij de cliënten nam de bereidheid toe over zichzelf, hun ervaringen en het delict te praten. Statistische significante verschillen traden op ten aanzien van de manier van aanraking (b.v. toename van schouderklop, een knuffel geven, de handen vasthouden) en bij wie (b.v. toename bij een kennis of ouder). Veel van deze gedragingen verminderten tijdens de follow up.

PSYCHOMOTORISCH

**VAN DIJK
(2005)**

Doelgroep (n)	Plegers huiselijk geweld, ambulante forensische cliënten, 75% cluster B problematiek As 2 DSM-IV-TR (n=68)
Design/methode	Kwantitatief
Meetinstrumenten	Interne screening (psychologisch onderzoek)
Resultaat	68% van de cliënten heeft in de periode van de training tot twee maanden daarna geen huiselijk geweld meer gepleegd.

**HENQUET
(2005)**

Doelgroep (n)	Psychiatrische patiënten met problemen in het vrij uiten van agressie (n=74)
Design/methode	Experimenteel effectonderzoek
Meetinstrumenten	Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI)
Resultaat	Statistisch significante verschillen in positieve richting op de Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI) tussen voor- en nameting bij de experimentele en niet bij de controlegroep. Significante verschillen bij de nametingen tussen beide groepen. Het aantal cliënten dat volgens de Reliable Change Index én de BDHI cut-off scores in de experimentele groep verbeterde bedroeg 53%, in de controlegroep 20%.

PSYCHOMOTORISCH

**BOERHOUT EN VAN WEELE
(2007)**

Doelgroep (n)	Cliënten van een centrum voor klinische psychotherapie, internaliseerders (cliënten die agressie opkroppen) en niet-internaliseerders
Design/methode	Effectonderzoek
Meetinstrumenten	Zelfexpressie en Controle Vragenlijst
Resultaat	Tijdens baseline geen statistisch significante verschillen op de Zelf-expressie en Controle Vragenlijst. Metingen voor en na de module agressieregulatie laten statistisch significante positieve verschillen zien bij de groep internaliseerders, zowel op de subschaal internalisatie als op de subschaal externalisatie. De internaliseerders hebben geleerd woede minder op te kroppen en meer te uiten. 26 weken na beëindigen van de therapie bleef dit effect statistisch significant. De vergelijking tussen internaliseerders die de module volgden en internaliseerders die het reguliere programma volgden bleek niet significant. Beide groepen gaan op internalisatie significant vooruit, maar er is geen significant verschil tussen beide groepen.

ALLE MEDIA

**CRIMINAL JUSTICE
FUNDING REPORT (999)**

Doelgroep (n)	Gevangenis
Design/methode	Meerdere studies
Meetinstrumenten	nvt
Resultaat	Disciplinaire problemen in de gevangenis verminderen met 75%, de recidive vermindert met 27%. De gewelddadige incidenten nemen af op het moment waarop vaktherapie wordt ingevoerd.

**SMEIJSTERS & CLEVEN
(2006)**

Doelgroep (n)	Vaktherapeuten (n=31)
Design/methode	Kwalitatief
Meetinstrumenten	Semi-gestructureerde vragenlijsten, interviews en focusgroepen
Resultaat	Effecten die vaktherapeuten waarnemen zijn: de eigen aanloop naar agressief gedrag herkennen, buiten de therapie anders met conflictsituaties omgaan, openheid over het delict, verantwoordelijkheid voor het delict tonen, risicofactoren onderkennen, cognitieve vertekeningen onderkennen, reflecteren over de eigen ontwikkeling en ervaringen, het slachtoffer onschuldig verklaren, de eigen kwaadheid durven toegeven, macht op een beheerste wijze uiten en kwaadheid ook als prettig ervaren, zelf vragen agressie adequaat te mogen uiten en afbouwen, rustiger zijn, de eigen boosheid beter plaatsen en hierdoor zichzelf in de hand houden, kunnen aangeven waar de eigen grenzen liggen en zichzelf sneller een halt toeroepen, anders kunnen reageren.

SMEIJSTERS
(2007)

Doelgroep (n)	Adolescenten en jong volwassenen in de forensische psychiatrie (n=7)
Design/methode	Qualitative change process research
Meetinstrumenten	Resultaten kwamen tot stand door triangulatie van waarnemingen van de cliënten, vaktherapeuten, psychologen en groepsleiders
Resultaat	<p>Bij het thema 'Kruitvat onder controle':</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lichaamssignalen herkennen en benoemen - Gradaties van spanning onderkennen - Differentiëren tussen spanningsniveaus - Verschillende spanningsniveaus kunnen uiten - Kracht opbouwen en afbouwen - Gevoelens kunnen uiten - De aanloop naar agressie onderkennen - Agressie tijdig onderbreken - Signalen afgeven die uitdrukking geven aan gevoelens - Impulsiviteit verminderen - Over gevoelens reflecteren <p>Bij het thema 'Agressief':</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afreageren, woede uitdrukken, uitschreeuwen, lichamelijk ontladen - De grove motoriek verminderen - Onderkennen in welk agressiegebied men verkeert - Agressie afremmen - Praten over conflicten en gevoelens i.p.v. impulsieve agressie - De kwetsbare kant zichtbaar maken

4

VAKTHERAPIE IN DE JUSTITIËLE JEUGDINRICHTINGEN (JJI) EN GESLOTEN JEUGDZORG

4.1 DE POPULATIE IN DE JJI EN GESLOTEN JEUGDZORG

4.1.1 Jeugdigen in de JJI

Vaktherapie in de JJI wordt gegeven aan jeugdigen die op strafrechtelijke titel in de behandelafdelingen van de JJI verblijven. Dit zijn de jeugdigen aan wie de kinderrechter bij vonnis de maatregel Plaatsing in een Inrichting heeft opgelegd (de PIJ- maatregel).

Vaktherapie wordt ook gegeven aan jeugdigen die in de Gesloten Jeugdzorg verblijven. Deze minderjarigen zijn op basis van een door de kinderrechter afgegeven Machtiging Gesloten Plaatsing in de Gesloten Jeugdzorg opgenomen. Een dergelijke machtiging wordt alleen afgegeven indien er (indirect) gevaar dreigt voor de ontwikkeling of het leven van de jeugdige of van anderen.

Gesloten Jeugdzorg is bedoeld voor OTS-jeugdigen met ernstige opgroei- of opvoedproblemen die de ontwikkeling naar volwassenheid belemmeren, en die een gesloten setting nodig hebben om te voorkomen dat zij zich aan de zorg onttrekken of daar door anderen aan worden onttrokken.

Tot voor kort werden beide groepen jeugdigen bij elkaar geplaatst in de behandelafdelingen van de JJI. Sinds kort is dat niet meer mogelijk en wordt de eerste groep in de behandelafdeling van de JJI opgenomen en de tweede groep in de Gesloten Jeugdzorg. In de praktijk betekent dit dat sommige JJI's geheel of gedeeltelijk 'omgebouwd' worden en niet langer onder Justitie (zullen) ressorteren en vanwege het nieuwe etiket 'Gesloten Jeugdzorg' bij het Ministerie van VWS (gaan) behoren.

Boendermaker (1995) heeft onderzoek gedaan naar de populatie strafrechtelijk en civielrechtelijk geplaatste jeugdigen in de justitiële behandelinrichtingen.

Daaruit kwam het volgende beeld naar voren over de totale groep strafrechtelijk en civielrechtelijk geplaatste jeugdigen:

- ♦ 80% van de onderzoeksgroep van circa 380 jeugdigen was geplaatst met een civiele maatregel,
- ♦ en 20% met een strafrechtelijke maatregel, de *Plaatsing in een Inrichting*.
- ♦ jongens zijn in de meerderheid (73%). Bij de strafrechtelijke plaatsing gaat het bijna uitsluitend om jongens.
- ♦ de gemiddelde leeftijd is 15,3 jaar, de helft van de onderzoeksgroep heeft een niet-Nederlandse achtergrond. Een kwart van de opgenomen jongens heeft een Marokkaanse achtergrond.

Over de problematiek van de opgenomen jeugdigen constateert zij dat het vaak om meervoudige problematiek gaat (oppositieel opstandige gedragsstoornis, conduct disorder, antisociale persoonlijkheid en ADHD). Bijna alle jeugdigen hebben ernstige gedragsproblematiek in de omgang met volwassenen, thuis, op school en elders in combinatie met de onmacht van ouders hiermee om te gaan. Eenderde heeft tevens psychische problemen, vooral depressieve klachten. Jeugdigen komen uit een onstabiele gezinssituatie, hebben vaak een lange hulpverleningsgeschiedenis achter de rug, en een verbrokkelde schoolloopbaan.

Enkele cijfers:

- ♦ gedragsproblemen spelen een rolbij 99%
- ♦ recalcitrantie (in combinatie met: driftbuien, conflicten in het gezin, spijbelen, depressieve klachten, waanvoorstellingen) speeltbij 86%
- ♦ delictgedragbij 83%
- ♦ hechtingsproblematiek (een label voor: verstoorde sociale en emotionele ontwikkeling, aandacht vragend gedrag, plotselinge stemmingswisselingen, verstoorde ontwikkeling van het gevoelsleven)bij 73%
- ♦ druggebruik/weglopenbij 68%
- ♦ hyperactiviteit (verstoorde motorische ontwikkeling, concentratieproblemen)bij 35%

Over de gezins- en schoolsituatie van de populatie in de behandelafdeling van de JJI maakt het onderzoek duidelijk:

- ♦ veel wisselende opvoeders thuis door echtscheiding
- ♦ één-ouder gezin bij bijna 50%
- ♦ bij circa 12% kan niet van een gezin gesproken worden
- ♦ weinig jeugdigen woonden thuis direct voor opname
- ♦ een kwart ging vlak voor opname gewoon naar school
- ♦ leerprestaties waren bij bijna de helft slecht of sterk wisselend
- ♦ circa 40% heeft speciaal onderwijs bezocht.

4.1.2 Jeugdigen in de Gesloten Jeugdzorg

De groep OTS-ers in de JJI is onlangs nader gespecificeerd in het kader van de gesloten Jeugdzorg.⁴

Er worden zeven categorieën jeugdigen onderscheiden:

- ♦ jeugdigen die slachtoffer zijn van gedwongen prostitutie (inclusief slachtoffers van loverboys)
- ♦ jeugdigen die slachtoffer zijn van een seksueel misdrijf
- ♦ jeugdigen die slachtoffer zijn van geestelijke of lichamelijke mishandeling
- ♦ jeugdigen die bescherming tegen zichzelf nodig hebben ter voorkoming van verdere escalatie tegen zichzelf
- ♦ jeugdigen die dreigen in de voorgaande situaties te geraken
- ♦ jeugdigen bij wie sprake is van politiebemoeienis ter voorkoming van verdere escalatie van geweld van de jeugdige tegen zijn/haar directe omgeving en bij wie is afgezien van aangifte en strafrechtelijke vervolging wegens bloedverwantschap of angst voor represailles
- ♦ jeugdigen bij wie bescherming nodig is ter voorkoming van verdere escalatie tegen de directe omgeving.

Bij plaatsgebrek wordt voorrang verleend wordt aan de jeugdigen vallend binnen de categorieën 1 t/m 4.

De extremiteit van het grensoverschrijdende gedrag en het niet of nauwelijks aan kunnen gaan van wederkerige relaties zijn de belangrijkste redenen waarom deze jeugdigen niet (hebben) kunnen profiteren van bijvoorbeeld

⁴ Nota Gesloten Jeugdzorg, 2008.

hulpverlening en het speciaal onderwijs. Reguliere vormen van hulpverlening doen voor de jeugdige een te groot appèl op basale emotionele en relationele vaardigheden. Dit zijn vaardigheden die deze jeugdigen juist missen. Zij kunnen hierdoor de nabijheid van een gewone dagelijkse opvoedingssituatie niet hanteren.

De problematiek die Boendermaker noemt over de totale populatie in de behandelafdeling van de JJI komt overeen met de problematiek die bij de Gesloten Jeugdzorg wordt genoemd.

Het betreft:

- ♦ Meervoudige gedragsproblematiek

De meest in het oog springende kenmerken van de jeugdigen vinden we op het gedragsniveau. Het grootste deel van de jeugdigen kampt, zowel externaliserende (bijvoorbeeld antisociaal gedrag richting de omgeving) als internaliserende (met bijvoorbeeld angst of een depressie bij de jeugdige zelf) gedragsproblemen. Wat hiervan op de voorgrond staat kan variëren.

- ♦ Extreem grensoverschrijdend gedrag

Dit uit zich met name in ernstig fysiek en verbaal agressief gedrag, dreigen met agressie, alsook seksueel getint gedrag. Concreet kan dit betekenen (dreigen met): slaan, schoppen, bijten, liegen, stelen, brand stichten en weglopen. De jeugdigen kunnen de agressie ook tegen zichzelf richten, bijvoorbeeld door middel van zichzelf beschadigend gedrag zoals automutilatie, hoofdbonken, suïcidale neigingen of weigeren te eten. In de praktijk vormt het grensoverschrijdend gedrag van de jeugdige veelal een bedreiging voor hemzelf en/of anderen.

- ♦ Gedragsproblemen op meerdere gebieden

De gedragsproblemen beperken zich niet tot één omgeving. Dikwijls heeft de jeugdige deze problemen in het gezin van herkomst, in zijn vrienden-groep/vrijtijdsbesteding, en op school of werk. De jeugdige heeft geen of onvoldoende dagritme. Het ontbreekt de jeugdige aan een zinvolle dagbesteding of er is juist sprake van een verkeerde vorm van vrijetijdsbesteding

(verkeerde vrienden). Deze jeugdigen hebben te weinig mogelijkheden zich aan de eisen van school en/of werk aan te passen. Hierdoor kunnen zij zich in deze omgeving niet of nauwelijks handhaven. Als gevolg daarvan ontstaat een gebrek aan toekomstperspectief, vervelen ze zich en komen zij in een neerwaartse spiraal terecht.

- ◆ Psychiatrische problematiek

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

- ◆ Problemen op het relationele vlak

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

De jeugdige kan ook verzeild raken in een loverboy-circuit omdat hij in eerste instantie niet goed inschat met welke intenties de loverboy contact legt. Sommige jeugdigen zijn, vanwege hechtingsproblematiek, niet of nauwelijks in staat relaties aan te gaan. Hierdoor is het lastig een ingang te vinden voor een gesprek of behandeling.

- ◆ Gebrekkige gewetensvorming

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

- ◆ Middelenmisbruik

Bij de jeugdigen is veelvuldig sprake van middelenmisbruik.

Over het gezin/de gezinsproblematiek wordt gezegd:

- ◆ Multi-problem gezin met beperkte opvoedingsvaardigheden

De jeugdigen komen veelal uit gezinnen met meervoudige problematiek, zoals psychiatrische problematiek bij een of beide ouders/verzorgers, echt-

scheiding, opvoedingsproblemen en conflicten. Onderlinge relaties in het gezin zijn vaak ernstig verstoord. Door de gedragsproblemen van de jeugdigen, in combinatie met vaardigheidstekorten en handelingsverlegenheid bij de ouders, is er veelal sprake van gezagsproblemen. De ouders/verzor-gers zijn doorgaans de greep op hun kind volledig kwijt en bieden hen onvol-doende veiligheid. Niet zelden zijn de jeugdigen slachtoffer van verwaarlo-zing, misbruik en/of mishandeling. De ouders zijn soms zelf ook slachtoffer van hun kind. In een deel van de gezinnen twijfelen de ouders er aan of zij nog wel verantwoordelijk voor hun kind kunnen of willen zijn.

- ◆ Gebroken gezinnen en meerdere verblijfsplaatsen

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

- ◆ Veel risicofactoren en weinig beschermende factoren

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

- ◆ Chroniciteit van de problematische situatie en verantwoordelijkheid.

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

- ◆ Handelingsverlegenheid bij professionals, zowel in het onderwijs als in de hulpverlening. Vaak is er sprake van een gestagneerde hulpverleningssituatie

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

4.1.3 Jeugdigen met reactieve en proactieve agressieproblematiek

Veel voorkomende problematiek, zo bleek in de vorige paragraaf, is gedragsproblematiek, grensoverschrijdend gedrag, conduct disorder e.d. In de literatuur over agressiviteit bij jeugdigen wordt veelvuldig onderscheid gemaakt tussen reactieve en proactieve agressie (Dodge & Coie, 1987). Reactieve agressie wordt beschouwd als een emotionele, impulsieve en boze reactie op een bedreiging, aanval of frustratie. Proactieve agressie daarentegen betreft koelbloedige, bewuste agressie om doelen als het verkrijgen van materiële zaken of status te bereiken (Scarpa & Raine, 1997).

Reactief agressieve gedragsproblemen hangen samen met:

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

Proactief agressieve gedragsproblemen hangen daarentegen samen met:

- ♦ meer op dominantie gerichte doelen en minder op vriendschap en positieve uitkomsten gerichte doelen;
- ♦ beperkt repertoire aan oplossingen in sociale situaties, waarvan een grotere proportie agressief is;

- ♦ geringere voorkeur voor niet-agressieve oplossingen, waarbij van niet-agressieve oplossingen minder positieve uitkomsten worden verwacht;
- ♦ geringere vaardigheid in het uitvoeren van probleemoplossende oplossingen;
- ♦ overschatting van de mate waarin anderen regelovertrekend gedrag vertonen en goedkeuren;
- ♦ overschatting van de eigen sociale competentie.

Crick en Dodge (1996) en Dodge (1991) wijzen op het mogelijk belangrijke perspectief dat een onderscheid in reactieve en proactieve agressie kan geven om een verschil in etiologische ontwikkelingspaden voor agressie te vinden. Een van de belangrijkste verschillen tussen reactieve en proactieve agressie is de intrinsieke motivatie voor de agressieve handeling (Raine et al., 2006). Vaak is deze alleen bekend bij de initiator. Voorbeelden hierbij zijn voor de proactieve initiator dat hij “had gevochten om te laten zien wie de baas was” en voor de reactieve initiator: “maakte dingen kapot omdat hij door het lint ging.”

Reactief en proactief agressieve jeugdigen laten kwalitatieve verschillen zien in het cognitieve vaardigheidsniveau. Het sociale informatieverwerkingsmodel (Dodge, 1986; Crick & Dodge, 1994) beschrijft het cognitieve proces dat plaatsvindt in sociale situaties in zes cognitieve stappen:

1. Decoderen van sociale cues: wat gebeurt er?
2. Interpreteren/encoderen van de sociale informatie: wat betekent dat?
3. Zoeken naar geschikte oplossingen: wat kan ik doen om de situatie op te lossen?
4. Evalueren en selecteren van de optimale oplossing: op welke manier zal ik het beste slagen in mijn doel?
5. Uitvoeren van de gekozen oplossing: de gekozen oplossing doen.
6. Evalueren van de uitvoering: heb ik het goed gedaan, heb ik het doel bereikt?

Jeugdigen met agressieve gedragsproblemen vertonen bepaalde patronen in de zes stappen van sociale informatieverwerking (Crick & Dodge, 1994; Orobio de Castro, 2007). In diverse studies is aangetoond dat specifieke versto-

ringen in de stappen samenhangen met specifieke vormen van agressief gedrag, namelijk reactieve en proactieve agressie (Orobio de Castro, 2007). Patronen in sociale informatieverwerking komen tot stand door een wisselwerking tussen cognitieve vaardigheden van het kind en interacties met de omgeving. De voor reactieve agressie kenmerkende patronen van informatieverwerking zouden het gevolg zijn van ervaringen van bedreiging en vijandigheid, zoals een hardvochtige opvoeding en afwijzing door leeftijdsgenoten. Kenmerkende patronen van proactieve agressie zouden veel meer het gevolg zijn van observationeel leren en bekrachtiging van agressief gedrag (Orobio de Castro, 2007).

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

4.2 KERNGEBIEDEN VAN DE VAKTHERAPIE VOOR JEUGDIGEN

De vaktherapie in de vrijheidsbenemende setting richt zich op die jeugdigen die als gevolg van de problematiek en psychische stoornissen zoals beschreven in eerdere paragrafen te kampen hebben met problemen betreffende zelfbeeld, emoties, interacties en/of cognities.

De problematiek op deze vier kerngebieden wordt, enigszins generaliserend, in de volgende paragrafen beschreven.

4.2.1 Zelfbeeld

Voor jeugdigen met een zwakke identiteit geldt dat zij vaak niet goed weten wie ze zijn en dat zij negatieve overtuigingen over zichzelf en/of weinig zelfvertrouwen hebben. Het zelfbeeld is onrealistisch. Zelfonderschatting en een gebrek aan zelfrespect kan leiden tot een gebrekkig inzicht

in wat men zelf wel of niet kan beïnvloeden. Deze jeugdigen ontwikkelen vaak weinig gedragsalternatieven en doordachte oplossingen, vertonen weinig positieve responsiviteit naar anderen, kunnen zich moeilijk aan de omgeving aanpassen, niet goed met problemen omgaan en zichzelf tot rust brengen.

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

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

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

Antisociale persoonlijkheidsstoornis.....	Antisocial Personality Disorder [APD]
Autisme Spectrum Stoornis.....	Autism Spectrum Disorder [ASD]
Gedragsstoornis	Conduct Disorder [CD]
Oppositieel opstandige gedragsstoornis	Oppositional Defiant Disorder [ODD]

Relatie kerngebied zelfbeeld en stoornissen⁵

Ten aanzien het zelfbeeld bestaat er een verband met de oppositioeneel opstandige gedragsstoornis (ODD), de gedragsstoornis (CD) en de antisociale persoonlijkheidsstoornis (APD).

- ♦ Er bestaat een relatie met ODD en reactieve agressie als jeugdigen zich agressief gedragen omdat ze het gevoel hebben uitgedaagd te worden. Zij reageren emotioneel, boos of gefrustreerd op wat zij ervaren omdat zij dit ervaren als een bedreiging van het zelfbeeld. Kenmerkend is ook dat zij anderen vaak de schuld geven van eigen fouten of wangedrag.
- ♦ Er bestaat een relatie met CD en proactieve agressie als jeugdigen zich agressief gedragen omdat ze hiermee iets hopen te bereiken. Zij proberen het zelfbeeld op te blazen door wat gezien wordt als statusverhogend gedrag. Deze jeugdigen zijn kil, berekenend, hebben een gebrek aan empathie en gebruiken koelbloedig agressie om hun doelen te bereiken.
- ♦ Er bestaat een relatie met APD als er sprake is van constant onverantwoordelijk gedrag, bijvoorbeeld blijkend uit het herhaaldelijk niet in staat zijn geregeld werk/regelmatige werkzaamheden te behouden of financiële verplichtingen na te komen.

4.2.2 Emoties

Jeugdigen die een interventie gericht op emoties nodig hebben, hebben problemen met het (h)erkennen, en/of vormgeven van emoties. Zij zijn niet in staat de emotie van de ander te herkennen en hun gedrag daarop aan te passen, en/of ze zijn zich niet bewust van hun eigen (oplopende) emoties en/of ze zijn niet in staat deze emoties op passende wijze te uiten en te ontladen. Hierdoor kunnen zij overmatige stress ervaren, gebeurtenissen slecht verwerken en snel gefrustreerd raken. Er is vaak sprake van matig

⁵ De relatie tussen kerngebieden en stoornissen is niet de primaire focus van de vaktherapieën, wel de relatie tussen kerngebieden en criminogene factoren. De deelnemers van de projectgroep hebben desalniettemin aandacht besteed aan mogelijke relevante relaties tussen kerngebieden en stoornissen.

of ernstig verlies terwijl de jeugdige over weinig copingvaardigheden beschikt om hiermee om te gaan.

Er kan sprake zijn van schommelingen in de stemming, impulsiviteit of risikant gedrag. De jeugdigen doen dingen zonder na te denken, reageren plotseling met intense emoties zonder rekening te houden met de gevolgen. Zij hebben een groot probleem met het zelf reguleren van stemmingen, het onder controle houden van boosheid en (agressieve) impulsen, en kunnen uitbarstingen hebben waarbij anderen bedreigd of bang gemaakt worden of letsel ondervinden, of waarbij ernstige beschadiging van eigendom plaatsvindt.

Het gebrek aan copingvaardigheden kan echter ook leiden tot internaliserende problematiek. De jeugdige kan zich dan afsluiten voor (overweldigende) emoties, waardoor risicosituaties niet meer op waarde geschat kunnen worden. Door impulsief en niet afgestemd gedrag kan een risicovolle situatie ontstaan voor de jeugdige zelf. Door het niet uiten van emoties, kan de ander daar geen rekening mee houden en worden (persoonlijke) grenzen mogelijk overschreden.

Relatie kerngebied emoties en stoornissen

Bij emotie bestaat er een relatie met de oppositioneel opstandige gedragsstoornis (ODD), de gedragsstoornis (CD) en de antisociale persoonlijkheidsstoornis (APD) en de aandachttekort stoornis met hyperactiviteit (ADHD)

- ♦ De jeugdige met ODD is vaak *prikkelbaar* en *ergert zich* gemakkelijk aan anderen.
- ♦ Sommige jeugdigen met CD gedragen zich *openlijk agressief*, zoals veelvuldig ruzie maken met ouders, leerkrachten, vloeken, dreigen of slaan.
- ♦ Bij APD treedt *impulsiviteit* op en het onvermogen vooruit te plannen.
- ♦ De APD is gekenmerkt door prikkelbaarheid en agressiviteit, blijkend uit bij herhaling komen tot vechtpartijen of geweldpleging.
- ♦ Impulsiviteit treedt ook op bij ADHD.

4.2.3 Interactie

Bij jeugdigen met problemen op dit kerngebied bestaat vaak een tekort aan sociale vaardigheden en het onvermogen interpersoonlijke problemen op te lossen. De grenzen van anderen worden veelal slecht erkend en niet bewaakt. Andere jeugdigen kunnen vaak ook moeilijk hun eigen grenzen aangeven en bewaken, terwijl ze nabijheid niet goed verdragen.

Het tekort aan sociale vaardigheden en/of het onvermogen interpersoonlijke problemen op te lossen en/of de verstoorde autonomie vergroten de kans op afwijzing door leeftijdsgenoten waardoor jeugdigen de omgang zoeken met delinquente leeftijdsgenoten die regelmatig antisociaal gedrag vertonen en/of betrokken raakt bij of lid is van een bende.

Bij deze jeugdigen is regelmatig sprake van een gebrek aan empathie en rouw. Zij tonen geen emotionele pijn als reactie op eigen schadelijk gedrag, negeren gevoelloos de negatieve effecten van het eigen gedrag op anderen en/of erkennen de onrechtmatigheid van de eigen acties niet en/of zijn onaangedaan door pijn of tegenslag van anderen, zijn onverschillig ten opzichte van de gevoelens van anderen. De houding tegenover (gezags)relaties is vaak negatief. Daarom stellen zij zich niet open voor behandeling en begeleiding.

Relatie kerngebied interactie en stoornissen

Bij interactie bestaat er een relatie met de oppositioneel opstandige gedragsstoornis (ODD), de gedragsstoornis (CD) en de antisociale persoonlijkheidsstoornis (APD) en de autisme spectrumstoornis (ASD)

- De jeugdige met een ODD is vaak *opstandig* of weigert zich te voegen naar verzoeken of regels van volwassenen en maakt vaak ruzie met volwassenen. *Spijtgevoelens* ontbreken, zoals blijkt uit de ongevoeligheid voor of het rationaliseren van het feit anderen gekwetst, mishandeld of bestolen te hebben. Men geeft anderen vaak de schuld van eigen fouten of wangedrag.
- Kinderen met een CD verschillen in de mate waarin ze emoties kunnen voelen en *zich in anderen kunnen inleven*: sommigen scoren hoog op gevoelloosheid (een centraal kenmerk van psychopathie). Anderen scoren niet hoog op gevoelloosheid.

- Iemand met een APD is niet *in staat zich te conformeren* aan de maatschappelijke norm dat men zich aan de wet moet houden, blijkend uit het herhaaldelijk plegen van handelingen die een reden voor arrestatie kunnen zijn. Er bestaat een *roekeloze onverschilligheid ten aanzien van de eigen of andermans veiligheid*. Er is sprake van constante onverantwoordelijkheid blijkend uit het herhaaldelijk niet in staat zijn geregeld werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen.
- Jeugdigen met een ASD hebben ernstige en ingrijpende beperkingen in de ontwikkeling van de *sociale interactie*, samengaan met *tekortkomingen in de (non)verbale communicatieve vaardigheden* of de aanwezigheid van stereotiep gedrag, interesses en activiteiten.

4.2.4 Cognities

Voor jeugdigen met problemen op het gebied van cognities geldt dat zij negatieve cognities met betrekking tot zichzelf, tot het eigen kunnen en de eigen vaardigheden kunnen hebben. Dat kan leiden tot internaliserende problematiek

Daarnaast zijn er vaak negatieve cognities met betrekking tot anderen. Deze jeugdigen nemen het gedrag van anderen vaak verkeerd waar en interpreteren het niet correct. Daardoor koesteren zij negatieve opvattingen over anderen en de wereld om hen heen en zijn zij geneigd ten onrechte agressieve bedoelingen bij anderen waar te nemen. Er is sprake van onjuist generaliseren en het niet toetsen van negatieve opvattingen (zie ook de cognitieve disfuncties uit de cognitieve therapie, Beck e.a.). Een gering vermogen tot abstraheren en structureren werkt niet in hun voordeel. De jeugdigen staan regelmatig achter opvattingen en waarden die criminaliteit of geweld goedpraten, of laten zien grote moeite te hebben niet-agressieve oplossingen voor interpersoonlijke problemen te ontwikkelen.

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

Relatie kerngebied cognitie en stoornissen

Bij cognitie bestaat er een relatie met de oppositioneel opstandige gedragsstoornis (ODD) en de aandachttekort stoornis met hyperactiviteit (ADHD)

- ♦ Er bestaat een relatie met ODD als jeugdigen zich agressief gedragen omdat zij het gedrag van de ander verkeerd interpreteren en daardoor *het gevoel hebben uitgedaagd te worden*.
- ♦ Bij jeugdigen met kenmerken van ADHD is sprake van aandachtstekort, concentratieproblemen, hyperactiviteit en rusteloosheid die het uitvoeren van taken bemoeilijken en daarmee de kans op succes verminderen. Voor ADHD-jeugdigen is het *onvermogen vooruit te plannen* kenmerkend.

4.3 VAKTHERAPIE PER KERNGEBIED

Inleiding

De vaktherapie richt zich, zoals gesteld, op de kerngebieden zelfbeeld, emoties, interactie en cognities.

De daaruit voortvloeiende kerndoelen van de vaktherapie zijn:

- ♦ versterken van een reëel zelfbeeld
- ♦ beter kunnen omgaan met emoties
- ♦ verbeteren van de interactie
- ♦ veranderen van disfunctionele cognities

Hoe gaat de vaktherapie hierbij bij te werk? Wat zet de vaktherapie hierbij in? Om hier inzicht in te geven, beschrijven wij in de subparagrafen 4.3.1 tot en met 4.3.4 per kerngebied wat de kerndoelen en subdoelen van de vaktherapie zijn, alsmede wat per kerngebied de werkwijzen, methoden, werkvormen en technieken zijn. Voor een goed begrip van die subparagrafen gaan we eerst in op de terminologie om te verduidelijken wat we verstaan onder werkwijze, methode, werkvorm en gehanteerde technieken binnen de vaktherapie. Hierbij sluiten wij aan bij het Handboek Creatieve Therapie⁶. De term interventie gebruiken wij als overkoepelende term voor de vaktherapie

⁶ Bron: Smeijsters (2000/2003/2008).

als geheel, niet voor de vaktherapeutische ‘tussenkost’ tijdens een vaktherapeutische sessie.

Werkwijzen

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

- ◆ **Supportieve werkwijze**

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

Binnen deze categorie is de volgende onderverdeling mogelijk⁷:

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

- ◆ **Palliatieve werkwijze**

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

- ◆ **Ortho(ped)agogische / ontwikkelende werkwijze**

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

- ◆ **Re-educatieve werkwijze**

Onder deze categorie vallen trainingsgerichte doelstellingen zoals het leren uiten en reguleren van emoties, het afremmen van impulsief gedrag, gren-

⁷ Van Hattum & Hutschemaekers (2000)

zen leren trekken, verstevigen van het zelfbeeld en doelstellingen afgestemd op het verkrijgen van een beter inzicht in (ten dele bewuste) intra- en interpsychische conflicten en de verwerking hiervan.

De categorie kent de volgende onderdelen:

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

◆ **Reconstructieve / Inzichtgevende-plus- werkwijze**

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

Methode

Een vaktherapeutische methode heeft als kenmerken dat ze:

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

Werkvormen

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

Therapeutische technieken

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

Voorbeelden van technieken⁸ zijn:

- ♦ synchroniseren
- ♦ confronteren
- ♦ reflecteren.

4.3.1 Vaktherapie gericht op het zelfbeeld

◎ KERND OEL: VERSTERKEN VAN EEN REËEL ZELFBEELD

Subdoelen

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

Werkwijzen

- ♦ Supportief: stabiliseren, steunen en activeren
- ♦ Ortho(ped)agogisch: ontwikkelen van zelfinzicht, zelfgevoel, zelfbeeld

⁸ Therapeutische technieken moeten niet worden verward met materiaaltechnieken (zoals het maken van een monotype in de beeldende therapie of het spelen van een gebroken akkoord in de muziektherapie).

- ♦ Re-educatief: veranderen van zelfinzicht, zelfgevoel, zelfbeeld en het daaruit voortvloeiende probleemgedrag

Methoden

- ♦ Psychotherapeutisch
- ♦ Rogeriaanse psychotherapie
- ♦ Competentiemodel
- ♦ Cognitieve gedragstherapie
- ♦ Vaktherapeutisch
- ♦ Analoge-procesmodel

Werkvormen

- ♦ Werkvormen gericht op ontwikkelen van eigenheid
 - Jezelf met behulp van een onderwerpenlijst, als dier of een andere metafoor zoals een voorwerp of landschap in het medium uitdrukken
 - Lielingsrollen of statusrollen in het medium spelen (op basis van kenmerken en verlangens van de jeugdige)
 - Kwaliteitenspel
 - Jezelf een veilige, prettige plek (of rol/functie) en een vervelende, onprettige plek (of rol/functie) in het medium geven
 - Spiegelen van jezelf door de ander
 - Werkvormen afgestemd op de mogelijkheden en interesses van de jeugdige
 - Werkvormen waarbij de jeugdige in het medium de gelegenheid heeft zich te uiten conform zijn mentale leeftijd (zoals het klieren met verf, hutten bouwen, met knuffels spelen enz.)
 - Realistische situaties uit verleden, heden of de toekomst uitwerken en daarna reflecteren (over het probleemgedrag)
 - Werkvormen waar binnen het medium gebruik wordt gemaakt van video- of fototechnieken om het zelfbeeld te ontwikkelen en hierover te reflecteren
- ♦ Werkvormen gericht op egoversterking
 - Werkvormen die leiden tot succeservaringen
 - Werkvormen gericht op het leren beheersen van technieken

- Werkvormen die een jeugdige in eerste instantie niet zou (willen) uitvoeren, maar die (met de nodige structuur) toch haalbaar blijken
- ◆ Werkvormen die de autonomie en assertiviteit vergroten
 - Op basis van voorkeuren zelf activiteiten kiezen
 - Een verhaal waarin de jeugdige een hoofdrol speelt
 - Werkvormen waarin de jeugdige leiderschap op zich neemt
 - Werkvormen met betrekking tot ruimtegebruik in het medium: ruimte verkennen, ruimte innemen, vergroten, verkleinen
 - Dezelfde activiteit in het medium herhaaldelijk uitvoeren, maar de rollen van spelers veranderen en laten ervaren hoe het eigen gedrag verandert en hoe de tegenspeler hierop reageert en mee verandert

Technieken

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

4.3.2 Vaktherapie gericht op emoties

⊙ KERNDOEL: BETER KUNNEN OMGAAN MET EMOTIES

Subdoelen

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

Werkwijzen

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

Methoden

- ◆ Psychotherapeutisch
 - Gedragstherapie
 - Rogeriaanse psychotherapie
 - Cognitieve gedragstherapie
- ◆ Vaktherapeutisch
 - Analoge-procesmodel

Werkvormen

- ◆ Werkvormen gericht op het (h)erkennen, beleven en uiten van emoties
 - Een spelgericht aanbod waarbij het gaat om raden, kopiëren, uitbeelden en plezier beleven (ontspannen zijn zonder dit expliciet als doel)

van de werkvorm te maken)

- Eenzelfde mediumactiviteit in verschillende emoties uitwerken
- Een bepaalde emotie verder doorwerken door er verschillende werkvormen voor in te zetten (bijv. het maken van verhalen, raps/songteksten of gedichten)
- De mediumactiviteit benaderen vanuit verschillende emotionele ingangen zoals:
 - de vier basisemoties (bang, boos, blij, bedroefd)
 - de vier elementen (aarde, water, lucht en vuur)
 - archetypen (de held, het kind, de moeder, de wijze)
 - werken met (structureerende) voorbeelden zoals afbeeldingen, gezichtsuitdrukkingen, collages, fotoreportages en/of muziekstukken om de verschillen tussen de emoties te verduidelijken
- Werkvormen waarbij een situatie voor de geest gehaald wordt waarbij bepaalde emoties beleefd werden
- Werkvormen waarbij het accent ligt op de binnenkant en de buitenkant van de jeugdige
- Traumatische ervaringen in het medium 'afstandelijk' vormgeven (bijv. door het werken met tableaux vivant, geleide fantasie, verteltheater)
- De koppeling leggen tussen lichaamssignalen en de emotie: zweten e.d. (tijdens werkvormen in het medium lichaamssignalen benoemen en koppelen aan emoties)
- Afwisselen tussen emotioneel afstandelijke en emotioneel zeer intensieve mediumwerkvormen
- Werkvormen gericht op de waarneming zodat de jeugdige in het hier-en-nu blijft en niet emotioneel overspoeld raakt door herbeleving en niet extreem dissocieert
- ♦ Werkvormen specifiek gericht op ontladen en reguleren van boosheid en agressie
 - Binnen het medium spanning (woede) opwekken en gecontroleerd weer laten afvloeien:
 - door een te moeilijk/frustrerend medianaanbod te doen
 - door te werken met realistische (probleem)situaties
 - de jeugdige leren zichzelf gerust te stellen en te kalmeren, door bijvoorbeeld ritmes, herhaling in beweging, mandala's e.d.

- door emoties inzichtelijk te maken met emotiethermometers, gradatietrappen (het koppelen van diverse situaties aan verschillende punten op een oplopende lijn) en dergelijke
- ◆ Werkvormen gericht op het ontstressen
 - (ont)spanningsoefeningen, ademhalingsoefeningen en dergelijke
 - werkvormen waarbij lichaamssignalen concreet benoemd of gespiegeld worden
- ◆ Psycho-educatie:
 - n.a.v. bovenstaande opdrachten uitleg geven over de emoties en het ontstaan en de functie van bijvoorbeeld boosheid en angst.

Technieken

- ◆ Supportief
 - Afstemmen: de vaktherapeut stemt zijn verbale en mediumgedrag af op de emotie van de jeugdige
 - Stabiliseren: de vaktherapeut handelt verbaal en in het medium zodanig dat de jeugdige emotioneel tot rust komt
 - Activeren: de vaktherapeut activeert de jeugdige tot deelname aan en het continueren van activiteiten
- ◆ Ortho(ped)agogisch
 - Afstemmen: de vaktherapeut stemt zijn verbale en mediumgedrag af op het emotionele ontwikkelingsniveau en de mogelijkheden van de jeugdige
 - Assimileren: de vaktherapeut neemt emotionele uitingen van de jeugdige in het medium over
- ◆ Re-educatief
 - Structureren: de vaktherapeut leidt en begeleidt in het medium zodanig dat de jeugdige kaders krijgt waardoor hij zich emotioneel veilig voelt
 - Stimuleren: de vaktherapeut stimuleert de jeugdige verbaal en in het medium eigen emoties te uiten
 - Ombuigen: de vaktherapeut buigt verbaal en in het medium de emoties van de jeugdige om
 - Ontlokken: de vaktherapeut daagt verbaal en in het medium de jeugdige uit andere emoties te exploreren

- Bekrachten: de vaktherapeut bekrachtigt verbaal en in het medium de emotionele reacties van de jeugdige
- Reflecteren: de vaktherapeut ondersteunt de jeugdige bij het reflecteren naar aanleiding van in het medium ervaren emoties
- Actualiseren: de vaktherapeut benoemt emotionele ervaringen in het hier en nu en relateert deze ervaringen aan problematische emoties van de jeugdige
- Generaliseren: de vaktherapeut relateert emotionele ervaringen in het medium aan problematische emoties buiten de therapie
- Implementeren: de vaktherapeut geeft huiswerkopdrachten (gebaseerd op emotionele ervaringen in het medium) zodat de jeugdige de omgang met emoties op de afdeling kan oefenen
- ◆ Palliatief
 - De vaktherapeut stimuleert de jeugdige zich bewust te worden van fysiologische en emotionele reacties op traumatische (verdrongen) herinneringen
 - De vaktherapeut biedt steun en troost zodat de emotionele pijn die de jeugdige ondergaat verzacht wordt

4.3.3 Vaktherapie gericht op interactie

◎ KERNDOEL: VERBETEREN VAN DE INTERACTIE

Subdoelen

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

- ♦ Vergroten van het gedragsrepertoire en handelingsbekwaamheid m.b.t. verschillende interactieposities

Werkwijzen

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

Methoden

- ♦ Psychotherapeutisch
 - Sociaal competentiemodel
 - Interactiewijzer
 - Cognitieve gedragstherapie
 - Directieve therapie
 - Systeemtherapie
- ♦ Vaktherapeutisch
 - Analoge-procesmodel

Werkvormen

- ♦ Werkvormen gericht op het jezelf positioneren in de interactie
 - Tijdens de interactie in het medium een eigen ruimte creëren en deze op een positieve manier innemen
 - In het medium oefenen met de hoeveelheid plek die de jeugdige inneemt
 - In het medium afstand en nabijheid ervaren door opdrachten gericht op grenzen
- ♦ Werkvormen gericht op leiden
 - Werkvormen waarbij de jeugdige in de rol van leider stapt, bepaalt wat er gedaan wordt, maar afgeklopt mag worden

- Verschillende leidinggevende posities in het medium in uitersten uitvoeren
- Samenwerken aan hetzelfde doel, maar vanuit tegenstrijdige posities
- In competitievorm/spelvorm een opdracht uitvoeren
- Werkvormen waarbij het gaat om vertrouwen in de ander, b.v. de ziende leidt de blinde
- ◆ Werkvormen gericht op het nadoen, volgen, begrijpen van en afstemmen op de ander
 - In het medium op een positieve manier contact maken en daarbij oefenen met verschillende manieren van contact maken (non-verbaal, verbaal, fysiek)
 - De lichaamshouding en gezichtsuitdrukking van de ander overnemen
 - Werkvormen waarbij de jeugdigen elkaar nadoen, volgen en aanvullen
 - In het medium de rollen omdraaien en je verplaatsen in een ander
 - Iets maken voor de ander
- ◆ Werkvormen gericht op in het medium experimenteren met interactie
 - Dezelfde opdracht verschillende keren uitvoeren en komen tot andere uitkomsten
 - In het medium gedragsexperimenten uitvoeren: van te voren voorspellen hoe het gaat verlopen, of het ook anders kan, de opdracht uitvoeren en erop reflecteren
- ◆ Werkvormen gericht op reflectie naar aanleiding van de interactie in het medium
 - Tijdens de interactieopdrachten benoemen wat je doet en hoe het voelt
 - Na afloop de interactieopdracht bespreken en:
 - benoemen wat er gebeurd is
 - inzicht krijgen in zichzelf en de ander
 - Materialen uit het medium gebruiken en ervaren dat verschillend materiaal een verschillend beroep doet op de jeugdige (zwaar/licht materiaal, onbekend/gestructureerd, saai/grappig). M.a.w.: dmv verschillend materiaal in het medium ervaren dat de buitenwereld invloed heeft op het eigen handelen/ervaren
 - Realistische interactiesituaties uit verleden, heden of de toekomst in het medium uitwerken

Technieken

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

4.3.4 Vaktherapie gericht op cognities

◎ **KERNDOEL: VERANDEREN VAN DISFUNCTIONELE COGNITIES**

Subdoelen

- ◆ Verbeteren van de waarneming
- ◆ Disfunctionele cognities (h)erkennen
- ◆ Disfunctionele cognities omzetten in functionele cognities

- ◆ Gedrag van anderen juist leren interpreteren (objectief versus subjectief)
- ◆ Het eigen aandeel zien in ontstane conflicten (rolwaarneming), om verandering te realiseren
- ◆ Verantwoordelijkheid nemen voor het eigen handelen
- ◆ Verbeteren van opvattingen, waarden en normen, die criminaliteit of geweld goedpraten
- ◆ Leren structureren

Werkwijzen

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

Methoden

- ◆ Psychotherapeutisch
 - Cognitieve gedragstherapie
 - Schemagerichte therapie
 - Directieve therapie
- ◆ Vaktherapeutisch
 - Analoge-procesmodel

Werkvormen

- ◆ Werkvormen gericht op plannen vooraf, het maken van een plan van aanpak
 - Voorafgaand aan een opdracht de jeugdige laten vertellen hoe hij denkt dat hij de opdracht gaat uitvoeren (dit naderhand evalueren)
 - Vooraf gedragsalternatieven in het medium plannen
 - Vooraf (met behulp van sleutelwoorden) nadenken over de structuur van de mediumactiviteit
 - Wat stelt het voor, wat zijn de kenmerken

- Met behulp van teksten, poëzie, beeldende kunst, visies, fantasie, metafoor, symbool etc.
- Verschillende uitkomsten bedenken (aan hetzelfde verhaal/muziekstuk een eigen/ander einde maken)
- Personen, zaken, emoties, situaties en gedachten vooraf grafisch weergeven
- Uit het voorhanden zijnde aanbod een voor zichzelf verantwoorde keuze maken en deze motiveren
- ◆ Werkvormen gericht op disfunctionele cognities
 - Binnen het medium scènes spelen/uitbeelden en uitwerken aan de hand van de vijf G's (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag, gevolg)
 - Door middel van scènes in het medium verschillende cognities op waarheid testen
 - Conflictsituaties (familieruzies, burenruzies) uitbeelden in het medium, verschil maken tussen waarneming/opvatting en mogelijkheden ontdekken t.a.v. eigen aandeel
 - Het moment voor, tijdens en na het delict uitbeelden
 - Werkvormen gericht op even "pauze/afstand" nemen van disfunctionele "lastige" gedachten. Met andere woorden: de jeugdige ervaart voor korte tijd geen nare/dwang/irrationele/disfunctionele gedachten door op te gaan in de ervaring tijdens de mediumactiviteit
- ◆ Werkvormen gericht op cognitief bewustzijn tijdens de mediumactiviteit
 - Werkvormen die tijdens de mediumactiviteit expliciet een beroep doen op concentratie
 - Werkvormen die tijdens de mediumactiviteit expliciet een beroep doen op het geheugen
 - Werkvormen gericht op het tijdens de mediumactiviteit bewust leren structureren
 - Werkvormen waarbij tijdens de mediumactiviteit functionele cognities worden toegepast
- ◆ Werkvormen gericht op inzicht achteraf
 - Beoordelen of wat vooraf gepland werd ook daadwerkelijk werd uitgevoerd
 - Het eigen gedrag analyseren in relatie tot karakter en intentie van deelname aan het (groeps)proces

- Laten ervaren dat verschillende mensen verschillend waarnemen
- Onderscheid maken tussen objectief en subjectief waarnemen
 - Observatieoefeningen (beschrijven, niet oordelen)
 - Analyseren van de eigen mediumactiviteit aan de hand van objectieve observatielijsten (kenmerken van de vormgeving in het medium) en subjectieve observatielijsten (mooi, lelijk, chaotisch, saai, enz.)
- Ervaringen onder woorden brengen
- Terugkoppelen van de hoeveelheid positieve prikkels die tijdens de mediumactiviteit ervaren werd
- Na de activiteit in het medium positieve en negatieve acties in kaart brengen (bijvoorbeeld m.b.v. videobeelden)
- Na de activiteit in het medium reflecteren over wie wat veroorzaakt en beïnvloed heeft, de bedoeling van anderen en het eigen aandeel
- Werkvormen gericht op het eerlijk of oneerlijk zijn, waarbij oneerlijk gespeeld mag worden, maar waarbij de jeugdige zich bewust wordt van wat de voor- en nadelen zijn van eerlijk/oneerlijk zijn
- Huiswerkopdrachten die laten zien of de jeugdige in staat is het geleerde in vervolgoopdrachten zelf toe te passen, te oefenen en te generaliseren. D.m.v. huiswerk de motivatie te verhogen het eigen veranderingsproces te bevorderen en ontwikkelen.

Technieken

- ◆ Supportief
 - Stabiliseren: de vaktherapeut helpt de jeugdige bij het objectiever waarnemen, interpreteren en evalueren van situaties die acute dreiging oproepen
- ◆ Ortho(ped)agogisch
 - Afstemmen: de vaktherapeut reikt bij een zwakke verbale ontwikkeling non-verbale middelen aan en stemt zijn taalgebruik en begrippen af op de cognitieve mogelijkheden van de jeugdige
 - Activeren: de vaktherapeut activeert de jeugdige tot het nadenken en praten over situaties
 - Structureren: de vaktherapeut leidt en begeleidt in het medium zodanig dat de jeugdige kaders krijgt waarbinnen hij cognitieve vaardigheden kan ontwikkelen

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

5

VAKTHERAPIE EN CRIMINALITEITSREDUCTIE

Een interventie die erkenning nastreeft van de Erkeningscommissie Justitiële Gedragsinterventies dient zich in ieder geval te richten op het tegengaan van recidive/criminaliteit.

Wat kan gezegd worden over de relatie vaktherapie en terugdringing van recidive?

5.1 EFFECTIEVE PROGRAMMA'S VOOR JUSTITIABELEN: WHAT WORKS-PRINCIPES

Deze paragraaf is grotendeels gebaseerd op de theoretische handleiding van het programma In Control, ontwikkeld door JJI Het Keerpunt en Adviesbureau van Montfoort (2008).

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

In reactie hierop weerleggen verschillende onderzoeken (Thornton, 1987; Gendreau & Ross, 1979; 1987) deze theorie. Gendreau en Ross (1987) bestudeerden alle tussen 1980 en 1987 gepubliceerde rehabilitatiestudies en vonden bewijzen voor succesvolle interventies. In het bijzonder besteedden zij aandacht aan een reeks meta-analyses, waaruit bleek dat 60% van de bestudeerde studies over het algemeen een positief resultaat toonde, maar dat bepaalde factoren van invloed waren op de verschillen in onderzoeksresultaten. Aangetoond werd dat sommige rehabilitatieprogramma's effect

sorteerden bij specifieke doelgroepen, en dat daarom de matching tussen delict, criminogene factoren (delictbevorderende factoren) en type rehabilitatieprogramma centraal aandachtspunt moet zijn (Vogelvang, Van Burik, Van der Knaap, & Wartna, 2003). De afgelopen twintig jaar is veel onderzoek verricht naar deze matching. Zowel kenmerken van het delict zelf, als kenmerken en omstandigheden van de dader zijn onderzocht op hun voorspellende waarde ten aanzien van recidive. Deze zoektocht is verre van eenvoudig: delinquent gedrag kan worden beschouwd als het resultaat van een combinatie van biologische, sociologische, psychologische en situationele invloeden (Eronen, Hakola, & Tiihonen, 1996; Moffitt, 1987; Spellacy & Brown, 1984). Het is door deze complexiteit een grote uitdaging om op basis van deze invloeden terugkerend delinquent gedrag (recidive) te voorspellen en te voorkomen. Gezocht is met name naar kenmerken en omstandigheden die een grote voorspellende waarde hebben en bovendien veranderbaar (dynamisch, niet statisch) blijken middels een rehabilitatieprogramma. Op deze wijze is een kennisbestand voor de genoemde matching opgebouwd dat een belangrijk onderdeel vormt van de 'What Works' benadering.

In de afgelopen jaren is er een aanzienlijke mate van eensgezindheid bij onderzoekers ontstaan over welke aspecten in het werken met delinquenten in hoge mate kunnen bijdragen aan het succesvol terugdringen van criminaliteit (zie bijvoorbeeld Andrews, 1995; Gendreau, 1996; Lipton, Pearson, Cleland, & Yee, 1997; McGuire, 1995, 2000; Nuttal, Goldblatt & Lewis, 1998).

Werken aan de hand van 'What Works' betekent, dat bij de keuze van interventies die een grotere kans bieden om recidive te voorkomen een zestal beginselen van belang is (Van den Hurk & Nelissen, 2004; Van der Laan, 2004):

- ♦ *Risicobeginsel*: een intensievere interventie naarmate de kans op herhaling groter is.
- ♦ *Behoeftebeginsel*: effectieve strafrechtelijke interventies richten zich op beïnvloedbare (dynamische) criminogene behoeften. Dit zijn de kenmerken, risicofactoren en problemen van de dader, die rechtstreeks samenhangen met het delinquente gedrag en die te veranderen zijn, bijvoorbeeld sociale vaardigheden of omgang met delinquente leeftijdsgenoten.

- ♦ *Responsiviteitsbeginsel*: er moet een goede 'match' zijn tussen de intellectuele en sociale mogelijkheden van de dader, de uitvoerder van de interventie, het programma en de methodiek. De uitvoerders moeten inschatten wat haalbaar en aanvaardbaar is en wat niet.
- ♦ *Beginsel van behandelmodaliteit*: aangezien er meestal sprake is van diverse criminogene factoren bij een dader, moet een interventie zich richten op verschillende aspecten en moeten er ook verschillende methodieken gebruikt worden.
- ♦ *Beginsel van programma-integriteit*: effectieve programma's zijn ontwikkeld en ontworpen op basis van theoretische verklaringen van crimineel gedrag, die door middel van onderzoek zijn getoetst. Programma-integriteit houdt in dat alle onderdelen van een programma moeten worden uitgevoerd; achterwege laten van onderdelen doet de kans op resultaat afnemen.
- ♦ *Professionaliteitsbeginsel*: een programma wordt goed uitgevoerd als de uitvoerders professioneel zijn, dat wil zeggen: goed opgeleid, goed getraind, in staat het programma aan te passen aan individuele behoeften en mogelijkheden (responsiviteitsbeginsel), gesteund met intervisie en supervisie door hun organisatie.

Criminogene factoren (zie behoeftebeginsel) zijn factoren die kunnen bijdragen aan het plegen van delicten (Vogelvang, 2005), het zijn risicofactoren voor delinquent gedrag. Agressie is strikt genomen geen criminogene factor, maar gedrag dat voortkomt uit een aantal onderliggende criminogene factoren, die al dan niet beïnvloedbaar zijn. Stabiele of statische criminogene factoren, zoals geslacht en gepleegde delicten, veranderen niet of slechts in één richting (zoals leeftijd en ouder worden). Deze factoren zijn over het algemeen echter wel sterkere voorspellers van recidive dan dynamische factoren. Dynamisch criminogene factoren zijn wel veranderbaar.

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

- ♦ zij richten zich op jeugdige populaties met een gemiddeld tot hoog criminaliteitsrisico;

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

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

- ♦ plaatsvinden in de directe leefomgeving van de jeugdige;
- ♦ voldoende gedoseerd zijn;
- ♦ duidelijk gestructureerd zijn;
- ♦ geformaliseerd zijn;
- ♦ multimodaal zijn;
- ♦ worden uitgevoerd door getrainde en ervaren therapeuten/begeleiders die regelmatig supervisie krijgen en zich houden aan de programmavoorschriften en –instructies;
- ♦ worden afgestemd op de leeftijd van de doelgroep (bij 12- tot 15-jarigen vooral aandacht voor het gezin, bij 15- tot 17-jarigen vooral aandacht voor hun vriendengroep en bij jeugdigen vanaf ongeveer 16 jaar vooral aandacht voor het verwerven van zelfstandigheid); en

- ♦ worden afgestemd op het niveau van recidiverisico van de jeugdigen (bijvoorbeeld bij voorkeur geen intensief reclasseringstoezicht voor jeugdigen met een gering recidiverisico, geen bezoek aan een gevangenis ter afschrikking voor jeugdigen met een hoog recidiverisico).

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

- ♦ structuurbiedende vaardigheidstrainingen en gedragstherapeutische interventies: de doelen van deze interventies worden mede ingegeven door kennis van risicofactoren;
- ♦ gezins- en systeemgerichte interventies waarbij de behandelaars gedragsmatig werken en op een flexibele manier gebruik maken van verschillende strategieën en technieken; en
- ♦ multimodale interventies, dat wil zeggen interventies die verschillende, elkaar aanvullende veranderingsstrategieën omvatten en gericht zijn op uiteenlopende contexten.

5.2 CRIMINOGENE FACOREN: DE RISC EN DE SAVRY

Een belangrijk What Works principe is het behoeftebeginsel. Dit beginsel impliceert dat effectieve strafrechtelijke interventies zich dienen te richten op beïnvloedbare (dynamische) criminogene behoeften. Dit zijn de kenmerken, risicofactoren en problemen van de dader, die rechtstreeks samenhangen met het delinquente gedrag en die te veranderen zijn, bijvoorbeeld sociale vaardigheden of omgang met delinquente leeftijdsgenoten. Een tweede belangrijk What-Works principe is het risicobeginsel. Dit impliceert dat een intensievere interventie nodig is, naarmate de kans op herhaling groter is. Gedragsinterventies dienen zich bij voorkeur te richten op de jeugdigen met een midden of hoge recidivekans. Om te bepalen hoe groot de recidivekans is, wordt in de gesloten setting vaak de SAVRY of de RiSc gebruikt.

De RiSc

Voor 18-plussers is er de RiSc⁹, de Recidive Inschattingsschalen, die 12 criminogene factoren onderscheidt.

Het betreft:

- 1 | Delictgeschiedenis
- 2 | Delictpatroon
- 3 | Huisvesting en wonen
- 4 | Opleiding, werk en leren
- 5 | Inkomen en omgaan met geld
- 6 | Relaties met partner/familie/gezin, zoals: slechte communicatie met ouders, kinder- mishandeling, delinquentie in gezin, geringe mate van supervisie, middelenmisbruik door ouders, niet-intacte gezinsstructuur
- 7 | Vrienden, kennissen (netwerk) en vrijetijdsbesteding, zoals: sociaal netwerk in criminele circuit, lid van jeugdbende
- 8 | Druggebruik
- 9 | Alcoholgebruik
- 10| Geestelijke gezondheid (persoonlijkheid; bijvoorbeeld antisociale persoonlijkheidsstoornis) en geschiedenis van matige psychopathologie
- 11| Denkpatronen (cognities), gedrag en vaardigheden: gebrek aan sociale en probleemoplossende vaardigheden, conduct disorder) en criminele kernovertuigingen
- 12| Houding (antisociale attitude ten opzichte van de samenleving, delict en criminaliteit)

RiSc en Vaktherapie

De kern gebieden waar de vaktherapie zich op richt (zelfbeeld, emoties, cognitie en interactie) hebben met name betrekking op de dynamisch criminogene factoren 'geestelijke gezondheid (persoonlijkheid)' en 'denkpatronen, gedrag en vaardigheden' en - minder direct - op de factoren 6, 7 en 12 (relaties met gezin, vrienden/netwerk en attitude).

Onder de criminogene factor 'geestelijke gezondheid' vallen onder andere de antisociale persoonlijkheidsstoornis (APD) en een geschiedenis van matige psychopathologie. Onder de factor 'denkpatronen, gedrag en vaardighe-

⁹ Adviesbureau Van Montfoort / Reclassering Nederland, 2004

den' vallen onder andere een gebrek aan sociale en probleem-oplossende vaardigheden, criminele kernovertuigingen en de gedragsstoornis (conduct disorder, CD).

De SAVRY

Voor jeugdigen van 12-18 jaar met geweldsdelict(en) brengt het actuariële risicotaxatie instrument SAVRY¹⁰ (*Structured Assessment of Violence Risk in Youth*; Duits, Van Casteren, Van den Brink & Doreleijers, 2005) de kans op geweldsrecidive in beeld. De SAVRY behelst factoren met betrekking tot geweldsrecidive bij jeugdigen en is verdeeld in statische/onveranderbare factoren en dynamische factoren. Tot de eerste categorie behoren de historische factoren en het item achterstandsbuurt (uit de sociale contextuele factoren). De tweede groep factoren is verdeeld in sociale/contextuele factoren en individuele factoren. Per factor onderscheidt de SAVRY een lage, midden of hoge recidivekans.

¹⁰ (Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter, & De Wit-Grouls, 2003)

Tabel 2 | SAVRY items: Factoren met betrekking tot geweldsrecidive bij jeugdigen

Historische risicofactoren	1	Eerder gewelddadig gedrag
	2	Eerder niet-gewelddadig delinquent gedrag
	3	Jonge leeftijd bij eerste gewelddadig gedrag
	4	Zich onttrekken aan toezicht/interventie in het verleden
	5	Eerdere zelfbeschadiging of suicidepogingen
	6	Getuige zijn van geweld in het gezin
	7	Geschiedenis van mishandeling als kind
	8	Criminaliteit van de ouders/verzorgers
	9	Vroege verstoring in de verzorgingssituatie
	10	Geringe schoolprestaties

Sociale/contextuele factoren	11	Omgang met delinquente leeftijdsgenoten
	12	Afwijzing door leeftijdsgenoten
	13	Ervaren stress en copingvaardigheden
	14	Geringe opvoedingsvaardigheden van de ouders
	15	Gebrek aan steun van andere volwassenen
	16	Achterstandsbuurt

Individuele risicofactoren	17	Negatieve opvattingen
	18	Risikant gedrag/impulsiviteit
	19	Problemen met middelengebruik
	20	Problemen bij omgaan met boosheid
	21	Gebrek aan berouw, empathie
	22	Aandachtstekort-hyperactiviteitprobleem
	23	Weinig medewerking aan interventies
	24	Weinig interesse in/binding met school

SAVRY en vaktherapie

De vier kerngebieden waar de vaktherapie zich op richt, zijn terug te vinden in de individuele risicofactoren van de SAVRY en in enkele contextuele factoren (zie verderop tabel 5). De relatie/ het verband tussen enerzijds de kerngebieden waar de vaktherapie zich op richt en anderzijds de risicofactoren en risicobeoordeling is hieronder uitgewerkt.

Zelfbeeld

Problemen op het punt van het zelfbeeld vinden we terug in de items 'omgang met delinquente leeftijdsgenoten' (item 11) en 'negatieve opvattingen' (item 17):

- ♦ SAVRY item 11 handelt over het (regelmatig) omgaan met delinquente leeftijdsgenoten die (vaak) antisociaal gedrag vertonen en/of betrokkenheid bij of lidmaatschap van een bende. Relevant in dit verband is de worsteling van jeugdigen met de eigen identiteitsontwikkeling die ertoe leidt dat aansluiting wordt gezocht bij delinquente leeftijdsgenoten. Een risicobeoordeling 'matig' betekent: de jeugdige gaat zo nu en dan om met andere delinquente jeugdigen, dan wel regelmatig met andere jeugdigen die betrekkelijk zelden- of minder ernstig- antisociaal gedrag hebben vertoond.

Een risicobeoordeling 'hoog' betekent: de jeugdige gaat vaak om met andere delinquente of criminele jeugdigen, onder wie jeugdigen die regelmatig antisociaal gedrag vertonen en/of de jeugdige is betrokken bij bendeactiviteiten of is lid van een bende.

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

Een risicobeoordeling 'matig' betekent: sommige opvattingen van de jeugdige ondersteunen de recht'heid van misdaad en geweld, of de jeugdige toont enige moeite om niet-agressieve oplossingen voor problemen te ontwikkelen of is enigszins geneigd ten onrechte vijandige of agressie-

ve bedoelingen bij anderen waar te nemen, ook al is van zo'n bedoeling in het geheel geen sprake.

Een risicobeoordeling 'hoog': de jeugdige staat duidelijk achter opvattingen en waarden die criminaliteit of geweld goedpraten, of laat zien dat hij grote moeite heeft om niet-agressieve oplossingen voor problemen te ontwikkelen, of is vaak geneigd ten onrechte vijandige of agressieve bedoelingen bij anderen waar te nemen, ook al is van zo'n bedoeling in het geheel geen sprake.

Emotie

Problemen op het punt van de emoties vinden we terug in de items 'ervaren stress en geringe copingvaardigheden' (item 13), 'impulsiviteit en riskant gedrag' (item 18) en 'problemen met het hanteren van boosheid' (item 20).

- ♦ SAVRY item 13 handelt over ervaren stress en geringe copingvaardigheden.

Een risicobeoordeling 'matig' betekent: de jeugdige heeft recent matige stress of een matig ernstig verlies ervaren, maar toont over het algemeen een adequate copingvaardigheid.

Een risicobeoordeling 'hoog': de jeugdige heeft recent veel stress of ernstig verlies ervaren, óf matige stress of een matig ernstig verlies ervaren maar toont over het algemeen een uiterst geringe copingvaardigheid.

- ♦ SAVRY item 18 betreft impulsiviteit en riskant gedrag.
Een 'matige' score betekent: bij de jeugdige is in geringe of minder ernstige mate sprake van impulsiviteit of riskant gedrag.
Een risicobeoordeling 'hoog': bij de jeugdige is duidelijk sprake van impulsiviteit of riskant gedrag. De jeugdigen hebben last van schommelingen in de stemming, doen dingen zonder na te denken, reageren plotse-ling met intense emoties zonder rekening te houden met de gevolgen.
- ♦ Dit sluit aan bij het SAVRY item 20 dat betrekking heeft op het grote probleem dat jeugdigen hebben met het onder controle houden van boosheid. Het item verwijst in het bijzonder naar herhaaldelijke uitbarstingen waarbij anderen bedreigd of bang gemaakt worden of ietsel on-der vinden, of waarbij ernstige beschadiging van eigendom plaatsvindt.

Een risicobeoordeling 'matig': de jeugdige heeft een matig probleem met het onder controle houden van uitingen van boosheid

Risicobeoordeling 'hoog': de jeugdige heeft een groot probleem met het onder controle houden van uitingen van boosheid.

Interactie

Problemen met betrekking tot de interactie vinden we opnieuw terug in de items 'omgang met delinquente leeftijdsgenoten' (11), alsmede in de items 'afwijzing door leeftijdsgenoten' (12) en 'gebrek aan empathie en berouw' (21).

- ♦ SAVRY item 11: zie zelfbeeld
- ♦ SAVRY item 12: idem en is verklaarbaar op basis van de geringe sociale vaardigheden en het onvermogen interpersoonlijke problemen op te lossen.

Een risicobeoordeling 'matig' : de jeugdige ondervindt enigermate afwijzing door leeftijdsgenoten, maar er is geen sprake van ernstige of chronische afwijzing, dan wel de jeugdige heeft niet recent afwijzing door leeftijdsgenoten ondervonden, maar in het verleden wel.

Een risicobeoordeling 'hoog': de jeugdige ondervindt op dit moment ernstige afwijzing door leeftijdsgenoten, dan wel ondervindt op dit moment matige afwijzing en heeft ernstige afwijzing ondervonden gedurende een groot deel van de kindertijd en adolescentie.

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

Een risicobeoordeling 'matig': de jeugdige toont een matig verminderd leeftijdsadequaat vermogen tot berouw en/of verminderde empathie .

Een risicobeoordeling 'hoog': de jeugdige toont een duidelijk verminderd leeftijdsadequaat vermogen tot berouw en/of significant verminderde empathie.

Cognitie

Ook problemen op het punt van de cognitie vinden we terug in de items 'afwijzing door leeftijdsgenoten' (12), en 'negatieve opvattingen' (17). Tevens in item 22: aandachtstekort-hyperactiviteitsprobleem.

- ♦ SAVRY item 12 (zie ook bij interactie) benoemt de ernstige afwijzing door leeftijdsgenoten op dit moment óf de matige afwijzing op dit moment gecombineerd met ernstige afwijzing gedurende een groot deel van zijn/haar kindertijd en adolescentie. De afwijzing door leeftijdsgenoten kan oorzaak en gevolg zijn van het ten onrechte waarnemen van agressieve bedoelingen bij anderen. Oorzaak omdat afwijzing kan leiden tot het veronderstellen van agressieve bedoelingen bij anderen, gevolg omdat het veronderstellen van agressieve bedoelingen leidt tot gedrag dat afwijzing provoceert.
Zie verder bij interactie.
- ♦ SAVRY item 17 verwijst naar negatieve opvattingen (zie ook bij zelfbeeld). De jeugdige staat duidelijk achter opvattingen en waarden die criminaliteit of geweld goedpraten, óf laat zien grote moeite te hebben niet-agressieve oplossingen voor problemen te ontwikkelen óf is vaak geneigd ten onrechte agressieve bedoelingen bij anderen waar te nemen. Negatieve opvattingen, de neiging om vaak vijandige of agressieve bedoelingen bij anderen waar te nemen kan tot gevolg hebben dat de jeugdigen interpersoonlijke problemen vooral agressief oplossen.
Zie verder bij zelfbeeld.
- ♦ SAVRY item 22 verwijst naar het aandachtstekort en de hyperactiviteit, concreet de ernstige problemen met rusteloosheid, hyperactiviteit en concentratie.
Een risicobeoordeling 'matig': er zijn matige problemen opgemerkt met rusteloosheid, hyperactiviteit of concentratieproblemen
'Hoge' score: er zijn ernstige problemen opgemerkt met rusteloosheid, hyperactiviteit of concentratieproblemen (bijvoorbeeld: actieve ADHD-diagnose).

Vaktherapie richt zich op jeugdigen met een hoge score op de aanwezigheid van de betreffende SAVRY-factor/criminogene factor, bij wie sprake is van een midden of hoge recidivekans.

Dit is schematisch als volgt te verduidelijken:

Tabel 3 | SAVRY-factor en recidive kans waar vaktherapie zich op richt

	SAVRY factor		
	Laag	Midden	Hoog
Recidivekans laag	-	-	-
Recidivekans midden	-	-	+
Recidivekans hoog	-	+	+

- geeft aan waar de vaktherapie interventie zich niet op richt
 + geeft aan waar de vaktherapie interventie zich wel op richt

5.3 VAKTHERAPIE EN PROTECTIEVE FACTOREN

In de SAVRY worden ook protectieve factoren gescoord die een tegenwicht bieden tegen de risicofactoren die de kans op recidive vergroten.

Tabel 4 | Protectieve factoren in de SAVRY

Protectieve factoren	1	Expliciete sociale betrokkenheid
	2	Expliciete ondersteuning door (een) ander/anderen
	3	Expliciete hechte band met tenminste één prosociale volwassene
	4	Duidelijke positieve houding t.o.v. interventie en autoriteit
	5	Duidelijke positieve gerichtheid op school
	6	Veerkrachtige persoonlijkheid.

Ook deze protectieve factoren zijn in verband te brengen met de vier kerngebieden van vaktherapie:

- P1| de prosociale betrokkenheid (helpen, samenwerken, onderhandelen) heeft betrekking op de interactie
- P4| een positieve houding ten opzichte van interventie en autoriteit (actieve betrokkenheid bij het plannen en uitvoeren van de behandeling) heeft betrekking op de interactie en cognitie

P6| een veerkrachtige persoonlijkheid (goed doordachte oplossingen, positieve responsiviteit naar anderen, zich aan de omgeving kunnen aanpassen, zichzelf tot rust brengen, gezond zelfrespect) heeft betrekking op gebieden zelfbeeld en emotie

Vaktherapie probeert zowel de tekorten /problemen te verminderen op de criminogene factoren als de protectieve factoren te versterken.

5.4 SCHEMATISCH OVERZICHT

Het overzicht op de volgende pagina brengt de kerngebieden van de vaktherapie in kaart, de bijbehorende SAVRY-risicofactoren en de protectieve factoren waar de vaktherapie zich op richt.

Tabel 5 | SAVRY items waarop de kerngebieden van de vaktherapie betrekking hebben

Kern-gebieden	Savry- risicofactoren/ Criminogene factoren	Protectieve factoren
Zelfbeeld	11 Omgang met delinquente leeftijdsgenoten 17 Negatieve opvattingen	P6 Veerkrachtige persoonlijkheid
Emotie	13 Ervaren stress en copingvaardigheden 18 Riskant gedrag/impulsiviteit 20 Problemen bij omgaan met boosheid	P6 Veerkrachtige persoonlijkheid
Interactie	11 Omgang met delinquente leeftijdsgenoten 12 Afwijzing door leeftijdsgenoten 21 Gebrek aan berouw, empathie	P1 Prosociale betrokkenheid P4 Positieve houding t.o.v. autoriteit en interventie
Cognitie	12 Afwijzing door leeftijdsgenoten 17 Negatieve opvattingen 22 Aandachtstekort-hyperactiviteitprobleem	P4 Positieve houding t.o.v. autoriteit en interventie

5.5 INDICATIES VOOR VAKTHERAPIE

De indicaties voor deelname aan vaktherapie zijn als volgt:

- ◆ Geplaatst in een gesloten setting: JJI als gevolg van een strafrechtelijk vonnis of Gesloten Jeugdzorg op civielrechtelijke titel
- ◆ Leeftijd 12 t/m 21 jaar
- ◆ Jongens en meisjes

- ◆ Geen ondergrens voor IQ
- ◆ De jeugdige van 12 t/m 18 jaar is dmv de SAVRY getaxeerd op een middelgroot of groot risico op gewelddadig gedrag
- ◆ De jeugdige van 19 t/m 21 jaar is dmv de RISC getaxeerd op een middelgroot of groot recidiverisico
- ◆ Uit de voorgeschiedenis van en dossiervorming over de jeugdige blijkt dat sprake is van problemen met betrekking tot het zelfbeeld, de emotie, de interactie en/of de cognitie.
Op SAVRY of RISC blijkt deze problematiek daarnaast uit het volgende:
 - Voor 12 t/m 18 jaar: een beoordeling hoog op tenminste drie van de volgende items in de SAVRY: problemen met hanteren van boosheid, negatieve gedachten, impulsiviteit, aandachtstekort, ervaren stress en geringe copingvaardigheden.
 - Voor 19 t/m 21 jaar: minimaal de volgende scores op schaal 2 van RISC:
 - Op item 2.2 een 'ja' op vraag b of c (geweld of dreigingen met geweld), en
 - Op item 2.8 een 'ja' op vraag d (aanleiding tot delict is de emotionele toestand, waaronder boosheid), en
 - Op item 2.11 een score 2 (ja) op item a (delicten zijn onderdeel van een patroon).
- ◆ Een minimale score van 11.32 op de factor reactieve agressie van de Reactive-Proactive Aggression Questionnaire (RPQ; Raine e.a., 2006; Van Domburgh & Popma, 2003). Deze waarde is afgeleid van het gemiddelde ($M = 7.14$) plus de standaarddeviatie ($SD = 4.18$) zoals die gevonden zijn voor adolescente jongens in de Pittsburgh Youth Study (zie Raine e.a., 2006).
- ◆ Een maximale score van 6.26 op de factor proactieve agressie van de Reactive-Proactive Aggression Questionnaire (RPQ; Raine e.a., 2006; Van Domburgh & Popma, 2003). Deze waarde is afgeleid van het gemiddelde ($M = 2.79$) plus de standaarddeviatie ($SD = 3.47$) zoals die gevonden zijn voor adolescente jongens in de Pittsburgh Youth Study (Raine e.a., 2006).
- ◆ De jeugdige is voldoende gemotiveerd voor deelname aan de vaktherapie. Blijkt de motivatie te gering voor deelname, dan kan ervoor worden gekozen om eerst een traject in te zetten in het kader van motivatieverhoging, waarna instroom alsnog gezien kan worden.

6

SAMENVATTING |

Vaktherapie werkt aan tekorten/problemen met betrekking tot vier kerngebieden: zelfbeeld, emoties, cognitie en interactie. De vaktherapie richt zich op het opheffen of verminderen van tekorten met betrekking tot dynamisch criminogene factoren, anders gezegd: op risicofactoren uit de SAVRY (12-18 jarigen) die een relatie hebben met de vier kerngebieden:

- ♦ voor het kerngebied zelfbeeld betreft dit de risicofactoren omgang met delinquente leeftijdsgenoten en negatieve opvattingen;
- ♦ voor het kerngebied emotie gaat het om de risicofactoren ervaren stress en copingvaardigheden, riskant gedrag/impulsiviteit en problemen bij omgaan met boosheid;
- ♦ voor het kerngebied interactie betreft het de risicofactoren omgang met delinquente leeftijdsgenoten, afwijzing door leeftijdsgenoten en gebrek aan berouw/empathie;
- ♦ voor het kerngebied cognitie tenslotte gaat het om de risicofactoren afwijzing door leeftijdsgenoten, negatieve opvattingen en aandachtstekort-hyperactiviteitprobleem

Daarbij richt de vaktherapie zich specifiek op de jeugdigen die op die factoren een midden of hoge recidivekans hebben. De vaktherapie richt zich bovendien niet alleen op tekorten, maar ook op het versterken van protectieve factoren.

Schematisch is dit als volgt weer te geven:

Tabel 6 | Kerngebieden, RiSc-factoren, SAVRY-risicofactoren en Protectieve factoren waar vaktherapie zich op richt

Kerngebied en kernprobleem	Uitingsvorm	Dynamisch Criminogene factor uit RiSc	Savry risicofactor	Savry Protectieve factor
Zelfbeeld: Onrealistisch zelfbeeld	<ul style="list-style-type: none"> · Faalangstig · Weinig zelfvertrouwen · Zelfoverschatting · Gebrekkig zelfinzicht 	10: Geestelijke gezondheid (persoonlijkheid) en psychopathologie	11: Omgang delinquente leeftijdsgenoten 17: Negatieve opvattingen	P6 Veerkrachtige Persoonlijkheid
Emoties: Emotionele problemen	<ul style="list-style-type: none"> · Tekorten in woedebeheersing · Depressiviteit · Stress · Weinig copingvaardigheden · Geen impulscontrole 	10: Geestelijke gezondheid (persoonlijkheid) en psychopathologie	13: Stress en gebrekkige coping 18: Impulsiviteit en riskant gedrag 20: Problemen met hanteren boosheid	P6 Veerkrachtige persoonlijkheid
Interactie: Problemen met interactie	<ul style="list-style-type: none"> · Gebrek aan sociale vaardigheden · Gebrek aan empathisch vermogen · Egocentrisme · Gebrek aan sociale perspectiefname · Geen grenzen kunnen aangeven 	11: Denkpatronen (cognities), gedrag en vaardigheden: gebrek sociale en probleemoplossende vaardigheden	11: Omgang delinquente leeftijdsgenoten 12: Afwijzing door leeftijdsgenoten 21: Gebrek aan berouw en empathie	P1: Prosociale betrokkenheid P4: Positieve houding t.o.v. autoriteit en interventie
Cognitie: Problemen met cognitie	<ul style="list-style-type: none"> · Disfunctionele denkgewoonten · Onjuist generaliseren · Aandachtstekort · Concentratieproblemen 	11: Denkpatronen (cognities), gedrag en vaardigheden: criminele kernovertuigingen	12: Afwijzing door leeftijdsgenoten 17: Negatieve opvattingen 22: ADHD-problematiek	P4: Positieve houding t.o.v. autoriteit en interventie

LITERATUUR |

- Andrews, D.A. (1995). *The psychology of crime conduct and effective treatment*. In: J.McGuire (ed.), *What Works: Reducing re-offending*. Wiley, Chichester
- Arntz, A. & Bögels, S. (2000). *Schemagerichte cognitieve therapie voor persoonlijkheidsstoornissen*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Baars, M. (2004). Het risico voelen. Dramatherapie met mensen met een ontwijkende persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 23 (2), 4-7.
- Baas, N.J. (2005). *Wegen naar een recht pad. Strafrechterlijke interventies voor delinquente jongeren, inclusief verplichte nazorg, en naar het effect van interventies die zich voor een strafrechterlijk kader zouden kunnen lenen, alsmede naar interventiecondities die dat effect beïnvloeden*. Den Haag: WODC.
- Baillie, C. (1998). Art as therapy in a young offender institution. In: M. Liebmann (ed). *Art therapy with offenders*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Baeten, N. (2007). *Beeldende therapie in de praktijk van de forensische psychiatrie*. Utrecht: EFP/Oostvaarderskliniek.
- Beck, A.T. & Rush, A.J., Show, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression. A treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Bernstein, D.P., Arntz, A. & Vos, M.E. de (2007). Schemagerichte therapie in de forensische setting. Theoretisch model en voorstellen voor best clinical practice. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 33, 120-139.
- Bennink, J. Gussak, D.E. & Skowran, M. (2003). The role of the art therapist in a Juvenile Justice Setting. *The Arts in Psychotherapy*, 30 (3), 163-173.
- Bertens, A. & Roethof, G. (2002). Behandeling van daders en slachtoffers van relationeel geweld middels dramatherapie en psychomotorische therapie in een ambulante forensische instelling. In: L. Konsten & M. Peters (red.). *Terug naar de toekomst*. Utrecht: NVPMT.
- Boendermaker, L. (1995). *Jongeren in justitiële behandelinrichtingen*. Den Haag: WODC.
- Boendermaker, L. (1999). *Justitiële behandelinrichtingen voor jongeren; populatie en werkwijze*. Leuven/Apeldoorn: Garant.
- Boer, J. den (2007). *Neurofilosofie: hersenen, bewustzijn, vrije wil*. Amsterdam: Boom.

- Boerhout, C. & Weele, K. van der (2007). Psychomotorische therapie en agressieregulatie. Een pilotonderzoek. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, 3 (2), 11-18.
- Bogaart P, van den, & Muijen, H, van (2000). *Residentiële gedragstherapeutische behandeling in het Keerpunt*. Groningen: E&M Syntax b.v.
- Bol, M. (2002). *Jeugdcriminaliteit over de grens*. Den Haag: WODC.
- Borum, R., Bartel, P. & Forth, A.E. (2002). *Manual for the structured assessment of violence risk in youth (SAVRY)*. Tampa: University of South Florida. Ned. vertaling: H. Lodewijks, T. Doreleijers, C. de Ruiter, H. de Wit-Grouls.
- Brewster, L.G. (1983). *An evaluation of the Arts-in-Corrections Programme of the California Department of Corrections*. Prepared for the William James Association, Santa Cruz, California and California Department of Corrections.
- Brody, S.(1976). *The effectiveness of sentencing a review of the literature*. London: Pub HMSO.
- Broek, E. van den (2006). *Kwalitatief onderzoek naar methoden, werkvormen en effecten van dramatherapie met psychopaten binnen de forensische psychiatrie*. Kwalitatief Onderzoek Masteropleiding Vaktherapieën. Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- Broek, E. van den (2006). *Het ontwikkelen van een meetinstrument voor agressie binnen dramatherapie*. Kwantitatief Onderzoek Masteropleiding Vaktherapieën. Heerlen: Hogeschool Zuyd.
- Brown, J., Houston, S, Lewis, L. & Speller, G. (2004). *Dancing inside. A research evaluation conducted on behalf of Motionhouse Dance Theatre*. Surrey University.
- Buurman, F., Dijk, F. & Prevoo, N. (2004). *Productbeschrijving groepstraining "Stop huiselijk geweld" voor plegers van huiselijk geweld*. Interne uitgave. Nijmegen: Kairos, Pompestichting.
- California Department of Corrections Research Unit (1987). Unpublished paper, quoted in In: A. Peaker & J. Vincent. (1990). *Arts in prisons: Towards a sense of achievement*. Home Office Research and Planning Unit and the Arts Council, December.
- Chandler, M. (1973). Egocentrism and antisocial behaviour: The assessment and training of social perspective taking skills. *Developmental Psychology*, 44, 326-333.
- Cleven, G. (2004). *In scène. Dramatherapie en ervaringsgerichte werkvormen in hulpverlening en begeleiding*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Codding, P.A. (2002). A comprehensive survey of music therapists practicing in correctional psychiatry: Demographics, conditions of employment,

- service position, assessment, therapeutic objectives and related values of the therapist. *Music Therapy Perspectives*, (2), 56-68.
- Cogan, K.B. & Paulson, B.L. (1998). Picking up the pieces: Brief report on inmates' experiences of a family violence drama project. *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 25 (1), 37-43.
- Cohen, J.M. (1987). Music therapy with the overcontrolled offender. Theory and practice. *The arts in Psychotherapy*, 14 (3), 215-221.
- Connor, D.F. (2002). *Aggression and antisocial behavior in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Cornell, D., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E. Oram, G. & Pine, D. (1996). Psychopathy in instrumental en reactive offenders, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 783-790.
- Crick, N.R. & Dodge K.A. (1996). Social information processing mechanisms in reactive en proactive aggression. *Child Development*, 67, 993-1002.
- Criminal Justice Funding Report (1999, January, 6, p.11). *Partnership places artists in federal prisons*. California.
- Cruz, R.F. & Salbers, D.L. (1998). Dance/movement therapy is more effective than previously reported. *The Arts in Psychotherapy*, Vol. 25 (2), 101-104.
- Damasio, A.R. (2003). *Ik voel dus ik ben. Hoe gevoel en lichaam ons bewustzijn vormen*. Amsterdam: Wereldbibliotheek.
- Dam-Baggen, C.M.J. van & Kraaimaat, F.W. (2000). *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA)*. Handleiding. Lisse: Swets Test Services.
- Daveson, B.A. & Edwards, J. (2001). A descriptive study exploring the role of music therapy in prisons. *The Arts in Psychotherapy*, 28 (2), 137-141.
- Dempster, R.J., Lyon, D.R., Sullivan, L.E., Hart, S.D. (1996). Psychopathy and instrumental aggression in violent offenders. *Paper presented at the annual meeting of the American psychological Association*, Toronto, Ontario, August.
- Dijk, A.C.J. van (2005). Handen thuis? Handen thuis! Psychomotorische behandeling bij plegers van huiselijk geweld. In: J. de Lange & R.J. Boscher (red). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Dijk, F. & Prevoo, N. (2003a). *Protocol groepstraining "Stop huiselijk geweld"*. Interne uitgave. Nijmegen: Kairos, Pompestichting.
- Dijk, F. & Prevoo, N. (2003b). *Werkboek groepstraining "Stop huiselijk geweld"*. Interne uitgave. Nijmegen: Kairos, Pompestichting.
- Dijksterhuis, A. (2007). *Het slimme onbewuste. Denken met gevoel*. Amsterdam: Bert Bakker.

- Dodge, K.A. & Coie, J.D. (1987). Social Information-processing factors in reactive en proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53 (6), 146-158.
- Domburgh, L. & Popma, A. (2003). *Reactive en Proactive Questionnaire*. Nederlandse vertaling. Duivendrecht: PI.
- Doreleijers, Th. A. H., Van Domburgh, L., Vermeiren, R., Bullens, R. A. R., Veerman, J. W., & Stol, W. Ph. (2004). *Zeer jeugdige 'delinquenten' in Nederland. Een zorgwekkende ontwikkeling? Pilotstudie naar de sociaal-demografische, ontwikkelingspsycho(patho)logische en delictgerelateerde kenmerken van door de politie geregistreerde twaalf-minners*. Amsterdam: Vrije Universiteit, Medisch Centrum.
- Drieschner, K. (1997). *Vermindering van boosheid door muziektherapie: een gecontroleerd effectonderzoek met forensisch psychiatrische cliënten*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Duits, N., Casteren, M. van, Brink, W. van den & Dorelijers, Th.A.H. Risicotaxatie van geweldsrecidive bij jeugdigen. *Tijdschrift voor psychiatrie* 47 (2005), 511-518.
- Dutton, D.G. & Golant, S.K. (2000). *De partnermishandelaar*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Eigen, M. (2005). *Emotional storm*. Middletown: Wesleyan University Press.
- Elderen, T. van, Maes, S., Kamp, L. van der, Ploeg, H. van der, Ensink, J. & Spielberger, C.D. (1994). *Handleiding bij de Zelf-Expressie en Controle vragenlijst*. Leiden: Leiden University - Health Psychology Section.
- Els, H. van (1998). Weer greep op eigen handelen: Een praktische benadering van mensen met impulsproblemen. *Maandblad Geestelijke Gezondheidszorg*, 53, 27-41.
- Eronen, M., Hakola, P. & Tiihonen, J. (1996). Mental disorders and homicidal behaviour in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 53, 497-501.
- Freeman, G.D., Sullivan, K. & Fulton, C.R. (2003). Effects of creative drama on self-concept, social skills and problem behaviour. *Journal of Educational Research*, 96 (3), 131-138.
- Frick, P.J., Cornell, A.H., Barry, C.T., Bodin, S.D. & Dane, H.E. (2003). Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31, 457-470.
- Gardstrom, S.C. (1999). Music exposure and criminal behavior: Perceptions of juvenile offenders. *Journal of Music Therapy*, XXXVI (3), 207-221.
- Gendreau, P. (1996). Offender rehabilitation. What we know and what needs to be done. *Criminal Justice and Behavior*, 23, 144-161.

- Gendreau, P. & Ross, R.R. (1987). Ramifications of rehabilitation evidence from the 1980s. *Justice Quarterly*, 4, 349-408.
- Goldstein, A.P., Glick, B. & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression replacement training: A comprehensive intervention for aggressive youth. Revised edition*. Champaign-Ill: Research Press.
- Greenberg, L.S. (2004). *Emotion-focused therapy. Coaching clients to work through their feelings*. Washington: American Psychological Association.
- Groen, H. (2003). Aansturing van de behandeling. In: H. Groen & M. Drost (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Gussak, D. (1997). Breaking through barriers: Art therapy in prisons. In: D. Gussak & E. Virshup (eds). *Drawing time: Art therapy in prisons and other correctional settings*. Chicago: Magnolia Street.
- Gussak, D. (2004). Art therapy with prison inmates. A pilot study. *The Arts in Psychotherapy*, 31 (4), 245-259.
- Gussak, D. (2006). Effects of art therapy with prison inmates. A follow-up study. *The Arts in Psychotherapy*, 33 (3), 188-198.
- Gussak, D. (2007). The effectiveness of art therapy in reducing depression in prison populations. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51 (4), 444-460.
- Gussak, D. & Cohen-Liebmann, M. (2001). Investigation versus intervention: Forensic art therapy and art therapy in forensics settings. *American Journal of Art Therapy*, 40 (2), 123-135.
- Gussak, D. & Virshup, E. (eds)(1997). *Drawing time: Art therapy in prisons and other correctional settings*. Chicago: Magnolia Street.
- Hattum, M. van & Hutschemaekers, G. (2000). *Vakwerk. Producttyperingen van vaktherapeuten voor het programma stemmingsstoornissen*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Haeyen, S. (2007). *Niet uitleven maar beleven. Beeldende therapie bij persoonlijkheidsproblematiek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Helmich, M. (2008). *Beïnvloeding van het zelfbeeld in de beeldende therapie*. Eefde: Rentray.
- Henquet, G. (2005). Opgekropte spanning losmaken. Resultaten van een effectonderzoek. *Tijdschrift voor Psychomotorische Therapie*, (11 (2), 30-36.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de & Beek, D. van (2001). *SVR-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.
- Hillewaere, N. (2003). *Een kijkje achter die blik. Een onderzoek naar de invloed van receptieve muziektherapie op het exploreren van emoties*. Af-

- studeerscriptie Opleiding Creatieve Therapie Muziek. Sittard: Hogeschool Zuyd.
- Hilterman, E.L.B. & Gresnigt, J.A.M. (2003). Het onderbuikgevoel en risicotaxatie in de forensische psychiatrie. Van tweewieler naar multi purpose vehicle. In: H. Groen & M. Drost (red.). *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Hoogduin, C.A.L. & Lange, A. (2000). Stoornissen in de impulscontrole. In: W. Vandereycken, C.A.L. Hoogduin & P.M.G. Emmelkamp (red.). *Handboek psychopathologie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Hornsveld, R.H.J. (2005). Evaluation of Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients. *Psychology, Crime & Law*, 11 (4), 403-410.
- Hornsveld, R.H.J. (2006). *Ontwikkeling en evaluatie van de agressiehanteringstherapie voor gewelddadige forensische psychiatrische patiënten (jongens en mannen)*. Den Haag: Ministerie van Justitie, WODC.
- Hornsveld, R.H.J., Dam-Baggen, C.M.J. van, Lammers, S.M.M., Nijman, H.L.I. & Kraaimaat, F.W. (2004). Forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: persoonlijkheidskenmerken en gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46, 133-143.
- Hornsveld, R.H.J., Dam-Baggen, C.M.J. van, Leenaars, E. & Jonkers, Ph. (2004). Agressiehanteringstherapie voor forensisch psychiatrische cliënten met geweldsdelicten: ontwikkeling en praktijk. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 22-38.
- Hornsveld, R.H.J. & Kruijk, C. de (2005). Forensic psychiatric outpatients with sexual offences: Personality characteristics, aggression and social competence. *Psychology, Crime & Justice*, 11 (4), 479-488.
- Hornsveld, R.H.J., Nijman, H.L.I., Lammers, S.M.M., Dam-Baggen, C.M.J. van & Kraaimaat, F.W. (2002). *Attributie Vragenlijst*. Rijswijk: Eigen beheer.
- Hoskyns, S. (1988). Studying group music therapy with adult offenders: Research in progress. *Psychology of Music*, 16, 25-41.
- Hurk, A.A., van den & Nelissen, P.Ph. (2004). 'What Works'. Een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten, *Sancties*, 5, 280-297.
- Hutschemaekers, G. (2003). *De kunst van het hulpverleners. Over de professionalisering van vaktherapieën in de gezondheidszorg*. Lezing tijdens de installatie van KenVaK.
- Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & Smit, A. (2006). Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg. Wolfheze: GRIP – De Gelderse Roos.
- In Control! Stop – Ontspan – Denk – Actie. Gedragsinterventie voor adolescenten die verblijven in een Justitiële Jeugdinstelling en reactief*

- agressieve delicten hebben gepleegd*. Cadier en Keer: Stichting Jeugdzorg St. Joseph / JJI Het Keerpunt.
- Kuin, F.M.B. (1996). Voorspelbaar boksen. *Bewegen & Hulpverlening*, 13, 53-65.
- Kuin, F.M.B. (2000). *Impulscontroleproblematiek. Psychomotorische therapie module*. Oosterbeek: NVPMT.
- Kuin, F.M.B. (2005). Op tijd stoppen. Behandeling van impulscontroleproblematiek bij cluster B-persoonlijkheidsstoornissen en dissociatieve stoornissen. In: J. de Lange & R.J. Bosscher (red). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Nijmegen: Cure & Care Publishers.
- Laan, P.H. van der (2004). Over straffen, effectiviteit en erkenning. De wetenschappelijke onderbouwing van preventie en strafrechterlijke interventie. *Justitiële Verkenningen*, 30 (5), 31-48.
- Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, A. & Beurs, E. de (1995). *BDHI-D. Handleiding, verantwoording en normering van de Nederlandse Buss-Durkee Aggressielijst*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- LeDoux, J. (1998). *The emotional brain. The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Touchstone.
- Liebmann, M. (ed)(1998). *Art therapy with offenders*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Liebmann, M. (ed.)(2008). *Art therapy and anger*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Linehan, M. (1996). *Borderline persoonlijkheidsstoornis. Handleiding voor training en therapie*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Lipton, D. S., Pearson, F. S., Cleland, C. & Yee, D. (1997). *Synthesising correctional treatment outcomes: Preliminary CDATE findings*, Presentation to the 5th Annual National Institute of Justice Conference on Research and Evaluation in Criminal Justice, Washington DC
- Lodewijks, H. (2008). *Violence risk assessment in adolescents in the Dutch juvenile justice system. Studies on the reliability and predictive accuracy of the SAVRY*. Dissertatie. Eefde: Rentray.
- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th.A.H., Ruiters, C. de, & Wit-Grouls, H.F. de (2003). *SAVRY: Handleiding voor de gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij jongeren. (Geautoriseerde Nederlandse vertaling Ic)*. Eefde: Rentray.
- Lyobomirsky, S. (2007). *De maakbaarheid van het geluk. Een wetenschappelijke methode voor een gelukkig leven*. Amsterdam: Archipel.
- Matto, H.C. (2002). Investigating the validity of the Draw-A-Person Screening procedure for emotional disturbance. A measurement validation study with high-risk youth. *Psychological Assessment*, 14 (2), 221-225.

- McCourt, E. (1998). Building up to a sunset. In: M. Liebmann (ed). *Art therapy with offenders*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- McGuire, J. (1995). *What works: reducing reoffending*. Chichester: Wiley.
- McGuire, J. (2000). *What works: in reducing criminality*. Paper presented at the Conference Reducing Criminality: Partnerships and Best Practice convened by the Australian Institute of Criminology, in association with the WA Ministry of Justice, Department of Local Government, Western Australian Police Service and Safer WA and held in Perth 31 July and 1 August 2000.
- Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., Schouten, E. & Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the Dutch version of the Aggression questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (10), 839-843.
- Milliken, R. (2002). Dance/movement therapy as a creative arts therapy approach in prison tot the treatment of violence. *The Arts in Psychotherapy*, 29 (4), 203-206.
- Moffitt, T.E. (1987). Parental mental disorder and offspring criminal behavior: an adoption study. *Psychiatry*, 50(4), 346-60.
- Novaco, R.W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In: J. Monahan & H.J. Steadman (eds.). *Violence and mental disorder*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Nuttall, C., Goldblatt, P., & Lewis, C. (1998) *Reducing offending: an assessment of research evidence on ways of dealing with offending behavior*. Home Office Research Study No.187. London: Home Office.
- Orobio de Castro, B. (2007). *Woede, wraak & leedvermaak. Op zoek naar de drijvende krachten achter de ontwikkeling van gedragsproblemen*. Re-de. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Patrick, C.J. (2001). Emotional processes in psychopathy. In: A. Raine & J. Sanmartin (eds). *Violence and psychopathy*. New York: Kluwer/Plenum.
- Peaker, A. & Vincent, J. (1990). *Arts in prisons: Towards a sense of achievement*. Home Office Research and Planning Unit and the Arts Council, December.
- Philipse, M., Hilterman, E. & Doren, D. (2001). Tussen mogelijkheid en illusie: een review van elf risico-taxatieinstrumenten voor seksuele delinquenten. *Tijdschrift voor Criminologie*, 43, 2-24.
- Philipse, M.W.G., Ruiter, C. de, Hildebrand, M. & Bouman, Y.M.H. (2000). HCR-20. *Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2*. Nijmegen/Utrecht: Pompestichting/Van der Hoevenstichting.
- Ploeg, H.M. van der, Defares, P.B. & Spielberger, C.D. (1982). *Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst, ZAV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

- Raine, A. (1996). Autonomic nervous system factors underlying disinhibited, antisocial, and violent behavior. Biosocial perspectives and treatment implications. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 20 (794), 46-59.
- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, G., Lynam, D., Reynolds, C., Stouthamer-Loeber, M., & Jianghong, L. (2006). The Reactive-Proactive Aggression Questionnaire: Differential Correlates of Reactive and Proactive Aggression in Adolescent Boys. *Aggressive Behavior*, 32, 159-171.
- Riches, C. (1998). The hidden therapy of a prison art education programme. In: M. Liebmann (ed). *Art therapy with offenders*. London: Jessica Kingsley Publishers.
- Scarpa, A. & Raine, A. (1997). Psychology of anger and violent behavior. *Psychiatric Clinics of North America*, 20 (2), 375-394.
- Schweizer, C. e.a. (red.)(2008). *Handboek beeldende therapie*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Seiffe-Krenke, I. (Hrsg.). *Aggressionsentwicklung zwischen Normalität und Pathologie*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Silver, R. (ed). (2005). *Aggression and depression assessed through art*. New York: Brunner Routledge.
- Sitskoorn, M. (2006). *Het maakbare brein. Gebruik je hersens en word wie je wilt zijn*. Amsterdam: Bert Bakker.
- Slusky, R.I. (2004). Decreasing high-risk behavior in teens. *Healthcare executive*, 19 (1), 48-49.
- Smeijsters, H. (2000/2003/2008). *Handboek creatieve therapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (red.)(2005). *Praktijkonderzoek in vaktherapie*. Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. (red.)(2006). *Handboek muziektherapie. Evidence based practice voor de behandeling van psychische stoornissen, problemen en beperkingen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Smeijsters, H. (2007). *Agressieregulatie door vaktherapieën in de forensische psychiatrie. Resultaten van een kwalitatieve change process research*. Heerlen: Hogeschool Zuyd – KenVaK.
- Smeijsters, H. (2008a). *De kunsten van het leven. Hoe kunst bijdraagt aan een emotioneel gezond leven*. Diemen: Veen Magazines en Boeken.
- Smeijsters, H. (2008b). *De kunsten van het leven. Casusboek*. Diemen: Veen Magazines en Boeken.
- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2004). *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2005a). Consensus based best practices. Vaktherapieën in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 24 (2), 25-33.
- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2005b). State of the arts. Vaktherapieën in de forensische psychiatrie. *Tijdschrift voor Creatieve Therapie*, 24 (1), 21-29.
- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2006). The treatment of aggression by means of arts therapies in forensic psychiatry. Results of a qualitative inquiry. *The Arts in Psychotherapy*. 33 (1), 37-58.
- Spellacy, F.J. & Brown, W.G. (1984). Prediction of recidivism in young offenders after brief institutionalization. *Journal of Clinical Psychology*, 40 (4), 1070-1074.
- Stern, D.N. (1985/2000). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D.N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: W.W. Norton.
- Thaut, M. (1987). A new challenge for music therapy: the correctional setting. *Music Therapy Perspectives*, 4, 44-50.
- Thaut, M. (1989a). The influence of music therapy interventions on self-rated changes in relaxation, affect, and thought in psychiatric prisoner-patients. *Journal of Music Therapy*, 26, 155-166.
- Thaut, M. (1989b). Music therapy, affect modification, and therapeutic change. *Music Therapy Perspectives*, 7, 55-62.
- Thaut, M. (1992). Music therapy in correctional psychiatry. In: W. Davis. K. Gfeller & M. Thaut (eds). *An introduction to music therapy: theory and practice*. Dubuque: W.C. Brown Publishers.
- Thornton, D.M. (1987). Treatment effects on recidivism: a reappraisal of the nothing works doctrine. In: B. McGurk, D.M. Thornton, & M. Williams (Eds.), *Applying psychology to imprisonment*. London: HMSO.
- Timmer, S. (2005). *Dramatherapie in de forensische psychiatrie. Een kwalitatief onderzoek naar een consensus based beschrijving*. Nijmegen: Pompestichting.
- Tyson, E.H. (2002). Hip-Hop Therapy: An exploratory study of a rap music intervention with at-risk and delinquent youth. *Journal of Poetry Therapy*, 15 (3), 131-144.
- Vertommen, H., Verheul, R., Ruiter, C. de & Hildebrand, M. (2002). *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist (PCL-R)*. Lisse: Swets Test Publishers.

- Vogelvang, B. (2005). *De jongere aanspreken. Handboek methode jeugdclassering*. Utrecht/Woerden: MO Groep / Adviesbureau Van Montfoort.
- Vogelvang, B.O., Burik, A. van, Knaap, L.M. van der & Wartna, B.S.J. (2003). *Prevalentie van criminogene factoren bij mannelijke gedetineerden in Nederland*. Woerden / Den Haag: Adviesbureau Van Montfoort / WODC.
- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D. & Hart, S.D. (1997). HCR-20. *Assessing risk for violence. Version 2*. Burnaby: Simon Fraser University.
- Wölfel, A. (2006). Gewaltprävention mit Musik und Improvisation – ein Projektkonzept. *Musiktherapeutische Umschau*, 27 (3), 290-299.
- Yperen, T. van & Veerman, J.W. (2007). *Zicht op effectiviteit. Bronnenboek voor praktijkgestuurd effectonderzoek in de jeugdzorg*. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Zeuch, A. & Hillecke, T. (2004). Ergebnisse musiktherapeutischer Entspannung im sozialtherapeutischen Strafvollzug. Eine qualitativ-quantitative Orientierungsstudie. *Zeitschrift für Musik-, Tanz- und Kunsttherapie*, 15 (1), 16-23.

Oppositieel-opstandige gedragsstoornis

[ODD: Oppositional Defiant Disorder]

- A. Patroon van negativistisch, vijandig en openlijk ongehoorzaam gedrag, tenminste 6 maanden, vier of meer kenmerken zoals: vaak driftig, vaak ruzie met volwassenen, vaak opstandig ten opzichte van volwassenen, ergert vaak met opzet anderen, geeft anderen vaak de schuld van eigen fouten, vaak prikkelbaar, vaak boos en gepikeerd, vaak hatelijk en wraakzuchtig.
- B. In significante mate beperkingen in sociale, school- of beroepsmatige functioneren.
- C. Niet uitsluitend tijdens psychotische of stemmingsstoornis.
- D. Er wordt niet voldaan aan de criteria van een gedragsstoornis of (bij > 18) een antisociale persoonlijkheidsstoornis.

Gedragsstoornis [CD: Conduct Disorder]

- A. Herhalend en aanhoudend patroon waarbij de sociale normen of regels worden overtreden, de laatste twaalf maanden minstens drie van de volgende criteria, waarvan ten minste één criterium de laatste zes maanden: agressie gericht op mensen en dieren, vernieling van eigendom, leugenachtigheid of diefstal, ernstige schendingen van de regels.
- B. Veroorzaakt significante beperkingen in sociale, school- of beroepsmatig functioneren.
- C. Indien betrokkene 18 jaar of ouder en niet wordt voldaan aan criteria van anti-sociale persoonlijkheid. 312.81: beginnend in de kindertijd, 312.82: beginnend in de adolescentie.

Anti-sociale persoonlijkheidsstoornis [APD: Antisocial Personality Disorder]

- A. Diepgaand patroon van gebrek aan achting voor en schending van de rechten van anderen vanaf 15 jaar aanwezig, blijkt uit 3 (of meer) van de volgende criteria: niet conformeren aan maatschappelijke normen, oneer-

lijkheid, impulsiviteit, prikkelbaarheid en agressiviteit, roekeloze onverschilligheid, constante onverantwoordelijkheid, ontbreken van spijtgevoelens

B. Minstens 18 jaar

C. Aanwijzingen voor een gedragsstoornis voor het vijftiende jaar

D. Niet uitsluitend in beloop van schizofrenie of manische episodes.

Autisme spectrum stoornis [ASD: Autism Spectrum Disorder]

Onder ASD-stoornissen vallen vijf ontwikkelingsstoornissen: de autistische stoornis, de stoornis van Asperger, PDD-NOS, de stoornis van RETT en de desintegratiestoornis van de kinderleeftijd. Mensen met één van deze vijf stoornissen hebben de volgende kenmerken: minder goed sociaal contact kunnen maken, minder goed kunnen praten of communiceren, minder de fantasie gebruiken en een star patroon van zich herhalende typische bezigheden.

Attention-Deficit / Hyperactivity Disorder [ADHD]

Dit is een aandachtstekort / hyperactiviteitstoornis. Het aandachtstekort heeft hier niets te maken met het al dan niet krijgen van voldoende aandacht vanuit de omgeving. Bij adhd is het vermogen om onbelangrijke prikkels weg te filteren gestoord, waardoor de adhd'er wordt overspoeld met teveel uiterlijke prikkels. Daardoor is het niet goed mogelijk om de aandacht bij één ding tegelijk te houden. Ook bij de eigen gedachten wordt geen onderscheid gemaakt tussen belangrijk en minder belangrijk, waardoor de aandacht niet goed bij één onderwerp gehouden kan worden. Dit leidt tot gebrek aan concentratie.

Hyperactiviteit (die niet bij iedere adhd'er aanwezig is) uit zich door lichamelijke onrust maar ook in innerlijke onrust en impulsiviteit. Ook hyperactiviteit kan verklaard worden als het gevolg van het binnen komen van te veel of te sterke prikkels.

Gedragstherapie

Gedragstherapeuten pogen ongewenste gedragingen en emoties te doen verdwijnen of te veranderen door de prikkel aan de basis hiervan, te koppelen aan een ander, constructiever gedrag.

In tegenstelling tot wat men wel denkt, werkt men in de gedragstherapie niet of nauwelijks met een systeem van straffen om gedrag af te leren, maar meer met een beloningssysteem om een gedragsverandering (verbetering) aan te leren. Straf maakt namelijk alleen duidelijk wat iemand niet moet doen, en niet wat wél gewenst gedrag is. Binnen de gedragstherapie worden ook wel de begrippen positieve en negatieve bekrachtiging (Engels: positive and negative reinforcement) gebruikt. Dat zijn de versterkende motoren achter het in stand houden van gedrag, ook ziek of gestoord gedrag. In de praktijk blijkt het moeilijk om erachter te komen wat het is dat een bepaald gedrag laat voortduren - ook al is het nog zo schadelijk. Zo onbewust en subtiel gaat het in zijn werk. Vandaar dat in een gedragstherapie eerst een functieanalyse wordt gemaakt, waarbij de wordingsgeschiedenis van de stoornis of de klacht aan de orde komt.

Rationeel-emotieve therapie [RET]

Bij de theorie van RET wordt gebruikgemaakt van de letters ABC. A staat voor aanleiding (oorzaak, activating event) De B staat voor de bril waardoor je kijkt (belief, overtuiging). De C staat voor consequentie (het gevolg, consequence). De kern van de RET komt erop neer dat niet A de oorzaak is van C, maar B. In het Nederlands: het zijn niet de gebeurtenissen (A) in je leven die bepalen hoe je je voelt (C) maar de manier waarop je tegen die gebeurtenissen aankijkt (of: de manier waarop je jezelf van het belang van die gebeurtenissen overtuigt) (B).

Cognitieve therapie

Cognitieve therapie is een kortdurende, gestructureerde therapievorm die op het heden en de toekomst is gericht. Het verhaal van de patiënt is echter wel van belang. Samen met de therapeut moet hij er namelijk eerst achterkomen hoe de vervormde, 'foute', denkgewoonte is ontstaan. Door trainingen in de behandelkamer, in het echte leven en door allerhande huiswerk komt de patiënt gaandeweg tot nieuwe gedachten en ander, positiever, gedrag. Ontwikkeld voor depressiviteit, wordt cognitieve therapie inmiddels ook effectief toegepast bij andere psychische aandoeningen zoals: verslavingen, eetstoornissen, fobieën, angststoornissen en paniekstoornissen.

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is een mengeling van gedragstherapie met interventies die ontwikkeld zijn vanuit de cognitieve psychologie. Kern is de veronderstelling dat zogenaamde *irrationele cognities* (gedachten) zorgen voor disfunctioneel gedrag, zoals vermijdingsgedrag of agressie. De technieken die gebruikt worden in de cognitieve gedragstherapie richten zich op het veranderen van de inhoud van deze irrationele cognities.

Directieve therapie

Het geven van directieven (aanwijzingen) door de therapeut is een van de belangrijke kenmerken van directieve therapie, evenals de grote actiegerichtheid en het werken aan concrete doelen. Directieve therapie probeert in een beperkt aantal gesprekken op een praktische manier psychische klachten aan te pakken. Directieve therapie is een eclectische vorm van hulpverlening: werkzame interventies uit verschillende vormen van psychotherapie worden toegepast. In de afgelopen jaren is in de directieve therapie de invloed van effectieve cognitief-gedragstherapeutische behandelmethoden groter geworden.

Psychotherapie algemeen

- ♦ het oplossen of hanteren van problemen
- ♦ het vinden van antwoorden op vragen
- ♦ het benutten van ongebruikte mogelijkheden
- ♦ het ontwikkelen van inzichten uit het verleden en/of heden

- ◆ het ontwikkelen van kennis en vaardigheden
- ◆ het ontwikkelen van eigen redzaamheid (empowering)

Rogeriaanse psychotherapie

Client-centered therapie of Rogeriaanse therapie is een vorm van psychotherapie waarin het inzicht van de patiënt, cliënt, in zichzelf centraal staat, centered. Actief luisteren is een techniek die Rogers hiervoor gebruikt.

Gestalttherapie

Gestalttherapie heeft de volgende uitgangspunten:

- ◆ aandacht voor het (lichaams)gewaarzijn, wat 'awareness' wordt genoemd
- ◆ het belang van dat gewaar zijn hier en nu en dus minder toekomst en verleden
- ◆ het contact, zowel tussen de cliënt en zijn omgeving als tussen de therapeut en zijn cliënt het belang van de ervaring (het experiëntiële) boven of tenminste naast het rationele
- ◆ het figuur/achtergrond-proces dat in de Gestaltpsychologie voor het eerst beschreven werd.
- ◆ de kans van het onmiddellijke experiment in plaats van het blijven 'praten over'
- ◆ het holistisch kijken naar de mens: als een eenheid van lichaam en geest
- ◆ de fenomenologie: de werkelijkheid is afhankelijk van hoe ze benaderd (bekeken) wordt

De Gestalttherapie houdt zich liever met het 'hoe' dan met het 'wat' of 'waarom' bezig. Het 'hoe' is namelijk ook het 'wat': hoe iemand spreekt, kijkt, zich terugtrekt, ... zegt veel over hoe hij contact maakt met de ander en wat er misloopt. Een Gestalttherapeut schuwt het verwoorden van wat hij zelf ziet en voelt, niet. Door dit te benoemen kunnen beiden nagaan wat er gebeurt op de contactgrens.

Competentiemodel

Bij het competentiemodel gaat men uit van de bestaande competenties van mensen en versterking hiervan. Het competentiemodel benadrukt het grote belang aan het extra aandacht geven aan positief gedrag en competentie. Er wordt niet alleen naar de problemen maar ook naar de vaardigheidstekorten en manifestaties van competent gedrag gekeken. Daarnaast is het van groot belang dat er wordt gekeken naar de balans tussen de factoren die competentie kunnen beïnvloeden. Dit zijn psychopathologie, stressoren, protectieve factoren en natuurlijk de ontwikkelingstaken en al aanwezige vaardigheden zelf. Dit wil zeggen dat we naast het gedrag soms ook de omgeving of stressoren kunnen beïnvloeden of wegnemen.

Systeemtherapie

Systeemtherapie is ook bekend als gezins- en relatietherapie. Het gezin is daarbij het systeem, waarvan een persoon lid is door biologische, wettelijke, affectieve, geografische en historische banden. Volgens de stichters van de systeemtherapie zijn menselijke problemen in de kern problemen die ontstaan tussen personen die lid zijn van dit systeem. De onderliggende idee is immers dat als in een systeem (gezin, partnerrelatie, ...) één van de leden een probleem heeft, ook het hele systeem ontwricht wordt. Omgekeerd kan men een individu helpen door het systeem waarin hij/zij leeft te versterken.

Melos
ISBN 978-90-802654-7-9