

Psychomotorische Therapie in een Justitiële Jeugdinstelling



Waarom zou ik?

Voorwoord

Steeds meer besteed de media aandacht aan de maatschappelijke verontwaardiging als het gaat om strafbaar gedrag van jongeren. Kranten worden er mee gevuld, facebook en twitter zijn plaatsen geworden waar frustraties de vrije loop krijgen, actualiteitenprogramma's laten 'kenners' aan het woord en uiteindelijk wordt ook de politiek betrokken in dit proces.

Vanuit de maatschappij hoor je vaak een roep om zwaardere straffen. Na afloop van een jeugdstrafproces, waarbij een jongere maximaal twee jaar detentie (afhankelijk van leeftijd) en Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen (PIJ-maatregel, ook wel jeugd TBS genoemd) kan worden opgelegd, zijn er negatieve reacties over de korte duur van de repressie. Denk hierbij aan de Facebookmoord (de dader die krijgt de maximale straf van 1 jaar detentie en 3 jaar PIJ) en straks aan de daders van de doodgeschopte grensrechter in Almere.

Het jeugdstrafrecht onderscheid zich echter van het volwassenenstrafrecht door zijn pedagogische karakter. In het algemene strafrecht ligt de nadruk op vergelding en leedtoevoeging, bij het jeugdstrafrecht ligt de nadruk op heropvoeding van de jongere en het voorkomen van recidive.

De sancties en maatregelen zijn in het jeugdstrafrecht dan ook gericht op gedragsbeïnvloeding en een terugkeer in de maatschappij. De gedachte hierachter is dat een jongere nog het vermogen heeft om te veranderen.

Op basis van deze gedachte dienen Justitiële Jeugdinstellingen een behandeling samen te stellen waarbij aan het voorgaande zo goed mogelijk kan worden voldaan. Een opkomende interventie in deze is de psychomotorische therapie. Deze therapie bestaat uit interventies gericht op de lichaamsbeweging en het bewegingsgedrag. Er zijn inmiddels cijfers bekend dat bij jongeren die hebben deelgenomen aan deze therapie sprake is van een gedragsverandering ten positieve. Echter is ook duidelijk dat er nog genoeg jongeren zijn die ondanks het advies niet willen deelnemen aan deze therapievorm.

Met dit onderzoek, onderdeel van de studie executieve MBA Sportmanagement van het SMI, wil ik in kaart brengen hoe de betreffende jongeren zelf kijken naar deze therapievorm en een aanzet doen hoe een grotere deelname kan worden bereikt. Met de uitkomsten van het onderzoek wil ik alle Justitiële Jeugdinstellingen in Nederland de mogelijkheid bieden van een kwaliteitsimpuls als het gaat om het voldoen aan een maatschappelijke opdracht.

Een specifiek woord van dank wil ik hierbij richten aan Forensisch Centrum Teylingereind dat mij in de gelegenheid heeft gesteld om het onderzoek in hun organisatie te laten plaatsvinden, aan JJI De Heuvelrug, JJI Rentray en aan het Sport Management Institute onder leiding van Philip Wagner die mij gedurende dit proces op inspirerende wijze hebben begeleid. Tot slot zou ik graag de jongeren die bereid waren om mee te werken aan dit onderzoek bedanken.

Justin Wuring
juni 2013

Samenvatting

Het Nederlandse Jeugdstrafrecht houdt rekening met de onvolledige ontwikkeling van een jongere en gaat uit van een verminderde verwijtbaarheid en aansprakelijkheid van een jeugdige delinquent. Binnen de Justitiële Jeugdinrichtingen is men er op gericht een positieve gedragsverandering te bewerkstelligen, waarmee de kans op recidive vermindering wordt vergroot.

Een positieve gedragsverandering kan onder andere worden bereikt door de dynamische criminogene factoren en protectieve factoren positief te beïnvloeden. Psychomotorische therapie is hiervoor een behandelvorm welke zich richt op lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag bij jongeren. Afgelopen decennia is er onderzoek verricht naar deze behandelvorm en is aangetoond dat op de gebieden Emotie, Interactie en Cognitie een positieve verandering heeft plaatsgevonden.

Dergelijke positieve uitkomsten hebben minder effect nu blijkt dat lang niet alle jongeren welke hiervoor in aanmerking komen worden bereikt. Zowel volgens de jongeren als professionals liggen hier meerdere oorzaken aan ten grondslag. Deze bevinden zich op organisatorisch, programma technisch en belevingsvlak.

Door het niet bereiken van alle jongeren wordt zowel de jongere, als de ouder, als de maatschappij tekort gedaan en is er voor de JJI ruimte om zich te verbeteren. Door alle jongeren op een informele manier via groeps-PMT in aanraking te brengen binnen de eerste weken van verblijf kan een grote stap worden gezet in acceptatie van deze therapievorm. Individuele sessies zullen vervolgens makkelijker tot stand komen en het betrekken van ouders kan een nog grotere meerwaarde creëren.

Als een veel grotere deelname van jongeren kan worden bereikt mag worden verwacht dat het recidive percentage onder hen zal afnemen. De maatschappelijke waarde hiervan mag niet worden onderschat.

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Samenvatting	3
Hoofdstuk 1 Terugdringen van recidive	6
1.1 <i>Conceptueel model</i>	6
1.2 <i>Probleemstelling</i>	7
1.3 <i>Doelstelling</i>	8
1.4 <i>Onderzoeksvraag</i>	8
1.5 <i>Onderzoeksmethode</i>	8
Hoofdstuk 2 Achtergronden en onderbouwende theorie	9
2.1 <i>Voorkomen van recidive</i>	10
2.2 <i>What Works-principes</i>	11
2.2.1 <i>Specifieke aangrijpingspunten bij effectieve interventies</i>	12
2.3 <i>Dynamische criminogene factoren en protectieve factoren</i>	12
2.3.1 <i>Dynamische criminogene factoren</i>	13
2.3.1.1 <i>Denkpatronen en gedrag</i>	13
2.3.2 <i>Protectieve factoren</i>	14
2.4 <i>Psychomotorische therapie</i>	15
2.4.1 <i>De ontwikkeling van PMT in vogelvlucht</i>	15
2.4.2 <i>Erkenning door de overheid</i>	16
2.4.3 <i>Methodisch werken</i>	16
2.4.4 <i>Theoretische basis</i>	16
2.4.4.1 <i>Een relationeel bewegingsconcept</i>	16
2.4.4.2 <i>Het biopsychosociale model</i>	17
2.4.4.3 <i>Het levensloopperspectief</i>	17
2.5 <i>Interventie</i>	17
2.6 <i>Indicaties PMT</i>	19
2.6.1 <i>Zelfbeeld</i>	19
2.6.2 <i>Emotie</i>	20
2.6.3 <i>Interactie</i>	20
2.6.4 <i>Cognitie</i>	21
2.7 <i>Oordeel kwalitatief en kwantitatief onderzoek PMT</i>	21
Hoofdstuk 3 Onderzoeksmethode	26
3.1 <i>Doelgroep en belanghebbende</i>	26
3.2 <i>Jongeren</i>	26
3.3 <i>Professionals</i>	27
3.4 <i>Bevindingen</i>	28
3.4.1 <i>Organisatorisch</i>	28
3.4.1.1 <i>Aanmelding</i>	28
3.4.1.2 <i>Monitoren</i>	29
3.4.1.3 <i>kosten</i>	30
3.4.1.4 <i>Samenvatting</i>	30
3.4.2 <i>Beleving</i>	31
3.4.2.1 <i>Afgehaakte – niet deelnemende – jongeren</i>	32
3.4.2.2 <i>Training positief afgerond</i>	33
3.4.2.3 <i>Ouders</i>	34
3.4.2.4 <i>Samenvatting</i>	35
3.4.3 <i>Programma</i>	36
3.4.3.1 <i>Kort versus langverblijf</i>	36
3.4.3.2 <i>Gewijzigde aanpak</i>	37
3.4.3.3 <i>Onderwijs versus PMT</i>	38
3.4.3.4 <i>Samenvatting</i>	38

<i>3.5 Analyse</i>	39
3.5.1 Relationeel bewegingsconcept	40
3.5.2 Kerngebieden	40
3.5.3 Aanbod	41
Hoofdstuk 4 Conclusie	43
Hoofdstuk 5 Aanbevelingen	45
Literatuur	45
Appendices	49

Hoofdstuk 1 Terugdringen van recidive

Het terugdringen van recidive is een van de belangrijkste opdrachten die een Justitiële Jeugdinstelling (JJI) heeft meegekregen. Met betrekking tot het terugdringen van recidive zijn vele onderzoeken gedaan, welke therapie/behandeling werkt. Bij dit soort onderzoeken valt het op dat zelden de jongeren aan het woord worden gelaten.

In dit hoofdstuk leest u waarom voor Psychomotorische Therapie (PMT) is gekozen als onderzoekdomein. Via een conceptueel model komt de probleemstelling tot stand en wordt het hoofdstuk afgesloten door het doel van het onderzoek te beschrijven.

In hoofdstuk 2 zullen de achtergronden en theoretische onderbouwing worden geschetst. Hier zal uiteen worden gezet aan welke voorwaarden behandelprogramma's moeten voldoen om de recidive te kunnen terugdringen. Daarna zal worden uitgelegd waarom PMT geschikt is als interventieprogramma in de JJI en welke effectmetingen hier inmiddels over hebben plaats gevonden.

Het onderzoek zal in hoofdstuk 3 worden beschreven waarna in hoofdstuk 4 de conclusies en in hoofdstuk 5 de aanbevelingen worden weergegeven.

1.1 Conceptueel model

Binnen de JJI's is men voortdurend op zoek naar interventiemethodes welke een bijdrage kunnen leveren aan de behandeling van de jongeren die mede de kans op recidive weten te verlagen. Om je als JJI te onderscheiden is een lager recidive cijfer van uitgestroomde jongeren belangrijk.

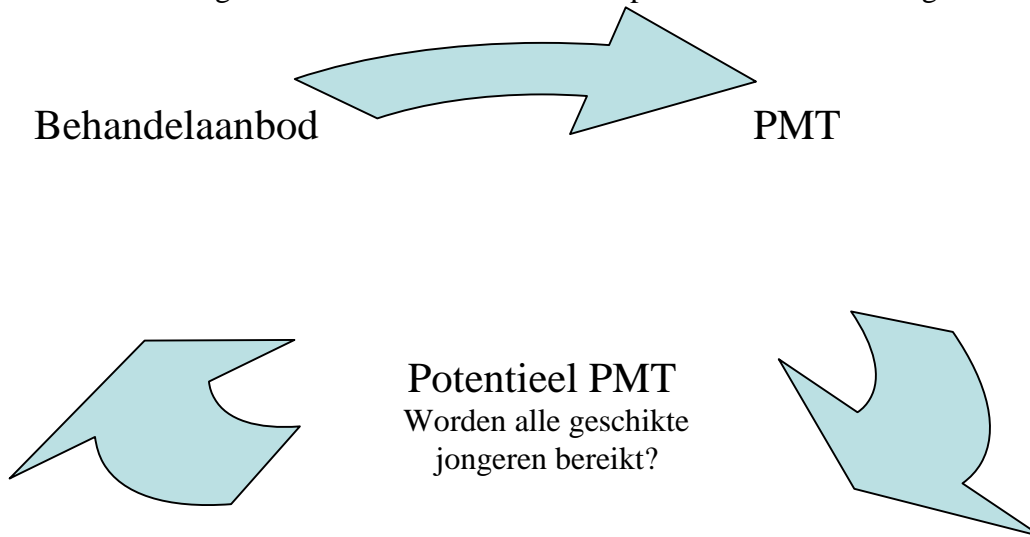
Op 22 maart 2013 heeft Staatssecretaris Teeven zijn Masterplan DJI¹ (Dienst Justitiële Instellingen) gepresenteerd. Hierin staat dat DJI in 2013 €78 miljoen tot €340 miljoen in 2018 moet bezuinigen, maar dat het kabinet ook grote ambities heeft op het gebied van veiligheid. Strafbaar gedrag vraagt om een adequate justitiële reactie en de algemene doelstelling van een daling van de recidive van 10% in 2020 blijft onverkort gehandhaafd. Om zowel de bezuinigingen als de taakstelling goed te kunnen blijven uitvoeren is het voor de Raad van Bestuur van Forensisch Centrum Teylingereind interessant om te weten of er interventiemethoden zijn die onder andere een positieve bijdrage leveren aan het terugdringen van de recidive en of vervolgens optimaal van die interventiemethoden gebruikt wordt gemaakt.

Eén van de opkomende interventies is die van de PMT. PMT is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeweging en het bewegingsgedrag (Beroepsprofiel NVPMT, 2009). Binnen de JJI's richt het zich op jongeren met reactief agressieve gedragsproblemen en reactief agressief gedrag (psychopathologie).

¹ Masterplan DJI 2013-2018.

De afgelopen 5 jaar is een groei te zien van deze therapie en voeren positieve reacties van verscheidene partijen² de boventoon. Het is dan ook bijzonder dat er weinig PMT therapeuten ten opzichte van het aantal gedragswetenschappers, groepsleiders en onderwijzers, welke betrokken zijn bij de behandeling, werkzaam zijn in JJ's. Dit roept vragen op als: zijn er zo weinig jongeren die hiervoor in aanmerking komen, zijn er meerdere jongeren die wel in aanmerking komen maar niet deelnemen of zijn er wachtlijsten en wordt er misschien onvoldoende geld voor vrij gemaakt?

Op basis van de hier geschetste situatie ziet het conceptueel model er als volgt uit:



1.2 Probleemstelling

Dit onderzoek richt zich op PMT welke wordt aangeboden aan jongeren welke verblijven in een gedwongen gesloten kader. Dat wil zeggen dat jongeren op basis van een rechterlijke machtiging in een Justitiële Jeugdinstelling zijn geplaatst en een dagprogramma dienen te volgen waar zij weinig invloed op kunnen uitoefenen. In het dagprogramma zijn verschillende momenten opgenomen waarin een specifiek behandelaanbod plaats vindt. Een onderdeel van het dagprogramma zou kunnen zijn dat een jongere, na te zijn voorgedragen door een gedragswetenschapper, PMT gaat volgen.

Uit een project, bekroond met de prijs 'praktijkgericht onderzoek van het jaar 2011' (Smeijsters, 2012) komt naar voren dat op drie van de vier kerngebieden van PMT verbetering te zien is bij jongeren welke PMT hebben gevolgd in een gesloten kader. Bij 'emotie' (en agressie) op diverse aspecten van boosheid en emotionele gezondheid en bij 'interactie' een afname van beperkingen op sociale en beroepsmatige activiteiten. Daarnaast vindt er significante verbetering plaats op het gebied van vitaliteit.

Deelname van een voorgedragen jongere is dan ook op basis van genoemde punten van groot belang. Jongeren staan om uiteenlopende redenen niet altijd open voor behandeling en voorgestelde therapieën. Sommige jongeren starten niet eens en weer anderen haken

² Gedragswetenschappers, groepsleiding, therapeut, ouders en de jongere zelf.

gedurende de therapie af. Wat weerhoudt een jongere nu om deel te nemen aan PMT, dan wel, om de therapie af te maken? En hoe zouden jongeren nu gemotiveerd kunnen worden om deze weerstand te laten varen?

Maar al te vaak worden dagprogramma's, therapieën en regels opgelegd. In vele gevallen is dat onontkoombaar, maar bij een doelgroep waar een autoriteitsprobleem eerder regel is dan uitzondering, kan het ook goed zijn om als eerste eens vanuit de jongeren te kijken hoe zij het ervaren. Alle tot nu toe gevonden literatuur is gericht op wat PMT is en wat het kan betekenen (welke resultaten zijn er mee behaald). Er is geen literatuur gevonden met wat een jongere beweegt om wel of niet deel te nemen. Dit is de reden om hen aan het woord te laten en op zoek te gaan naar een verbinding tussen de jongeren, de gedragswetenschappers en de therapeuten.

1.3 Doelstelling

Het onderzoek zal in kaart brengen wat een jongere in een gesloten setting beweegt om al dan niet deel te nemen aan PMT en deze vervolgens al dan niet succesvol weet af te ronden. Daarnaast zal onderzocht worden welke redenen gedragswetenschappers, therapeuten en psychologen (verder professionals) zien voor het niet willen volgen, dan wel afhaken van een jongere.

Met de uitkomsten van dit onderzoek wordt in kaart gebracht of PMT alle jongeren die hiervoor in aanmerking komen bereikt of dat het potentieel verder reikt. Als hier nog veel winst valt te behalen zal het onderzoek met aanbevelingen komen om de deelname en afronding van betrokken jongeren te verhogen met als doel de recidive onder jongeren te verminderen wat maatschappelijk, zowel in kosten als in waarde, zeer belangrijk is.

1.4 Onderzoeksvraag

Om aan genoemde doelstelling te kunnen voldoen zal de volgende vraag worden beantwoord: Wat is het potentieel van PMT in een JJI?

Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden zullen meerdere sub-vragen dienen te worden beantwoord:

- Wat vinden jongeren belangrijk om te leren, waar hebben zij behoefte aan?
- Weten jongeren wat PMT is?
- Wat zijn voor jongeren redenen om wel/niet aan PMT deel te nemen?
- Welke redenen zien professionals voor het wel of niet deelnemen?
- Welk percentage van geschikte jongeren rond de therapie af zoals van te voren is bedoeld?
- Leidt een verhoging van PMT deelname tot een kostenreductie voor een JJI of de overheid?

1.5 Onderzoeksmethode

Het onderzoek bestaat uit een kwalitatief data onderzoek onder betrokken jongeren verblijvend (of die verbleven hebben) in Forensisch Centrum Teylingereind en professionals.

Het onderzoek onder de jongeren vindt plaats door middel van het afnemen van semi gestructureerde interviews. Semigestructureerd om zowel een rode draad te hebben en in ieder geval een aantal gemeenschappelijke vragen te stellen. Daarnaast bestaat er de ruimte om op de antwoorden te kunnen ingaan en de jongeren in gelegenheid te stellen om aan te geven waar zij behoefte aan hebben.

Daarnaast zullen gedragswetenschappers, psychologen en therapeuten werkend in Forensisch Centrum Teylingereind, Sassenheim, JJI Rentray, Lelystad en JJI De Heuvelrug, Zeist met behulp van semigestructureerde interviews worden bevraagd.

Het onderzoek vindt plaats onder jongeren en professionals die in de periode december 2012 – april 2013 verbleven of werkzaam waren in een van de drie genoemde locaties.



Hoofdstuk 2 Achtergronden en onderbouwende theorie

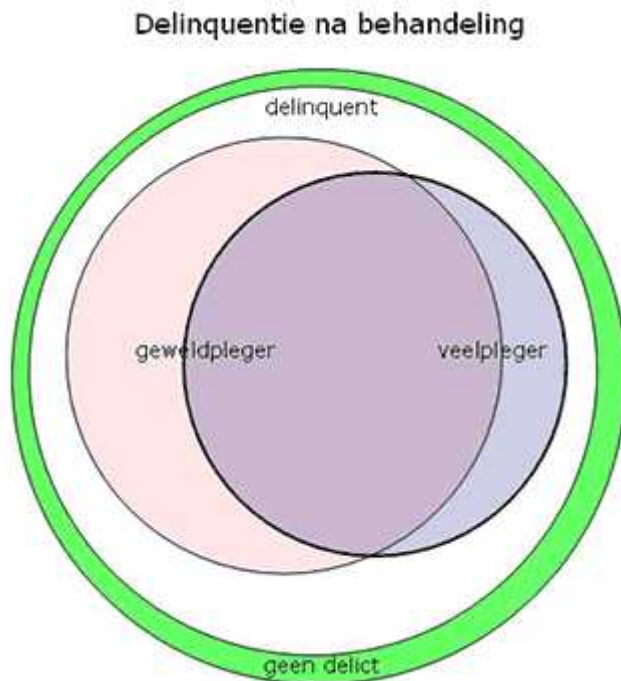
Er is een wezenlijk verschil tussen jeugdigen en volwassenen daar jeugdigen nog in een opvoedingssituatie verkeren die in alle opzichten volop in beweging is. Dit uit zich met name in eigenschappen die een rol spelen bij delictgedrag. Jongeren kunnen risico's en lange termijn consequenties minder goed inschatten en zullen vaker impulsgedrag vertonen. (Raad voor de Kinderbescherming, 2011) Het Nederlands Jeugdstrafrecht houdt rekening met deze onvolledige ontwikkeling en gaat uit van een verminderde verwijtbaarheid en aansprakelijkheid van de jeugdige delinquent. Om die reden onderscheidt het jeugdstrafrecht zich van het volwassenenstrafrecht door zijn pedagogische karakter. Bij het jeugdstrafrecht ligt de nadruk niet op vergelding en leedtoevoeging, maar op heropvoeding en het voorkomen van recidive. (Raad voor de Kinderbescherming, 2011)

De JJI's zijn er op gericht om een positieve gedragsverandering bij de jongere te bewerkstelligen nu deze nog het vermogen heeft om te veranderen met als doel de kans op een aanvaardbaar maatschappelijk bestaan te verhogen en de kans op recidive te verminderen. (Kwaliteitskader, 2013)

In dit hoofdstuk zal worden beschreven welke beginselen van belang zijn om interventies en programma's op te baseren om effectief te kunnen zijn. Wat zijn de voorspellers van recidive, welke principes blijken te werken. Belangrijk zijn de dynamische criminogene en protectieve factoren welke in paragraaf 2.3 worden besproken. Vervolgens wordt aangegeven waarom PMT zo geschikt is om als interventie te worden ingezet. Het hoofdstuk eindigt met de uitkomsten van een kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar de werkzaamheid van PMT. Op basis van deze uitkomsten is het belangrijk om te constateren of er voldoende gebruik wordt gemaakt van PMT of dat het potentieel nog hoger is. Dit zal worden onderzocht in het onderzoek welke in hoofdstuk 3 zal worden gepresenteerd.

2.1 Voorkomen van recidive

Uit verschillende onderzoeken blijkt dat recidive bij jongeren die hebben verbleven in een JJI hoog is. Uit de Recidivemonitor van het WODC (Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum, 2010) blijkt dat 52,9% van de in 2007 uitgestroomde jongeren binnen 2 jaar recidiveert. Uit een onderzoek van Van Dam (2004) onder 60 minderjarige jongens die in JJI De Hunnerberg hadden verbleven bleek meer dan de helft het eerste jaar te recidiveren en tussen de 60 en 75 procent komt opnieuw in aanraking met justitie. Tot slot blijkt uit een onderzoek van het NSCR (Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving, 2005) dat uiteindelijk 85 procent van de jongeren na behandeling weer in contact kwam met justitie en 50 procent maakte zich wel een keer schuldig aan een geweldsdelict. Deze laatste groep blijkt extra zorgelijk, omdat zij behalve 'zware' delicten ook opvallend vaak delicten pleegden. Een meerderheid ontwikkelde zich tot een zogenaamde veelpleger als blijkt in het volgende figuur.



2.2 What Works-principes³

Eind jaren zeventig en begin jaren tachtig verschijnen er verschillende overzichtsstudies die tot de conclusie zijn gekomen dat niets echt helpt als het gaat om het terugdringen van recidive. Andere onderzoekers wilde zich hier niet bij neerleggen en zijn op zoek gegaan naar succesvolle interventies. Er werd aangetoond dat sommige rehabilitatieprogramma's effect sorteerden bij specifieke doelgroepen. Er werd met name gezocht naar kenmerken en omstandigheden die een grote voorspellende waarde hebben en bovendien veranderbaar (dynamisch) blijken middels een rehabilitatieprogramma. Op basis van de resultaten is de 'What Works' benadering ontstaan. Hierbij gaat het om zes basisbeginselen voor het effectief terugdringen van recidive.

- Risicobeginsel: een intensievere interventie naarmate de kans op herhaling groter is.
- Behoeftebeginsel: effectieve strafrechtelijke interventies richten zich op beïnvloedbare (dynamische) criminogene behoeften. Dit zijn kenmerken, risicofactoren en problemen van de dader, die rechtstreeks samenhangen met het delinquent gedrag en die te veranderen zijn, bijvoorbeeld sociale vaardigheden of omgang met delinquente leeftijdgenoten.
- Responsiviteitsbeginsel: er moet een goede match zijn tussen de intellectuele en sociale mogelijkheden van de dader, de uitvoerder van de interventie, het programma en de methodiek. De uitvoerders moeten inschatten wat haalbaar en aanvaardbaar is en wat niet.

³ Deze paragraaf is gebaseerd op 1.4.2 van Smeijsters, H. (2012) welke zijn stuk weer gebaseerd heeft op het eerste hoofdstuk van de Theoretische handleiding van de CoVa (Ministerie van Justitie, 2005) en CoVa Plus (Valenkamp e.a., 2006)

- Beginsel van programma-integriteit: effectieve programma's zijn ontwikkeld en ontworpen op basis van theoretische verklaringen van crimineel gedrag, die door middel van onderzoek zijn getoetst. Programma-integriteit houdt in dat alle onderdelen van een programma moeten worden uitgevoerd; achterwege laten van onderdelen doet de kans op resultaat afnemen.
- Professionaliteitsbeginsel: een programma wordt goed uitgevoerd als de uitvoerders professioneel zijn, dat wil zeggen: goed opgeleid, goed getraind, in staat het programma aan te passen aan individuele behoeften en mogelijkheden (responsiviteitsbeginsel), gesteund met intervisie en supervisie door hun organisatie.
- Eigen-contextbeginsel: dit geeft aan waar programma's bij voorkeur plaatsvinden, met name in de natuurlijke omgeving van de jongere⁴.

Uit onderzoek van Andrews e.a. (1990) blijkt dat de meest succesvolle methodieken op basis van alle beginselen opereren en dat methodieken die niet op zijn minst op de eerste drie beginselen zijn gestoeld, recidive niet terugdringen.

2.2.1 Specifieke aangrijpingspunten bij effectieve interventies

Naast de bovengenoemde beginselen zijn er op basis van verschillende onderzoeken aangrijpingspunten geformuleerd voor effectieve interventies.

Boendemaker en Ince (2010) benoemen onder andere:

- 'anger control'
- voordoen, rollenspel, feedback en huiswerk
- vaardigheidstraining en combinatieaanpak bij agressief gedrag
- het trainen van probleemoplossende vaardigheden bij boosheid

Op basis van onderzoek komt Baas (2005) ondermeer met:

Gedragstrainingen:

- gedragstherapie in een residentiële omgeving
- trainingen in woede beheersing
- individuele trainingen en groepstrainingen in algemene vaardigheden

Bijl, Beenker, Vogelvang en Veltkamp (2003) benoemden ook anti-agressietraining en probleemoplossingsvaardigheden en Andrews, Leshied en Hoge (1992) hadden al in 1992 zaken benoemd als het reduceren van antisociale cognities en het aanbieden van prosociale alternatieven.

2.3 Dynamische criminogene factoren en protectieve factoren

Op basis van het behoeftebeginsel en paragraaf 2.2 kan worden gesteld dat een interventie gericht moet zijn op de dynamische criminogene factoren om recidive onder de jongeren effectief te bestrijden. In dit hoofdstuk zal in kaart worden gebracht welke dynamische criminogene factoren er spelen bij de doelgroep en op welke van deze factoren PMT zich richt. Voordat we verder gaan is het belangrijk om vast te stellen dat de invloed van justitieorganisaties beperkt is. Gedragsinterventies kunnen effectief zijn, maar ook factoren

⁴ Voor een verdere uitleg van de beginselen zie Smeijsters, H. (2012).

die buiten de invloedssfeer liggen van justitie, zijn van invloed. Denk hierbij aan: de sociale omgeving van de jeugdige (de gezinssituatie, de kwaliteit van de school, de buurt), maatschappelijke factoren, economische factoren, de arbeidsmarkt en biologische factoren.

Gedraginterventies zijn zeker niet het ultieme middel dat alles oplost. Het is een onderdeel van een groter geheel. Vooral jongeren bij wie de kans op recidive hoog is kunnen baat hebben bij een gedragsinterventie.

2.3.1 Dynamische criminogene factoren

In een rapport van Plaisier (2007) wordt beschreven dat verschillende soorten criminogene factoren voor jongeren en volwassenen sterk overeen lijken te komen, maar dat er verschillen zijn in de mate en verschijningsvormen in samenhang met de leeftijd. In de Nederlandse jeugdinstellingen wordt de Amerikaanse SAVRY gebruikt en zien we dat de volgende dynamische criminogene factoren doorgaans bij de delinquenten worden ingeschat:

Individuele factoren:

- Denkpatronen en gedrag (waaronder cognitieve en sociale vaardigheden, agressieregulatie, leefstijl om omgaan met seksualiteit)
- Prestaties op school, opleiding en/of werk
- Gebruik van alcohol en/of drugs
- Psychologisch welbevinden
- Attitude
- Woonomstandigheden
- Financiële situatie



Omgevingsfactoren:

- Gezinsomstandigheden
- Omgang met leeftijdgenoten

2.3.1.1 Denkpatronen en gedrag

Uit onderzoek van Ross en Fabiano (1985) blijkt dat een jongere die verschillende cognitieve tekorten heeft een grotere kans maakt om te recidiveren dan een jongere met minder cognitieve tekorten. Denk hierbij aan een tekort in de impulscontrole, een rigide denkpatroon/overtuigingen, een tekort in probleembesef en onvermogen om het perspectief van de ander in te nemen. Verder spelen rationalisaties (emoties over het

delictgedrag met logische argumenten onderdrukken) en cognitief-emotionele gemoedstoestanden, zoals woede, wanhoop, wrok en verzet een rol bij het voorspellen van recidive. Veel gewelddadige handelingen worden gedaan als mensen in een staat van woede zijn (Zamble & Quinsey, 1997). In dit zelfde jaar geven Howells en collega's aan dat het niet zozeer de staat van woede is die gerelateerd is aan delinquent gedrag, maar de beperkte mate aan zelfcontrole over de woede.

Uit een onderzoek van Spence (1981) waarin jongere mannelijke delinquenten werden vergeleken met jongere mannen uit een niet-criminele controle groep bleek dat de delinquenten aanzienlijk minder oogcontact maakten, minder spraken, maar meer onrustig gedrag vertoonden. Daarnaast maakte zij meer grove motorische bewegingen.

De manier waarop de delinquente jongere informatie uit alledaagse situaties opneemt, verwerkt en omzet in een reactie is dus een belangrijke factor met betrekking tot mogelijke recidive. De drie belangrijkste zaken zijn de automatische gedachten en gevoelens, kernovertuigingen (zelfbeeld, beeld van anderen, wereld en het leven) en beschikbare vaardigheden of steun.

De automatische gedachten en gevoelens treden als eerste op en kunnen het verdere gedrag sterk bepalen. Een voorbeeld: op school vraagt een jongen aan een klasgenoot waar zijn moeder gisteravond was. De eerste gedachte van de klasgenoot is: 'ze willen mijn moeder belachelijk maken', en hij reageert agressief. De jongere neemt selectief waar en vaker dan andere jongeren gaan zij er meestal ten onrechte vanuit dat de ander vijandige bedoelingen heeft.

Kernovertuigingen kunnen zijn: "niemand is te vertrouwen, je hebt geen vrienden", Je moet zorgen dat je zelf eerst slaat voordat je gepakt wordt" en "Je moet altijd doen wat de leider zegt".

2.3.2 Protectieve factoren

Naast de risicofactoren die crimineel gedrag bevorderen kan er ook sprake zijn van beschermende (protectieve) factoren die crimineel gedrag matigen of voorkomen. Uitgangspunt hierbij is de vraag hoe het komt dat mensen zich in moeilijke omstandigheden toch goed ontwikkelen. Blijkbaar zijn er protectieve factoren aanwezig die een positieve ontwikkeling mogelijk maken.

De protectieve factoren vormen een soort van buffereffect. Bij jongeren met een hoge kans op recidive lijken weinig en bij jongeren met een laag recidiverisico veel protectieve factoren aanwezig te zijn.

In 2008 concludeert Lodewijks dat aandacht voor protectieve factoren een prominentere plaats in de behandeling moet innemen. En gezien vanuit het probleemeigenaarschap stimuleren de vaktherapieën de sterke kanten van de jongere, empoweren zij de jongere door hem situaties te laten regisseren en vergroten zij het vertrouwen in eigen actorschap en het probleemoplossend vermogen (Hutschemaekers e.a. 2006).

PMT richt zich naast de risicofactoren op een drietal protectieve factoren welke zijn opgenomen in de SAVRY; te weten: expliciete sociale betrokkenheid, een duidelijke positieve houding t.o.v. interventie en autoriteit en een veerkrachtige persoonlijkheid. Deze laatste is dan nog onderverdeeld in de volgende protectieve factoren:

- eigen doelen stellen
- zelf handelen
- nieuwe rollen uitproberen
- wederzijds positief bevestigen
- werken op basis van sterke punten
- positieve emoties opdoen
- nieuwe kansen krijgen
- vertrouwen in eigen actorschap
- het probleemoplossend vermogen vergroten
- situaties regisseren

2.4 Psychomotorische therapie⁵

PMT is een behandelvorm voor mensen met psychische problematiek, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van interventies gericht op de lichaamsbeleving en het bewegingsgedrag (Beroepsprofiel NVPMT, 2009).

Het is een vorm van vaktherapie⁶ welke zich in een JJI richt op de dynamische criminogene factoren *denkpatronen en gedrag* bij die jongeren in de JJI met reactief agressief gedrag en delicten. Gerichte programma's om denkpatronen en gedrag aan te pakken kunnen de recidivekans verkleinen (Bartels e.a., 2001). PMT heeft als doel om deze criminogene factor te beïnvloeden, zodanig dat de kans op recidive afneemt. Daarnaast richt PMT zich op een drietal protectieve factoren zoals in de vorige paragraaf beschreven.

2.4.1 De ontwikkeling van PMT in vogelvlucht

In de 18^e eeuw werd lichaamsbeweging gebruikt in de behandeling van psychiatrische patiënten in Frankrijk, Duitsland en Engeland (Probst en Bosscher, 2001). In Nederland schreef Euler in 1858 over gymnastiek bij psychiatrische patiënten, maar de Duitse psychiater Simon beschreef als eerste de "actieve" therapie die navolging kreeg in Nederland (De Lange, 1998). Na de tweede wereldoorlog werd de 'bewegingstherapie' verder uitgewerkt door docenten lichamelijke opvoeding. Van Roozendaal maakte naam met zijn bewegingsonderzoek en Gordijn ontwikkelde zijn "leer van het menselijk zich bewegen" die voor de hulpverlening van belang werd. In 1960 is de Nederlandse Vereniging voor Bewegingstherapie opgericht; de huidige Nederlandse Vereniging voor Psychomotorische Therapie (NVPMT). Vanaf de jaren zeventig wordt bewegingstherapie in toenemende mate beïnvloed door ideeën uit de psychotherapie. Petzold, komend van Duitsland naar Nederland, ontwikkelt de Integratieve Bewegingstherapie, waarin bijvoorbeeld veel elementen uit de Gestalttherapie opgenomen zijn (Petzold, 1996). Door deze ontwikkeling en de verwarring over de naamgeving met bewegingstherapie als onderdeel van fysiotherapie, verandert in 1975 officieel de naam in psychomotorische therapie (Krol en Van Roozendaal, 1975). In 1995 vindt de oprichting van het Europees Forum voor

⁵ De hoofdstuk is grotendeels gebaseerd op *Beroepsprofiel psychomotorische therapeut*, maart 2009.

⁶ Andere vaktherapieën zijn: muziektherapie, dramatherapie, dansbewegingstherapie en beeldende therapie.

Psychomotorische Therapie (EFP) plaats. In dit forum wordt duidelijk dat er tussen de landen grote verschillen zijn in theoretische uitgangspunten en de beroepspraktijk. Gelijktijdig geeft dit een sterke impuls aan de beroepsontwikkelingen over de grenzen heen.

2.4.2 Erkenning door de overheid

Sinds 1995 erkent de Nederlandse overheid psychomotorische therapie als beroep in de Geestelijke Gezondheidszorg (GGZ). Psychomotorisch therapeuten vormen tezamen met de creatief therapeuten de vaktherapeutische beroepsgroep, één van de zes beroepsgroepen in de gezondheidszorg (agogen, psychologen, psychiaters, psychotherapeuten, verpleegkundigen en vaktherapeuten). Zij zijn vanaf die tijd ook vertegenwoordigd in het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO) in de GGZ. Dit heeft er onder andere toe geleid dat in 2006 de Federatie Vaktherapeutische Beroepen is opgericht, waarin de verenigingen voor psychomotorisch, beeldend, drama-, muziek- en danstherapeuten zijn opgenomen. Deze federatie heeft een taak in de kwaliteitsbevordering, kennisvermeerdering en positionering van vaktherapeuten.

2.4.3 Methodisch werken

Een psychomotorische therapeut werkt doelgericht met de cliënt en dient zijn/haar werkwijze te kunnen onderbouwen en verantwoorden. De therapeut werkt methodisch wat wil zeggen dat hij/zij op basis van diagnostische procedures tot een verantwoord behandelplan komt, waarbij zowel de doelstellingen als de wijze waarop deze bereikt zullen worden helder omschreven zijn, en waarbij het behandelplan regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld wordt.

2.4.4 Theoretische basis

PMT is gebaseerd op theorievorming uit verschillende wetenschappelijke disciplines die elkaar gedeeltelijk overlappen: de filosofie, de sociale, ontwikkelings-, klinische en gezondheidspsychologie, de geneeskunde en de bewegingswetenschappen. In de volgende paragrafen worden de belangrijkste kernbegrippen uiteen gezet.

2.4.4.1 Een relationeel bewegingsconcept

In 1975 heeft Gordijn het onderscheid gemaakt tussen een biomedische benadering en een gedragswetenschappelijke benadering. Deze laatste is vervolgens verder ontwikkeld en verfijnd en leidde tot het relationele bewegingsconcept (Tamboer, 1985, 1993).

Dit is een opvatting over bewegen, waarbij men kijkt naar het handelen van mensen, in die zin dat zij in het bewegen onlosmakelijk verbonden zijn met de omgeving en betekenissen onderkennen en realiseren.

Voor PMT is dit relationeel bewegingsconcept van groot belang, omdat de doelstellingen van de therapie liggen op het gebied van (betekenisvol) handelen van mensen en niet op het gebied van het verbeteren van fysiek functioneren vanuit een biomedische invalshoek.

2.4.4.2 Het biopsychosociale model

Het relationele bewegingsconcept zoals hierboven beschreven wordt gezien als het belangrijkste uitgangspunt voor PMT. Dat betekent niet dat er niet tevens gebruik gemaakt wordt van andere benaderingswijzen. Zo wordt er soms ook gebruik gemaakt van substantiële, inspanningsfysiologische benaderingen - bijvoorbeeld bij conditieverbetering in relatie tot stemmingsverbetering – maar in dat geval wordt het biomedische referentiekader verbonden met psychosociale modellen. Hiermee komen we op een tweede belangrijk uitgangspunt voor PMT: het gebruik maken van een biopsychosociaal model voor het kijken naar gezondheid en klachten (in navolging van Engel 1977, Sadock & Sadock 2004). Dit model, zoals gehanteerd in de psychologie en de psychiatrie maakt onderscheidt naar drie subsystemen die elkaar voortdurend wederzijds beïnvloeden: het biologische, psychologische en sociale systeem - en die gerelateerd zijn aan gezondheid. De klachten waarmee de jongere bij de psychomotorisch therapeut komt kunnen begrepen worden vanuit de interacterende subsystemen – en de therapeut kan gebruik maken van interventies op het niveau van elk van de subsystemen. Het biopsychosociale model is tevens een basis voor internationaal gehanteerde diagnose- en classificatiesystemen, zoals de Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders (DSM, APA 1994) en de International Classification of Functioning, Disabilities and Health (WHO 2001) die in de multidisciplinaire (G)GZ gebruikt worden.

2.4.4.3 Het levenslopperspectief

Het bovengenoemde biopsychosociale model krijgt een specifieke invulling als men de problematiek van de jongere ook in een levenslopperspectief beschouwt. De therapeut beschouwt de problematiek in het licht van de levensgeschiedenis, het toekomstperspectief en de betekenis die deze voor de jongere kan hebben. Hij draagt uit dat in elke levensfase veranderingsprocessen mogelijk zijn.

Gezien de aard van de interventies is het ook van belang kennis te hebben van fasespecifieke ontwikkelingsaspecten. Elke levensfase brengt specifieke mogelijkheden en beperkingen in het cognitieve, sociale, emotionele en lichamelijke domein. Een therapeut die met jongeren werkt baseert zich deels op ontwikkelingpsychologische theorie en heeft kennis van motorische ontwikkeling nodig. Voor psychomotorisch therapeuten is het bovendien bij uitstek van belang om de subjectieve beleving van bewegen en lichamelijke ook in een levenslopperspectief te plaatsen. De problematiek wordt niet alleen geplaatst in levensloopcontext, maar ook in context van gender, cultuur, sociale klasse, etc. (diversiteitsperspectief). Als voorbeeld bij cultuur kun je denken aan de verschillen tussen een schuld- en een schaamtecultuur.

2.5 Interventie

De werkvorm is er op gericht om de jongere zowel letterlijk als figuurlijk in beweging te krijgen en stil te laten staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en/of zich te laten richten op de beleving van het eigen lichaam. Men kan zich primair richten op het bewegen of op de bewegingsbeleving, maar doorgaans zijn beide aan de orde. In 1986 heeft Fahrenfort een onderscheid gemaakt tussen bewegingsgeoriënteerde en lichaamsgeoriënteerde methodieken.

Van bewegingsgeoriënteerde methodieken is sprake als er gebruik gemaakt wordt van activiteiten die hun oorsprong kennen in het bewegingsonderwijs en de sport- en spelcultuur. De lichaamsgeoriënteerde methodieken zijn gericht op lichaamsbewustwording. In de praktijk worden beide methodieken vaak in combinatie gebruikt, omdat op die wijze de integratie van denken, voelen en handelen bevorderd kan worden. De therapeut beschikt over specifieke deskundigheid om de methodieken zodanig af te stemmen op de problematiek van de jongere dat specifieke beleving en gedrag opgeroepen kunnen worden. Daarbij maakt de therapeut ook gebruik van verbale interventies, zoals bijvoorbeeld het verbaal instrueren, het bespreken van en betekenis verlenen aan de ervaringen, feedback geven op of uitlokken van gedrag en het legitimeren en valideren van gevoelens.

Tijdens de pubertijd (12 tot 16 jaar) en de periode van adolescentie (16 tot 21 jaar) verandert er veel. Niet alleen voor de ouders en de omgeving, maar vooral voor de jongere zelf. Hun lijf verandert, hormonen spelen op, interesses veranderen, cognitieve en sociale eisen nemen toe en de jongere wordt zich steeds meer bewust van zichzelf. Ook de hersenen veranderen enorm. De grootste ontwikkelingen zijn te zien in de (pre)frontale cortex. Dit gebied in de hersenen houdt zich onder meer bezig met functies zoals het onderdrukken van ongewenst gedrag, het maken van toekomstplannen, het op kunnen brengen van motivatie, het maken van weloverwogen keuzes, het bewust richten van de aandacht, het reguleren van emoties en het uitstellen van bevrediging (Sitskoorn, 2008).

De puber heeft zijn eigen mening en heeft dat over van alles. Een echte gefundeerde mening over hoe iets zou moeten zien we pas bij de adolescent. De puber wil graag zelfstandig zijn en het liefst alles alleen doen, maar op andere momenten wil hij dit niet en leunt hij erg op zijn ouders/verzorgers. Dit proces van losmaking en volwassenwording kan gepaard gaan met flinke conflicten.

Voor jongeren die niet in een gesloten setting verblijven is dit al moeilijk genoeg, maar bij de jongeren die in zo'n setting terecht zijn gekomen blijkt dat zij veelal op verschillende ontwikkelingsgebieden achterstanden hebben opgelopen. Zij hebben vaak een minder goed ontwikkeld coping-repertoire om de bij de ontwikkelingsfase behorende problemen op het gebied van lichamelijke en beweging het hoofd te bieden. Door alle veranderingen die een jongere in deze levensfase ondergaat lijkt het zinvol om niet enkel op cognitief niveau behandeling aan te bieden, maar juist ook op gedrags- en belevingsniveau. De jongere kan binnen PMT oefenen en experimenteren met nieuw gedrag en nieuwe ervaringen opdoen met zijn lijf. De jongere kan zo ontdekken wat zijn sterke punten zijn en wat hij leuk vindt om te doen. Vooral het ervaren in het hier en nu staat centraal, zodat het gemakkelijker wordt voor de jongere om zich de nieuwe ervaringen en vaardigheden eigen te maken.

Psychomotorische therapie is daarmee primair een ervaringsgerichte therapievorm; de essentie is de ervaring. Dit is de basis voor het verder beïnvloeden van gevoelens, gedachten en gedragingen, aansluitend op de hulpvraag van de cliënt.

De behandeling kan zowel individueel als groepsgericht worden aangeboden en baseert zich dan mede op theorieën uit de groepsdynamica. Het hangt af van de hulpvraag, de

behandelstrategie en de behoefte van de jongere aan bijvoorbeeld structuur, veiligheid, sfeer en de mate waarin hij in een groep kan functioneren (Smeijsters e.a, 2012).

Het betreft daarbij theorievorming over onder andere therapeutische factoren van groepen en hoe deze optimaal te benutten. Daar waar psychomotorisch therapeuten werken met gezinnen of delen van het gezin wordt gebruik gemaakt van systeemtheoretische benaderingen. Net als voor de groepsdynamica geldt ook hier dat de theorievorming over non-verbale aspecten van interactie van extra belang is voor de PMT.

De hier beschreven theoretische achtergronden zijn zeker niet volledig. Het geeft aan vanuit welke kaders psychomotorisch therapeuten hun handelen vormgeven en hun vak hebben ontwikkeld.

2.6 Indicaties PMT

De genoemde dynamische criminogene factoren in de paragrafen 2.3.1 en 2.3.2. vertonen een onderlinge samenhang. In de vaktherapie zijn deze factoren gebundeld in vier kerngebieden: het zelfbeeld, de emoties, de interactie en de cognitie⁷. PMT richt zich op al deze kerngebieden.

Tijdens de therapie wordt een zodanige situatie geconstrueerd, waarbij een bewegingssituatie op maat wordt aangeboden en de therapeutische doelstelling van de jongere gerealiseerd kan worden.

2.6.1 Zelfbeeld

Jongeren die in een JJI verblijven hebben vaak onvoldoende steun ervaren tijdens de kindertijd. Hierdoor hebben zij al op jonge leeftijd een niet realistisch zelfbeeld ontwikkeld. Als vervolgens in de pubertijd veel in je lijf gebeurt kunnen zij hier niet altijd goed mee omgaan. Het beeld dat pubers van zichzelf hebben, hun zelfbeeld, wordt met name bepaald door anderen. Denk hierbij aan vrienden en het beeld dat de media schetst. Jongeren worden hierdoor onzeker en kunnen zichzelf al snel overschreeuwen. Om te kunnen weten 'Wat kan ik' en 'Wat wil ik' moet je eerst weten 'Wie ben ik'. Als je hier in een veilige omgeving mee kunt experimenteren kunnen jongeren een realistischer zelfbeeld krijgen en lukt het hen meer naar zijn eigen vaardigheden te kijken. (Emck en Smit (in: De Lange, 2005)

De meeste jongeren in een JJI hebben al meerdere faalervaringen achter de rug. Op één of meerdere scholen zijn zij mislukt, afgewezen door een peergroup waar geen gedragsproblemen spelen en vaak ook problemen thuis (Kaplan & Saddock, 1998). Deze ervaringen hebben een negatieve invloed op de eigen waarde van een jongere. Zij hebben weinig ervaring met hoe mensen empathie tonen naar anderen. Binnen een JJI bestaat de mogelijkheid dat zij hierdoor te maken krijgen met een narcistische coping. Dit kan zich uiten in egocentrisme en een overdreven drang om bewonderd te worden. Het kan zich ook uiten in een vorm waarbij een jongere zich constant richt op anderen om kritiek ten koste van alles te voorkomen.

⁷ Voor een verdere uitleg (subdoelen, werkwijzen, methoden en werkvormen) zie Smeijsters, H. (2012).

Naast de psychiatrische stoornissen kunnen er ook stoornissen optreden in de psychomotoriek. Voorbeelden hierbij zijn stoornissen in de lichaamsbeweging bij traumatisering, hyperactiviteit bij ontwikkelingsstoornissen, spierspanning bij angststoornissen en energieverlies bij depressies. Binnen PMT wordt er lijfelijk gewerkt. De activiteiten welke worden gedaan bij PMT kunnen door de therapeut zo worden gemanipuleerd dat de jongere succeservaringen kan op doen. Dat bijvoorbeeld de spierspanning afneemt bij angst. Op die manier krijgt hij geleidelijk aan meer vertrouwen in zijn leervermogen en in zijn ontwikkelde vaardigheden. Aangezien sport veelal belangrijk is voor jongeren is dit een belangrijke manier om het zelfvertrouwen te laten toenemen.

2.6.2 Emotie

Jongeren in een JJI hebben vaak moeite met het tijdig herkennen van emoties, dan wel emoties worden niet erkend of verkeerd benoemd. Een gebrekkige agressieregulatie kan het gevolg zijn. De jongeren hebben al snel het beeld dat de agressie hen overkomt en dat zij hier geen invloed op kunnen uitoefenen. Als spanningssignalen in het lijf niet worden erkend, kan spanning zich over een langere tijd opbouwen. Bij de ene jongere kan dit leiden tot psychosomatische klachten, bij de ander tot woede uitbarstingen. Bij PMT wordt aandacht besteed aan het leren herkennen van de lichaamssignalen.

Verder hangen veel emotionele problemen samen met belastende en traumatische ervaringen uit het verleden. Bij traumatische ervaringen zoals seksueel misbruik of mishandeling is sprake van een extreem verlies aan controle. Jongeren (slachtoffers) voelen zich machteloos. Het vertrouwen in zichzelf en in de medemens, de zekerheid van het dagelijks bestaan en het gevoel van onkwetsbaarheid gaan verloren (Smeijsters, 2012). Traumatische ervaringen hebben een verwoestend effect op de lichaamsbeleving (De Lange & Bosscher, 2005). Jongeren die een trauma hebben meegemaakt zijn vaak gejaagd en overprikkeld. Het lichaam bevindt zich voortdurend in een 'fight or flight' toestand. Er is veel wantrouwen naar anderen. PMT reikt de jongere technieken aan waarmee spanningen gereguleerd kunnen worden door aan te grijpen op de lichaamsbeweging. Bij PMT wordt als het ware opnieuw aangeleerd dat de jongere zich in sommige situaties wel veilig kan voelen. PMT is dus voor een deel gericht op het verminderen van symptomen, zoals spanningspijnen en andere lichamelijke klachten door het ontspannen van de spieren. Daarnaast wordt gestreefd naar het verminderen van de gevoeligheid voor uitlokkende factoren die herbelevingen opwekken en het reduceren van angst, onrustgevoelens en woede-uitbarstingen (Bijl, 2004).

Tot slot is het onder woorden kunnen brengen van beelden die worden opgeroepen door lichamelijke activiteiten van belang. Het is de bedoeling dat de jongere leert om losse, ongewenste en zich opdringende beelden om te vormen tot een verhaal (Jol, 1997). Er worden copingstrategieën aangereikt om deze sensaties te verdragen.

2.6.3 Interactie

Bij interventies gericht op de interactie is het belangrijk dat de jongere al voldoende basis heeft op de gebieden zelfbeeld en emoties. Een jongere moet zich bewust zijn van zijn eigen grenzen, dit lukt niet wanneer een jongere zijn lichaamssignalen niet weet te herkennen. Bij

een gebrek aan sociale en probleemoplossende vaardigheden kan een jongere vaak alleen maar op een agressieve en opstandige manier reageren (Boendermaker, 2003). Bij het kerngebied interactie is het van belang dat de jongere niet alleen zijn eigen lichaamssignalen weet te herkennen, maar dat hij ook op een acceptabele manier bij de ander aan kan geven wat hij wel en niet prettig vindt. Daarnaast moet hij ook leren de signalen die de ander afgeeft te herkennen en te respecteren. Binnen PMT worden er dan ook veel samenwerkingsoefeningen gedaan. Op die manier kan de jongere experimenteren met nieuw gedrag. De focus ligt zowel op de verbale als non-verbale communicatie.

Naast het genoemde vaardigheidsaspect van de interactie is ook empathie van groot belang. Empathieproblemen liggen achter veel delicten ten grondslag. Als gevolg van de samenwerkingsopdrachten, waarbij ook veiligheid een aspect is, komt empathie vanzelf in de oefeningen aan bod. Op die manier wordt een jongere zich meer bewust van de invloed die hij op zijn omgeving heeft, als ook dat anderen met hem rekening houden.

2.6.4 Cognitie

Uit onderzoek van Van Nieuwenhuizen (2004) is gebleken dat veel delinquente jongeren verschillende cognitieve tekorten en een gebrek aan sociale en/of probleemoplossende vaardigheden hebben. De jongere neemt selectief waar en gaat er al snel van uit dat iemand zich vijandig tegenover hem opstelt. Hierdoor worden eerder angstige of boze gevoelens geactiveerd met bijpassende reactiepatronen.

Het veranderen van disfunctionele cognities kan worden bereikt door de jongeren te leren om zich bewust te worden van zijn automatische gedachten en de assumpties achter deze gedachten (Smeijsters, 2012). Nu jongeren makkelijker reflecteren op net meegemaakte situaties biedt PMT een goede gelegenheid tot cognitief onderzoek. Bij PMT kan een jongere direct gedemonstreerd worden dat andere cognities tot ander gedrag leidt.

2.7 Oordeel kwalitatief en kwantitatief onderzoek PMT

In het al eerder aangehaalde onderzoek van Smeijsters e.a. (2012) is een hoofdstuk gewijd aan de vraag of vaktherapie helpt en is er onderzoek gedaan naar het effect van vaktherapie. In deze paragraaf worden de uitkomsten met betrekking tot PMT weergegeven. Op basis van deze uitkomsten is het onderzoek zoals weergegeven in hoofdstuk 3 opgezet.

De resultaten zijn afkomstig van een systematic review uitgevoerd door het Nederlands Jeugd Instituut (NJI), aangevuld met een review van het aangehaalde RAAK project. De onderzoeksresultaten zijn afkomstig van soortgelijke interventies als de huidige vaktherapie. Voor de reviews zijn de volgende databanken geraadpleegd: PsychINFO, Cochrane Collaboration, Campbell Collaboration, ScienceDirect, SUMSearch, Cochrane Library, Medline, Pubmed, Embase, PsychLit, Eric, NHS, NICE, NJi Utrecht, CBO / Trimbos Utrecht, Databanken van justitie.

De volgende tabel geeft de resultaten weer met betrekking tot PMT en bevat een beschrijving van de doelgroep, het design/methode, de meetinstrumenten (indien van

toepassing) en de resultaten. Er is gebruik gemaakt van twee reviews (met RCT's⁸), een RCT, een correlatieel onderzoek (niveau 3 hiërarchie richtlijnontwikkeling Trimbos) en een case study (niveau 4). De RCT's bevinden zich op niveau 2 (zie appendix I).

Onderzoek	Doelgroep (leeftijd, geslacht, aantal)	Design / methode	Meet-instrumenten	Resultaat
Sanderlin (2001)	Gevangenen, jeugdige delinquenten en gehospitaliseerde adolescenten met impulscontroleproblematiek	Review, met 4 RCT's	N.v.t.	Agressieregulatietraining, soms gecombineerd met relaxatietraining en sociale vaardigheidstraining leidt tot een significante verbetering in de agressieregulatie. De combinatie van cognitieve therapie en relaxatietraining zou het meeste effect sorteren.
Nickel et al. (2005)	Mannelijke, agressieve adolescenten, 16-18 jaar (n=81)	Kwantitatief, RCT: vergelijking progressieve spierrelaxatie groep (n=40) met controle-groep (n=41)	STAXI (State-Trait Anger Expression Inventory), SF-36 (Health Survey)	De State-Anger, Trait-Anger, Anger-Out en Anger-Control schalen van de STAXI (allemaal $p < 0,01$), en de Vitality (VITA), Social Functioning (SOFU), Role-emotional (ROEM) en Mental Health (PSYC) schalen van de SF-36 (allemaal $p < 0,01$), vertoonden significante veranderingen. Progressieve spierrelaxatie blijkt effectief in de behandeling van agressie bij gestreste mannelijke adolescenten. Te verwachten is een verbetering van de kwaliteit van leven wat betreft geestelijke gezondheid.

⁸ Een gerandomiseerd onderzoek met controle groep (Randomized controlled trial)

Blake & Hamrin (2007)	Adolescenten met agressieproblematiek (tussen 5 en 17 jaar)	Een review van a) experimenteel of quasi-experimenteel research; b) niet farmaceutische, therapy-based interventies	N.v.t.	Trainingen waarbij relaxatietechnieken werden aangeboden in combinatie met cognitieve gedragstherapie CGT waren effectief. In alle groepstrainingen werd ook rollenspel aangeboden.
Gaines (2008)	Adolescenten met agressieproblematiek binnen een justitiële jeugdinstelling (n=6)	Case Study	Zelfevaluatie vragenlijsten, observatielijsten	Geen toename van agressie, bij twee personen een sterke afname van agressie na het volgen van een agressietraining waarbij ontspanningstechnieken een belangrijk onderdeel van het programma vormden.
Fite & Vitulano (2010)	Kinderen, 9-12 jaar (n=89)	Kwantitatief, correlatieel	Zelfevaluatie vragenlijsten voor ouders en kinderen	Er bestaat een negatieve correlatie tussen fysieke activiteit en proactieve agressie. Fysieke activiteit modereert de relatie tussen proactieve agressie en peer delinquentie zodat bij een hoog niveau van fysieke activiteit proactieve agressie niet gecorreleerd is met peer delinquentie, terwijl bij een laag niveau van fysieke activiteit proactieve agressie positief gecorreleerd is met peer delinquentie. Fysieke activiteit kan dus een belangrijke factor zijn om de verbinding tussen proactieve agressie en delinquent peer gedrag te beïnvloeden.

Op basis van de 5 gebruikte onderzoeken is door de onderzoekers van het RAAK onderzoek vastgesteld dat er bij de kerngebieden zelfbeeld en cognitie geen onderzoeksresultaten beschikbaar zijn.

Bij emotie (en agressie) laat de RCT een significante verbetering zien op diverse aspecten van boosheid en emotionele gezondheid. Zowel de reviews, RCT, correlatieve onderzoek en case study duiden op een afname van agressie, afname van impulscontrole-problematiek en een afname van het verband tussen proactieve agressie en peer delinquentie. Dit geeft aan dat een jongere die heeft deelgenomen in situaties waar hij voorheen direct agressief reageerde nu meer controle heeft over zijn emoties. En daarbij geeft de uitkomst aan dat er een positieve relatie bestaat tussen een fysieke activiteit en zijn gevoeligheid voor het gedrag van een peer groep.

Daarnaast laat de RCT een significante afname zien van beperkingen op sociale en beroepsmatige activiteiten onder het kerngebied interactie. Dit wil zeggen dat een jongere de grenzen van zichzelf en anderen beter kan aangeven en respecteren. Zijn gedragsrepertoire en handelingsbekwaamheid met betrekking tot verschillende interactieposities zijn vergroot.

Tot slot toont de RCT een significante verbetering op vitaliteit.

Effectonderzoek⁹

Het effectonderzoek heeft plaatsgevonden onder jongeren van diverse instellingen, die op verschillende tijdstippen met de therapie startten en voorafgaand aan de behandeling allen een baselineperiode met observatieopdrachten doorliepen. Om die reden wordt gesproken van een multiple baseline design (mbd). Er wordt hiermee een oorzakelijk verband aangetoond tussen de behandeling en het effect (interne validiteit). Een mbd moet voldoen aan de volgende kenmerken: bij verschillende individuen meten gedurende een pre-interventieperiode (de baseline), stabiliteit van gedrag tijdens de baseline, continue en herhaalde metingen, objectieve meting, starten met de behandeling van individu 2 als bij individu 1 een gedragsverandering gemeten wordt, een duidelijke verandering in de trend na de start van de therapie. (De Beurs & Barendregt, 2008)

Volgens de rationale van dit design is een verbetering telkens na de verschillende momenten waarop de therapie van start ging een aanwijzing dat de therapie voor deze verandering verantwoordelijk is.

Tijdens bijeenkomsten met de onderzoekers van de betrokken instellingen en door middel van een schriftelijke enquête is ervoor gekozen om naast het mbd ook een geïntegreerde voor- en nameting te doen. In de meeste instellingen werd het realiseren van een controlegroep onmogelijk, zelfs ongewenst beschouwd.

Tijdens het onderzoek werd duidelijk dat niet aan alle eisen van een mbd kon worden voldaan. Vooral het starten met individu 2 als bij individu 1 een gedragsverandering werd gemeten bleek onmogelijk. Het was te arbeidsintensief, maar met het oog op de jongere ook niet gewenst.

⁹ Voor een overzicht van alle resultaten zie hoofdstuk 7 Smeijsters, H. (2012).

Er hebben in totaal 24 jongeren uit 5 verschillende inrichtingen deelgenomen: 16 jongens en 8 meisjes.

Uit de resultaten blijkt dat de verandering op het gebied zelfbeeld zeer gering is en vrijwel te verwaarlozen. Op de gebieden Emotie, Interactie en Cognitie is tijdens de nameting de verandering op alle schalen positief. De nameting laat een geringe verschuiving zien in de goede richting, maar zijn nog niet significant. Dit kan te maken hebben met het geringe aantal deelnemers, het geringe aantal sessies, de validiteit van de meetinstrumenten en het feit dat alle vaktherapeutische media zijn samengenomen. Om die reden werd in dit effectonderzoek de aanbeveling gedaan om een vervolgonderzoek te starten. Hiervoor heeft dit onderzoek niet gekozen, omdat de tijdspanne en mogelijkheden daarvoor onvoldoende toereikend waren. Op basis van de verschuiving in positieve richting is er in dit onderzoek voor gekozen om naar de deelname van de jongeren te kijken en naar eventuele mogelijkheden om dat te vergroten.

Hoofdstuk 3 Onderzoeksmethode

3.1 Doelgroep en belanghebbende

Nu is aangetoond dat PMT een positieve bijdrage kan leveren aan de ontwikkeling van een jongere op de kerngebieden emotie, interactie en cognitie en dus een bijdrage kan leveren aan het terugdringen van recidive is het goed om te kijken of jongeren die voor PMT worden aangemeld ook daadwerkelijk de therapie gaan volgen. Als er jongeren zijn die in het geheel niet willen deelnemen of gedurende de therapie afhaken wil dit zeggen dat de positieve effecten niet alle jongeren bereiken die er bij gebaat zijn. Zowel voor de jongeren, de hulpverleners en de Raad van Bestuur is dit van belang. Daarom gaat dit onderzoek over de vraag: Wat is het potentieel van PMT in een JJI?

3.2 Jongeren

Er zijn jongeren geïnterviewd die verblijven of verbleven hebben in Forensisch Centrum Teylingereind¹⁰. Zij zijn voorgedragen voor PMT en hebben de therapie inmiddels gevolgd, geweigerd of zijn gedurende de therapie afgehaakt.

Om de onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden zijn er meerdere subvragen verwerkt in het onderzoek. De volgende vragen moeten een bijdrage leveren om de hoofdvraag te beantwoorden:

- Wat vinden jongeren belangrijk om te leren, waar hebben zij behoefte aan?
- Weten jongeren wat PMT is?
- Wat zijn voor jongeren redenen om wel/niet aan PMT deel te nemen?

Alle jongeren zijn door onderzoeker individueel benaderd. Aan hen werd gevraagd of zij bereid waren hun mening te geven met betrekking tot PMT waar zij voor zijn aangemeld. Ongeveer vijftig procent van hen heeft iets meer uitleg nodig en moeten worden overtuigd dat het gene wat zij vertellen geen invloed heeft op hun huidige behandeling/traject. Alle jongeren geven uiteindelijk aan dat zij bereid zijn om mee te werken. In eerste instantie ging het om 11 jongeren. Twee van hen, welke ook in aanmerking kwamen en hun toezegging hadden gedaan, hebben na meerdere benaderingen van de onderzoeker er als nog voor gekozen om niet deel te nemen. Dit zijn twee jongeren die beide ook zeer moeizaam te bewegen waren tot PMT. Een van de twee heeft PMT niet positief afgerond en bij de andere verliep de therapie zeer moeizaam en heeft hij onlangs gedwongen moeten stoppen in verband met een overplaatsing naar een volwassenenrichting als gevolg van een nieuwe aangifte. Hij wordt verdacht van een poging tot doodslag. Een duidelijke uitleg waarom zij niet meer wilden meewerken konden zij op dat moment niet geven. Van de overige 9 jongeren zijn 3 jongeren vroegtijdig afgehaakt en hebben de PMT niet naar behoren afgerond.

De jongere wordt op een vrij moment in het dagprogramma door onderzoeker opgehaald van de leefgroep. De onderzoeker biedt de jongere een blikje drinken aan en zij nemen plaats in een spreekkamer. De onderzoeker gaat tegenover de jongere zitten en legt het

¹⁰ In appendix II wordt een korte beschrijving gegeven van de deelnemende jongeren.

voorblad van het onderzoek met onder andere de tekst ‘waarom zou ik?’ duidelijk zichtbaar op tafel. De onderzoeker geeft de jongere de ruimte om even naar het voorblad te kijken en zijn blikje te openen. Vervolgens geeft onderzoeker nogmaals een korte uitleg waarom hij de jongere heeft uitgenodigd en dat hij geïnteresseerd is in zijn mening. Bij de eerste drie gesprekken heeft onderzoeker gevraagd of er geluidsopnames mochten worden gemaakt, maar dat hadden de jongeren liever niet. Op grond hiervan heeft onderzoeker het vervolgens niet meer aan de jongeren gevraagd. Het opschrijven van de antwoorden vinden de jongeren prima.

Als onderzoeker zijn eerste vraag stelt gaat hij wat onderuitgezakt in zijn stoel zitten en probeert zijn houding te spiegelen aan die van de jongere. Daarnaast past onderzoeker zijn taalgebruik aan om jongere op zijn gemak te laten zijn.

Bij sommige jongere is het nodig om een vraag meerdere malen te stellen in andere bewoordingen, omdat zij de vraag niet direct begrijpen. Op sommige momenten stelt onderzoeker de vraag aan de jongere om de vraag in zijn eigen woorden uit te leggen om vast te stellen of de vraag goed is begrepen. Veel van de jongeren hebben een IQ welke onder de 90 zit.

Tijdens de interviews worden sommige vragen meermalen of in iets andere bewoordingen nogmaals gesteld om vast te stellen of de jongere consequent is in zijn antwoorden. In de meeste gevallen blijkt dit zo te zijn. Daar waar dit niet het geval was blijkt naar doorvragen dat zij een van de gestelde vragen toch anders hadden begrepen. Uiteindelijk worden alle antwoorden mondeling aan de jongere voorgelezen en wordt hem de vraag steeds gesteld of dit het antwoord is wat hij bedoelt.

3.3 Professionals

Gedurende het onderzoek werd duidelijk dat ten gevolge van het gering aantal plekken voor deelname per week er minder jongeren in aanmerking kwamen voor deelname aan het onderzoek dan vooraf werd verondersteld. Op basis hiervan en de gevonden data is besloten om ook professionals in het onderzoek te betrekken. Er zijn 4 gedragswetenschappers, 2 GZ-psychologen en 2 PMT therapeuten geïnterviewd, die werkzaam zijn over drie verschillende inrichtingen.¹¹ De volgende sub-vragen zijn hierbij van belang om de hoofdvraag van dit onderzoek te kunnen beantwoorden:

- Hoeveel therapeuten zijn er beschikbaar om de therapie te geven?
- Zijn er wachtlijsten en zo ja, wat wordt er gedaan om dit te voorkomen?
- Welk percentage van geschikte jongeren heeft de therapie niet of niet geheel gevolgd?
- Welke redenen zien professionals voor het wel of niet deelnemen?
- Welke ideeën hebben zij met betrekking tot het verhogen van een succesvolle deelname, zijn hier meerkosten mee gemoeid?

Naarmate er meer professionals zijn geïnterviewd worden eerder gegeven antwoorden gebruikt en verwerkt in vragen om te achterhalen hoe andere professionals naar de geopperde ideeën kijken.

¹¹ In appendix III wordt een korte beschrijving gegeven van de geïnterviewde professionals.

3.4 Bevindingen

De 17 interviews zijn uitgewerkt en om de data te verwerken is er een rubricering opgesteld.¹² Er is gekozen om de antwoorden in drie thema's onder te verdelen, te weten:

- organisatorisch
- beleving
- programma

Binnen deze drie thema's zullen de bevindingen worden weergegeven en de deelvragen beantwoord.

3.4.1 Organisatorisch

De geïnterviewde professionals zijn werkzaam binnen drie verschillende organisaties welke alle drie de afgelopen jaren met PMT in aanraking zijn gekomen. Er zijn een aantal opvallende verschillen en overeenkomsten te noemen.

Binnen Teylingereind valt het op dat er voorheen 5 vaktherapeuten werkzaam waren (3.8 fte), waaronder 2 PMT therapeuten. Op grond van bezuinigingen is er voor gekozen om het aantal vaktherapeuten terug te brengen naar 1 PMT therapeut en worden er nog 2 vaktherapeuten (beeldend en muziek) indien nodig en waar mogelijk ingehuurd. Momenteel is er bij PMT plek voor 5 jongeren per week. Er is binnen Teylingereind plek voor 96 jongeren, waarvan in 2013 er een gemiddelde bezetting is van 86.

In Rentray Lelystad werken 4 vaktherapeuten (PMT, beeldend, drama en muziek). In Rentray is plek voor 140 jongeren. Momenteel zitten er 68 en wordt er binnenkort weer een groep geopend, waardoor het aantal jongeren komt op 76. De PMT therapeut geeft aan dat de organisatie veel waarde hecht aan de vaktherapie, omdat zij geen vaktherapeuten hebben ontslagen of contracten ingekort toen het aantal verblijvende jongeren drastisch is afgenomen. Er kunnen 12 jongeren per week PMT volgen, waarbij een groep wordt gezien als 2 in de telling. Dit wil zeggen dat als er 2 groepen plaatsvinden er nog 8 jongeren individuele therapie kunnen volgen.

Binnen JJI De Heuvelrug is men pas in september 2012 gestart met PMT. Er verblijven 56 jongeren in De Heuvelrug. Voor september 2012 zag men onvoldoende mogelijkheden om de therapie te geven. Nu is er ruimte voor een deelname van 4 jongeren per week. De jongeren volgen de therapie bij een trainer van Titan¹³ welke op locatie komt.

3.4.1.1 Aanmelding

Binnen alle drie de organisaties vindt de aanmelding plaats op dezelfde wijze. De procedure is bij alle drie vastgelegd in een protocol.¹⁴ De behandelend gedragswetenschapper of GZ-psycholoog bepaalt op basis van de beschikbare informatie dat een jongere in aanmerking komt voor vaktherapie en in het bijzonder PMT. De jongere wordt dan in het Psycho

¹² Alle uitgewerkte interviews zijn in het bezit van onderzoeker.

¹³ Titan is een dagbestedingproject voor risicojongeren van 16 tot en met 27 jaar.

¹⁴ Voor een voorbeeld van een procedure zie Appendix IV.

Medisch Overleg (PMO) voorgedragen. Hier zal aan de hand van de verstrekte informatie de beslissing worden genomen of een jongere inderdaad geschikt is en zal worden aangemeld bij de therapeut. Vervolgens doet de gedragswetenschapper of GZ-psycholoog een uitleg aan de jongere waarom hij is voorgedragen. Dit gebeurt niet vooraf, omdat men de jongere niet wil teleurstellen als het PMO de voordracht mogelijk zou afwijzen.

De psychomotorische therapeut zal vervolgens aan de hand van gestelde doelen een intake gesprek plannen met de jongere en bepalen of de jongere geschikt is om te gaan starten. De motivatie van een jongere speelt hierbij een belangrijke rol. Tot slot zal de therapeut een schriftelijke terugkoppeling geven aan de gedragswetenschapper als de behandeling is beëindigd.

3.4.1.2 Monitoren

Binnen Teylingereind, Rentray en De Heuvelrug wordt met een gedragsinterventielijst gewerkt waarop alle aangeboden interventies aan jongeren worden bijgehouden.¹⁵ Op basis van deze lijst moet onder andere kunnen worden vastgesteld wie wanneer is aangemeld voor welke therapie, wanneer de intake is geweest, wanneer de jongere is gestart en of de deelname succesvol is afgerond.

In Teylingereind dient de lijst door de gedragswetenschappers en vaktherapeuten te worden ingevuld. De lijst vertoont meerdere lege plekken en geeft zeer beknopte informatie. De lijst lijkt in 2013 nog niet gebruikt te zijn. Een van de geïnterviewden geeft aan dat er veel personele wisselingen zijn geweest en niet iedereen de lijst goed heeft bijgehouden. In de individuele perspectiefplannen staan alle gegevens wel verwerkt, maar dit valt niet uit de lijst op te maken. Twee professionals maken een schatting dat tussen de 30 en 40 procent niet start, dan wel tijdens de therapie afhaakt.

Uit de lijst van Rentray valt iets meer informatie te halen nu er minder lege plekken worden gevonden. Volgens de trainer is de informatie over 2013 wel aanwezig, maar moet deze nog in de lijst worden verwerkt. Volgens de huidige lijst hebben 12 jongeren van de 51 (23,5%) de therapie niet afgerond. Zes van hen omdat zij in vrijheid zijn gesteld en de andere zes omdat zij niet (meer) gemotiveerd waren. Met betrekking tot de laatst genoemde valt op dat het 1 jongere betreft die de groeps-PMT volgde en de andere 5 individueel deelnamen aan PMT.

Binnen De Heuvelrug geven de twee professionals aan dat zij tot op heden nog geen jongeren hebben gehad die niet aan de therapie hebben willen deelnemen. Zij geven hierbij aan dat zij Titan voor meerdere interventies gebruiken en jongeren aardig vertrouwd zijn met deze organisatie. Zij geven aan dat dankzij de eerdere kennismakingen er geen drempel lijkt te zijn voor jongeren om deel te nemen.

Als een jongere vanaf het begin duidelijk bij de gedragswetenschapper aangeeft niet te zullen deelnemen kiest een gedragswetenschapper er meestal voor om de jongere niet aan te melden. Zowel Teylingereind als Rentray houden hier geen cijfers van bij, maar geven aan dat dit meerdere jongeren betreft. Ook binnen De Heuvelrug verwachten de geïnterviewden niet dat dit zal worden bijgehouden mochten zij een weigeraar hebben.

¹⁵ Deze lijst wordt bijgehouden in opdracht van stichting 180.

Alle drie de organisaties bieden de ruimte aan de trainers om zolang als nodig een jongere de therapie aan te bieden. Dit kan plaats vinden nu er nauwelijks wachtlijsten zijn. Dat er geen wachtlijsten zijn komt echter niet door een gebrek aan aanbod van jongeren of dat er voldoende therapeuten zijn. Gedragswetenschappers geven aan dat als er een wachtlijst is zij een jongere niet snel aanmelden, omdat een behandeling niet kan stagneren. Zij gaan dan op zoek naar een alternatief. En de Therapeuten geven aan dat hun sessies steeds vol zitten wetende dat er mogelijk meerdere jongeren wel geschikt zijn om deel te nemen.

3.4.1.3 kosten

Binnen Teylingereind is gekeken naar de kosten zoals deze door de Stafafdeling wordt gemaakt. Dit zijn kosten voor psychologen, psychologen in opleiding, rapportagemedewerkers, methodiekcoaches en vaktherapeuten. De volgende tabel geeft hiervan een overzicht.

	Formatie	loonkosten	
GZ-psycholoog	5,93	66.000	391.380
GZ-psycholoog in opleiding	1,78	57.500	102.350
Medewerker Rapportage - Testassistent	3,00	50.000	150.000
Methodiekcoach	2,78	63.500	176.530
Vaktherapeut	1,17	66.000	77.220
Totaal	14,66		897.480

Loonkosten = jaarsalaris (12x maandsalaris), VT, EJU en sociale lasten en pensioenpremie

Hierin wordt duidelijk dat Teylingereind 8,6 procent van zijn stafbudget besteed aan vaktherapie. Op de vraag of er ruimte is voor een andere verdeling gaven meerdere professionals aan dat de formatie voor de methodiekcoach omlaag zou kunnen als senior pedagogisch medewerkers een gedeelte van hun rol kunnen overnemen. De laatste jaren is hier al hard aan gewerkt wordt aangegeven. Via TOP-PM trainingen worden de senioren hierop voorbereid¹⁶. Op die wijze zou er 1 tot 1,5 fte verschuiving moeten kunnen worden gerealiseerd.

Daarnaast is nog gekeken naar de totale kosten van één capaciteitsplaats. Teylingereind krijgt van de overheid 130.000 euro op jaarbasis voor een kamer welke in gebruik is.

3.4.1.4 Samenvatting

Binnen paragraaf 3.4.1 kunnen nu de volgende sub-vragen worden beantwoord: Welk percentage van geschikte jongeren heeft de therapie niet of niet geheel gevolgd? Hier is moeilijk antwoord op te geven. Het monitoren vindt onvoldoende plaats. Van jongeren die wel in aanmerking zouden komen, maar aangegeven niet te zullen deelnemen

¹⁶ TOP-PM is een training ontwikkeld binnen Teylingereind om de professionaliteit van coaching door leidinggevende in het middenkader en senioren te verbeteren.

wordt niets overkoepelend vastgelegd en bij jongeren die afhaken wordt summier weergegeven waarom dit is.

Zijn er wachtlijsten en zo ja, wat wordt er gedaan om dit te voorkomen?

Er zijn nauwelijks wachtlijsten, maar dit is meer het gevolg van alternatieven die worden gezocht en jongeren die aangeven niet te willen deelnemen en niet worden aangemeld, dan dat dit veroorzaakt wordt door een gering aanbod van jongeren of een te veel aan therapeuten.

Hoeveel therapeuten zijn er beschikbaar om de therapie te geven?

In de drie organisaties hebben zich verschillende bewegingen voorgedaan. In Teylingereind is het aanbod afgenomen, terwijl het aantal jongeren gelijk is gebleven, in Rentray is deze gelijk gebleven, terwijl het aantal jongeren is afgenomen en in De Heuvelrug was er geen plek voor een therapeut, maar is dit inmiddels wel gerealiseerd. Toch kan worden gesteld dat in alle drie de locaties het aanbod summier is met betrekking tot het aantal aanwezige jongeren.

Leidt een verhoging van PMT deelname tot een kostenreductie voor een JJI of de overheid? Qua kosten is gekeken naar de situatie binnen Teylingereind. Hier kon worden vastgesteld dat er een verschuiving van kosten binnen de stafafdeling gerealiseerd kan worden. Hierdoor wordt de ruimte vergroot voor deelname aan PMT. Dit zal kunnen leiden tot een afname van het recidivepercentage. Ten gevolge daarvan zal het aanbod van jongeren landelijk kunnen afnemen, wat kostenbesparing kan opleveren.¹⁷

3.4.2 Beleving

Bij de aangemelde jongeren is eerst gekeken naar datgene wat zij zelf graag zouden zien als mogelijkheden binnen een JJI. Wat hierin opvalt is dat de oudere jongeren (vanaf 18 jaar) vooral toekomst gerichte antwoorden geven. Een 19 jarige geeft aan zichzelf de vraag te hebben gesteld toen hij vast kwam te zitten “wat wil ik?, wil ik gevangenis in-uit-in of ga ik knokken en met mezelf aan de gang”. En een 21 jarige zou willen dat je vanaf binnenkomst een praktijkgerichte opleiding kunt volgen op het gebied van je interesses. “Als je kok wilt worden, dan zou je direct moeten kunnen starten met een cursus sociale hygiëne en niet verder moeten gaan met theoretisch vakken waar je lang geleden al mee gestopt bent”.

De jongeren onder de 18 geven vooral aan dat het niet te streng moet zijn binnen en dat zij behoefte hebben aan voldoende ruimte om je frustraties kwijt te kunnen. Hierbij geven zij vooral sport aan als middel.

Als vervolgens PMT wordt aangehaald geven alle jongeren aan van sport te houden en dit ook veelal de reden is dat ze niet direct afwijzend staan tegenover deze therapie. Ook de jongeren die aangeven niet direct een agressieprobleem te hebben of vinden dat je toch vooral zelf verantwoordelijk bent of je gaat veranderen kiezen om wel deel te nemen. Zij lijken op zoek naar acute behoeftebevrediging. Zij zeggen te sporten om spanning kwijt te

¹⁷ Als er minder jongeren zullen worden aangemeld heb je landelijk minder plekken nodig. Het kan kostenbesparend werken, maar hier zijn vele andere factoren ook voor verantwoordelijk en zal een goede besparing vooral op landelijk niveau gerealiseerd moeten worden..

raken, maar vooral ook om sterker/breder te worden. Een jongere laat terwijl hij dit aangeeft met een lach op zijn gezicht zijn buikspieren zien. Ook de PMT therapeuten geven aan dat de intrinsieke motivatie van de jongeren vooral gericht is op het sporten. Pas als zij een aantal sessies hebben gevolgd, wat meer vertrouwen hebben in de therapeut en lichamenlijk ervaren dat het kan werken, verandert hun motivatie om deel te nemen.

De professionals vragen zich af of de naam, psychomotorische therapie, van grote invloed is op de houding van jongeren om wel of niet deel te nemen. Zij geven aan dat zowel het eerste woord, en dan met name het gedeelte 'psycho', en therapie geen positieve associatie hebben. De twee professionals van De Heuvelrug geven aan dat zij eigenlijk nooit het woord therapie gebruiken, maar het trainingen noemen. Ook de therapeut noemen zij trainer. Zij geven in het gesprek aan dat ze hier nog niet zo nadrukkelijk naar hebben gekeken, maar dit dus wel in de praktijk hebben veranderd.

In Rentray hebben ze de groeps-PMT een heel andere naam gegeven. Zij zijn daar op zoek gegaan naar een groepsmodule die de uitgangspunten van PMT in zich heeft, maar waarbij zo min mogelijk de associatie naar therapie wordt gelegd. Zij zijn daar uitgekomen op de sport Freerunnen. Dit is een sport waarbij je zo snel en mooi/beheerst mogelijk verplaatst van A naar B en je daarbij op, over of onder obstakels verplaatst. Voor jongeren die in geslotenheid zitten is het woord 'free' een zeer interessante woordkeuze. Het is een ervaringsgerichte therapie waarbij de stress het succes maakt.¹⁸



3.4.2.1 Afgehaakte – niet deelnemende – jongeren

De professionals geven aan dat de kijk/houding van een leider¹⁹ in de leefgroep belangrijk is voor de houding van de andere jongens op de groep. Als de leider op een groep duidelijk zegt "therapie is voor als je gek bent", dan is het voor een gedragswetenschapper lastiger om jongeren gemotiveerd te krijgen om hen te laten deelnemen.

Daarnaast zien zij vooral weerstand bij jongeren met hechtingsproblematiek of jongeren die geen of nauwelijks probleembesef hebben. Voor een jongere met hechtingsproblemen is het lastig om zich te binden aan de therapeut en deze te vertrouwen. Het kan weken en soms

¹⁸ Voor een uitgebreide uitleg van Freerunnen zie Appendix V.

¹⁹ Die jongere op een leefgroep die onder de jongeren de touwtjes in handen heeft.

maanden duren alvorens er inhoudelijk aan de therapie gewerkt kan worden. Die hele periode is dan gebruikt om toch een werkbare relatie op te bouwen. Maar ook dan kan het in de training nog moeizaam verlopen. Als voorbeeld wordt hier genoemd, dat een jongere met hechtingsproblematiek het lastig vond om met zijn ogen dicht naar een muur te lopen tot de therapeut stop zou zeggen.

Bij jongeren met nauwelijks probleembesef kun je allerlei argumenten hanteren, maar zolang zij vinden geen (agressie)probleem te hebben zijn zij nauwelijks gemotiveerd en proberen zij regelmatig een training te vermijden. Zij vragen op die momenten of de training kan worden verzet, omdat zij op dat moment andere prioriteiten stellen (bijvoorbeeld roken) of willen veel invloed uitoefenen op welke sport er die dag gedaan wordt.

Bij jongeren met bijvoorbeeld ADHD en een agressie probleem is het makkelijker om een jongere te laten deelnemen. Deze jongeren ervaren directe ontlading, wat hen motiveert om een volgende keer weer deel te nemen.

Over de helemaal niet gestarte jongeren kan worden gezegd dat zij aangeven geen agressieprobleem te hebben of dat zij aangeven te zijn zoals zij zijn en dat zij niet zullen veranderen.

De 3 jongeren die zijn afgehaakt hebben de overeenkomst dat zij aangeven dat het regelmatig stoppen gedurende de training geen sporten is. Dit gaven zij aan met de woorden "Je maakt misbruik van de sport om steeds te stoppen" en "steeds stoppen is geen sporten." Daarnaast geven ze ook aan dat het moeten inbeelden van zaken en vervolgens kijken naar wat je reactie dan is, vervelend is. Een van de jongeren zegt hierover: "Ik werd echt boos op die momenten en dit vond ik niet leuk. Om die reden ben ik gestopt."

3.4.2.2 Training positief afgerond

Drie van de zes jongeren die de therapie positief hebben afgerond konden goed beschrijven wat de therapie precies inhield en waarom ze waren voorgedragen. Alle zes vertelden dat het te maken had met hun agressieprobleem. Bij de voorbeelden die zij geven van agressie, 'ik had hem drie keer gewaarschuwd of hij keek vuil naar me en dat maakt mij boos' geven zij aan dat de boosheid hen overkomt. Het zijn volgens hen goede redenen om boos te worden.

Drie van de zes jongeren konden aangeven dat het belangrijk was om bij je eigen gevoel te komen. Dat je bij de training leert erkennen wat je voelt en dat je dan kan oefenen hoe er in situaties mee omgegaan kan worden. Een van de drie jongens geeft hierbij aan dat het heel belangrijk is om dit zelf te ervaren. "Vaak heb ik het gevoel dat wat personeel mij probeert te leren zij zelf vaak buiten ook niet doen of anders doen. Door het zelf te ervaren kreeg ik het vertrouwen dat het werkt." Een andere jongen geeft het volgende voorbeeld: Een jongen op de groep vindt dat ik lang genoeg achter de PlayStation heb gezeten en wil dat ik stop. Ik zit midden in een spel en wil het afmaken. De jongen doet vervolgens de TV uit. Hier reageer ik op en zeg tegen die jongen dat ik hem nu een klootzak vind. De jongen scheldt vervolgens mijn moeder uit. Vandaag was de eerste keer dat ik de ander niet heb geslagen, maar mijn frustratie uitte op het beeldscherm van de TV. Hierbij is mijn knokkel verschoven, maar de jongen heb ik niet aangeraakt. Ik was trots dat ik hem niet had aangevallen. Dat wat

ik nu deed was nog niet goed, maar ik besepte dat ik boos werd en heb voor het eerst een andere uitweg gevonden, dan de ander aan te vallen.

De andere drie jongeren gaven aan dat ze nog niet direct het verband zien tussen agressie en sporten, maar dat het hen wel hielp om het hoofd even leeg te maken. Een van de drie geeft aan; "Soms ging ik wat gespannen naar de therapie toe, maar het lukte dan om mijn volle emmer weer wat leger te maken."

Van de jongeren die de therapie goed hebben afgerond en de voor hun opgestelde doelen hebben behaald is een gemeenschappelijk antwoord dat ze allemaal sporten heel leuk vinden. Vooral fitness, boksen en voetbal worden hierbij genoemd. Ook de jongeren die twijfel hadden om te gaan deelnemen trok dit over de streep. Een jongere gaf aan dat hij niet wilde deelnemen, omdat hij vanaf zijn twaalfde al meerdere agressieregulatie trainingen had gevolgd. Dit waren trainingen waar veel, heel veel werd gepraat. "Ik ben toch gaan deelnemen omdat je nu actief bezig bent en dat zag ik wel zitten."

De jongeren geven ook aan dat het belangrijk is dat je de therapeut kan vertrouwen. Wat helpt is dat hij samen met je mee doet en laat zien dat we er samen voor gaan. Een jongere geeft aan dat de therapeut iemand moet zijn die niet alles uit boeken heeft geleerd, maar eigen ervaringen moet hebben. "De therapeut moet praktijk kennis hebben."

Tot slot waren de jongeren erg te spreken over het feit dat aan het begin van de sessie aan de jongere wordt gevraagd hoe zijn dag is verlopen en hoe hij zich momenteel voelt. Als je wat minder goed in je vel zat en al een bepaalde vorm van spanning had werd gevraagd mee te denken wat we dan gedurende die sessie zouden kunnen doen.

3.4.2.3 Ouders

In geen van de instellingen werd momenteel PMT aangeboden waarbij ouders een aantal sessies mee zouden doen. Nu jongeren veelal toch terugkeren naar hun ouders en oude leefomgeving (levensloopperspectief en diversiteitsperspectief) is het interessant om te kijken of jongeren voor deze vorm van therapie open zouden staan. Deze vraag is gesteld aan de zes jongeren die de therapie positief hebben afgerond. De uitkomst geeft een duidelijke tweedeling weer.

De drie jongens van Islamitische afkomst geven alle drie aan dit niet te willen. Deze jongeren geven aan veel respect te hebben voor hun ouders en hun moeder in het bijzonder. Een jongere zegt hierover: "Als mijn moeder tijdens een training ziet dat ik gedrag laat zien wat ik liever niet wil, dan kan zij vervelende dingen gaan denken." En een andere jongen laat weten dat het in zijn cultuur niet gebruikelijk is om met ouders te sporten en over je gevoelens te praten. Dit zijn precies de zaken die tijdens de therapie wel plaats vinden.

De drie jongeren met een Nederlandse culturele achtergrond geven aan dit graag gehad te willen hebben. "Wat is er belangrijker dan goed contact met je ouders. Boos worden en blijven op je ouders heeft geen enkele zin. Als we dit in de training kunnen oefenen zou het alleen maar goed zijn."

De professionals geven aan zeker meerwaarde te zien in therapie sessies met ouders. Jongeren keren vaak terug naar hun oude leefomgeving. Dit is veelal de leefomgeving waar

het is misgegaan. Als nu zowel ouders als jongeren een gezamenlijke ervaring kunnen opdoen van hoe zij situaties anders kunnen aanpakken kan dit spanningen verminderen en escalaties voorkomen. Ouders krijgen meer inzicht en mogelijk meer opvoedingsvaardigheden. Een bijkomend voordeel kan zijn dat kosten op nazorg en ambulante hulpverlening verminderd kunnen worden. Het begeleiden van ouders, het aanreiken van handvatten heeft dan immers op bepaalde vlakken al plaatsgevonden.

3.4.2.4 Samenvatting

Binnen paragraaf 3.4.2 kunnen nu de volgende sub-vragen worden beantwoord:

Wat vinden jongeren belangrijk om te leren, waar hebben zij behoefte aan?

De oudere jongeren, 18plus, geven vooral toekomstgerichte antwoorden als aan jezelf werken en gerichte trainingen/scholing op het gebied van wat je op de arbeidsmarkt wil gaan doen. De jongere deelnemers zijn meer bezig met het hier en nu. Zij willen dat het niet te streng is binnen en dat er voldoende ruimte moet zijn om frustraties kwijt te raken.

Weten jongeren wat PMT is?

Alle jongeren kunnen aangeven dat het te maken heeft met agressiebeheersing en dat het via sporten wordt getraind. Er zijn er echter maar drie die ook weten te benoemen dat het gaat om het leren herkennen van je eigen gevoel.

Wat zijn voor jongeren redenen om wel/niet aan PMT deel te nemen?

Alle deelnemende jongeren, ook diegene die uiteindelijk afhaken, geven aan sport leuk te vinden. Zij nemen deel om de spanning van de dag kwijt te raken, maar zeker ook om breder te worden. Deze redenen lijken voort te komen uit een acute behoeftebevrediging en is er sprake van een korte termijn doelstelling. Van de jongeren die de therapie goed doorlopen kunnen er drie goed aangeven dat je eigen gevoel gaan herkennen behulpzaam is en reden om de therapie goed af te ronden.

Een andere belangrijke reden om de therapie goed af te ronden is het feit dat jongeren het gevoel hebben dat zij hun hoofd goed kunnen leegmaken. En het feit dat er niet teveel gepraat wordt gedurende de therapie is voor hen belangrijk, zeker ten opzichte van andere agressieregulatie trainingen welke jongeren veelal hebben gevolgd. Met name jongeren met ADHD problematiek ervaren de directe ontlading.

Tot slot is de groeps-PMT een succes. Deze is laagdrempelig en jongeren moeten zaken van elkaar leren en aannemen. Deze gezamenlijke deelname creëert saamhorigheid en vertrouwen, waarmee PMT een breder draagvlak krijgt.

De naam van de therapie, het regelmatig stil leggen van de training, het moeten inbeelden van specifieke situaties, hechtingsproblematiek, geen of nauwelijks probleembesef, de houding van een jongere die de leider is op de leefgroep en het gebrek aan vertrouwen in de therapeut zijn de belangrijkste redenen om niet deel te nemen of af te haken.

PMT in samenwerking met ouders vindt nog nergens plaats. De helft van de ondervraagde jongeren ziet dit als een extra wat zeker kan werken en de andere helft ziet dit niet zitten. Dit lijkt een cultuur gerelateerde achtergrond te hebben. De jongeren opgegroeid in een

schaamtecultuur geven unaniem aan deze vorm geen goed idee te vinden en hier niet aan mee te willen werken.

Leidt een verhoging van PMT deelname tot een kostenreductie voor een JJI of de overheid? Als ouders betrokken kunnen worden in PMT kan dit een bijdrage leveren aan de opvoedingsvaardigheden en aan de relatie tussen ouders en kind. Dit kan helpen om een jongere minder snel een terugval te laten krijgen wat de kosten van recidive kan verminderen. Tot slot kan het ook een bijdrage leveren aan minder hoge kosten voor ambulante hulptrajecten.

3.4.3 Programma

Binnen een JJI krijgen de jongeren een vast dagprogramma aangeboden. In dit programma zitten activiteiten die verplicht zijn voor de jongere om te volgen en zijn er activiteiten waar zij zich voor kunnen aanmelden, dan wel aangemeld worden. PMT valt onder de laatst genoemde. Dit wil zeggen dat het geen verplichting is en er niet altijd directe consequenties aan verbonden zitten als zij niet deel willen nemen. Zij geven aan dat als zij bijvoorbeeld school of Equip weigeren er vaak een sanctie volgt voor het weigeren dagprogramma en zitten zij op kamer. Bij het weigeren van een therapie kan het gebeuren dat een advies met betrekking tot een toekomstig verlof of met betrekking tot een PIJ-verlenging negatief zou kunnen uitpakken, maar er zitten geen directe gevolgen aan vast voor het moment zelf. Hierbij laten de jongeren ook weten dat het soms best vervelend is dat je naar therapie moet als de groep net lekker gaat luchten. Je kan dan niet roken en om die reden zijn jongeren soms geneigd om de training af te willen zeggen.

In het dagprogramma zitten verschillende sportmomenten per week verwerkt, maar voor veel jongeren lijkt dit niet voldoende te zijn. Zij vragen aan groepsleiding vaak naar extra sportmomenten. Op het moment dat aan hen de vraag gesteld wordt of zij aan PMT willen gaan deelnemen zien sommige van hen het dan ook als een kans om zo een extra sportmoment te hebben.

Binnen Teylingereind is op de ForCA afdeling De Ven de groeps-PMT een verplichting in het dagprogramma. De ForCA is een observatiegroep waar jongeren zeven weken verblijven op basis van een uitspraak van de rechter om onder andere antwoorden te geven op vragen over toerekeningsvatbaarheid en welke behandelmethode het beste zal werken. Tijdens deze groepssessies wordt onder meer bekeken hoe jongeren op elkaar reageren, weten zij elkaar aan te spreken en kiezen ze voor moeilijke of makkelijke oefeningen.

3.4.3.1 Kort versus langverblijf

Bijna alle deelnemende jongeren verblijven op een langverblijf groep in Teylingereind. Dit zijn groepen waar jongeren verblijven waarvan duidelijk is dat zij meer dan 4 maanden zullen verblijven in de inrichting. De meeste van hen zijn ook aangemeld voor de therapie nadat dit bekend is en zij inmiddels op één van deze groepen zijn geplaatst. De professionals geven hierbij aan dat men gewend is om niet direct met een jongere aan de gang te gaan. Een belangrijke reden hiervoor is dat als je nog niet weet hoelang een jongere binnen zal verblijven je geen therapie moet gaan starten als dit misschien niet afgemaakt kan worden.

De professionals geven in het onderzoek vervolgens wel aan dat hun ervaring is, dat jongeren op een kortverblijf groep vaak makkelijker te motiveren zijn om deel te nemen. Zij denken dat hier meerdere redenen voor zijn.

Om te beginnen zijn de jongeren wat overrompeld door hoe alles in het dagprogramma is gereguleerd. Een snelle kennismaking met PMT kan hierbij leiden tot minder weerstand. Binnen Teylingereind is dit ook uit een eerdere analyse gekomen. Volgens de PMT therapeut kwam daaruit dat als een jongere binnen is, hij net als bij veel andere disciplines (onderwijs, medische dienst, testassistenten) ook met PMT in aanraking dient te komen.

Verder geeft men aan dat jongeren die nog niet zijn afgestraft door de rechter denken dat een deelname aan een dergelijke therapie gunstig kan zijn voor de beeldvorming van de kinderrechter. Door de deelname hopen zij, dat bij een veroordeling, zij al hebben laten zien open te staan voor behandeling en dat een mogelijke sanctie prima een ambulante traject zou kunnen zijn.

Op een langverblijf groep is het toekomstbeeld vaak minder positief en een jongere die weet dat hij nog minimaal anderhalf jaar moet blijven is vaak minder gemotiveerd om zaken op te pakken. Jongeren beïnvloeden elkaar regelmatig negatief. Als je lang met elkaar op een groep moet verblijven en een van de belangrijke jongens op de groep laat duidelijk blijken het hele PMT onzin te vinden, dan is deelname voor een jongere geen makkelijke keuze. Een jongere denkt soms dat na deelname de agressieproblematiek direct verholpen is, maar dat werkt niet zo in de praktijk. Jongeren trekken dan al snel de conclusie dat de therapie niet heeft geholpen.

Uit het onderzoek komt naar voren dat alle professionals nu van mening zijn dat iedere therapie sessie die door een jongere wordt gevolgd beter is dan helemaal geen PMT volgen. Zij geven aan dat er bij PMT niet te veel in de historie van de jongere wordt gegraven en een voortijdig afbreken van de therapie geen negatieve gevolgen heeft voor de ontwikkeling van de jongere.

3.4.3.2 Gewijzigde aanpak

Beide PMT therapeuten geven aan een lange tijd nodig gehad te hebben om een bepaalde positie te krijgen binnen de organisatie. In het begin hebben de jongeren weinig vertrouwen en kennen ze je niet. Als je dan onvoldoende jongeren goed weet te bereiken en het merendeel negatief blijft praten is het lastig om door nieuwe kandidaten te worden geaccepteerd. Deze kennis heeft hen doen besluiten om een aantal zaken aan te passen.

In Rentray is de belangrijkste aanpassing geweest het introduceren van het Freerunnen. Deze groepsgerichte sessies zijn in het dagprogramma verwerkt voor de deelnemende jongeren. Tot op heden haken er verhoudingsgewijs minder jongeren af, vinden ze de training leuk en is de therapeut meer geaccepteerd onder de jongeren. Op deze manier heeft de therapeut een bepaalde band met jongeren opgebouwd waar hij van profiteert als een jongere in een later stadium voor individuele PMT wordt aangemeld.

Binnen Teylingereind viel het de therapeut op dat jongeren voortdurend op zoek zijn naar zaken waar zij wat aan hebben. De jongere is op zoek naar een acute behoeftebevrediging. De therapeut is vervolgens meer gericht de jongeren voor een sessie gaan bevragen wat hij wil en kan. Vervolgens probeert de therapeut dit de jongere aan te bieden en toch niet uit het oog te verliezen wat de gedragswetenschapper wil dat ze daar moeten leren. Door de jongere invloed te geven lijkt deze het meer in het dagprogramma te accepteren.

Daarnaast legt de therapeut de trainingen ook minder vaak stil. Vooral achteraf worden ervaringen en gevoelens nabesproken. Natuurlijk vinden er nog tussentijdse reflecties plaats, maar minder dan in het begin. Als trainer kijk je zowel naar de draagkracht als de draaglast van de jongeren. En de ervaring heeft nu geleerd dat meer jongeren gebaad zijn bij minder tussentijdse reflecties.

3.4.3.3 Onderwijs versus PMT

Onderwijs is een verplicht onderdeel en het neemt een belangrijke deel van het dagprogramma in. Jongeren zijn hier snel aan gewend. En ondanks het feit dat veel jongeren buiten niet altijd meer onderwijs volgden, school ook niet heel leuk vinden, nemen ze wel deel aan dit programma. Bewegingsonderwijs maakt deel uit van het schoolprogramma. Dit gedeelte van het dagprogramma zorgt er voor dat de sportzaal en attributen niet voortdurend beschikbaar zijn voor de PMT therapeut.

Dan hebben we nog de naam van de therapie zoals deze eerder al is besproken. Op basis hiervan is tijdens het onderzoek de vraag naar voren gekomen of een eerste kennismaking met PMT niet in een eerste schoolblok kan worden verwerkt. De professionals staan hier niet onwelwillend tegenover. Het kan op die momenten geen therapie zijn, maar bewegingsonderwijs, waarbij een aantal kenmerken van bijvoorbeeld Freerunnen zijn verwerkt. Zij zien het als kans om de jongeren er onbewust bekend mee te laten worden. Als er een samenwerking met onderwijs tot stand kan komen, waarbij de sportdocenten worden toegerust op deze extra taak zouden ook de kosten van de vaktherapeuten meer verspreid kunnen worden.

3.4.3.4 Samenvatting

Binnen paragraaf 3.4.3 kunnen nu de volgende sub-vragen worden beantwoord:

Welke redenen zien professionals voor het wel of niet deelnemen en welke ideeën hebben zij met betrekking tot het verhogen van een succesvolle deelname?

Het feit dat PMT geen verplicht onderdeel is van het dagprogramma maakt dat jongeren makkelijker nee zeggen tegen deze vorm van therapie. Er zijn nauwelijks consequenties aan verbonden.

Een andere belangrijke reden is het onderscheid tussen jongeren verblijvend op een kort dan wel langverblijf groep. In het verleden is een keuze gemaakt om therapie, welke vorm dan ook, niet snel aan jongeren op een kortverblijf groep te geven, omdat onduidelijk is of de jongere de therapie wel af kan maken en er vaak negatieve gevolgen zitten aan het oprakelen van negatieve ervaringen en deze vervolgens niet kunnen uitbehandelen. Nu geven de professionals aan dat dit voor PMT niet geldt. Het noodgedwongen moeten

stoppen van de therapie heeft in de ogen van de professionals geen negatieve invloed op een jongere en een jongere heeft er meer baat bij als hij een gedeeltelijke therapie heeft gevolgd, dan helemaal geen therapie.

Daarnaast zien de professionals voordelen om te starten op een kortverblijf groep nu jongeren bij binnenkomst nogal eens overrompeld zijn en nieuwe ervaringen tot zich nemen. Zij moeten in een gestructureerd dagprogramma gaan participeren. Zij maken dan weinig onderscheid tussen activiteiten wat goed kan zijn voor de beeldvorming van de therapie.

Therapeuten moeten goed kunnen anticiperen op de situatie en daar waar nodig kan een verandering in aanpak succes hebben. De groeps-PMT, inclusief naamsverandering, jongeren aan het begin van de training betrekken bij samenstelling van de training en het minder vaak stilleggen zijn hier voorbeelden van.

Tot slot ziet men een kans in samenwerking tussen school en therapeuten. Op die manier is een mogelijk gebrek aan toegang tot de sportzaal te voorkomen en kunnen jongeren in een eerder stadium kennis maken met deze therapie. In welke vorm dit precies gegoten zou moeten worden zal verder kunnen worden onderzocht.

3.5 Analyse

In hoofdstuk 2 is aangetoond dat PMT als doel heeft om de criminogene factor 'denkpatronen en gedrag' en de drie protectieve factoren 'expliciete sociale betrokkenheid, positieve houding ten opzichte van interventie en autoriteit en een veerkrachtige persoonlijkheid' te beïnvloeden. Daarbij is ook aangegeven dat PMT een methodiek is welke op meerdere beginselen van de What Works-principes zijn gestoeld, welke weer voorwaarden zijn om recidive terug te dringen.

Uit de wijze waarop jongeren worden aangemeld en de doelstellingen die hierbij verbonden worden aan de problematiek valt op te maken dat PMT wordt ingezet voor de problematiek waar het voor bedoeld is. Alle inrichtingen hebben een goed protocol waarin op vergelijkbare wijze jongeren worden aangemeld. Het valt hierbij op dat met name jongeren van langverblijf groepen worden aangemeld, omdat men daarvan weet dat zij voor een bepaalde tijd binnen de inrichting zullen verblijven en de therapie positief moeten kunnen afronden. Jongeren waarvan dit nog niet duidelijk is, omdat het nog onduidelijk is of er een zaak zal komen of dat zij nog geen uitspraak hebben worden minder snel aangemeld. Dit houdt in dat laatstgenoemde jongeren minder kans hebben om met PMT in aanraking te komen.

Vanuit het levensloop- en diversiteitperspectief is het verrassend dat dit niet direct plaats vindt. De jongeren die de inrichting relatief snel mogen verlaten keren vaak terug in hun eigen vertrouwde omgeving. Een aantal belangrijke dynamische criminogene factoren spelen hier een rol in. Als een jongere terugkeert in zijn oude woonomgeving, naar dezelfde gezinsomstandigheden en vrienden, drugs en/of alcohol blijft gebruiken is de kans op recidive groot.

PMT biedt de mogelijkheid om de protectieve factoren te verhogen. Het wil de sterke kanten van een jongere vergroten en hem empoweren door hem situaties te laten registreren, zijn vertrouwen in actorschap te vergoten en het probleemoplossend vermogen te laten toenemen. Als vervolgens uit het onderzoek naar voren komt dat jongeren op een kortverblijf groep minder afwijzend staan tegenover PMT, ook al is dit vaak vanuit andere redenen dan waarvoor de therapie wordt aangeboden, is dit een gemiste kans. De professionals zijn deze mening ook toegedaan, maar in de praktijk zijn hier nog nauwelijks aanpassingen verricht.

3.5.1 Relatieve bewegingsconcept

Het valt op dat de meeste jongeren die deelnemen aan PMT wel erkennen dat zij soms last hebben van agressie, maar dat zij toch met name de therapie gaan volgen om zo extra te kunnen sporten. Zij lijken op zoek naar acute behoeftebevrediging. Zij zeggen te sporten om spanning kwijt te raken, maar vooral ook om sterker/breder te worden. Dit staat haaks op het relationele bewegingsconcept ((betekenisvol) handelen van mensen) waar PMT voor staat.

Het is vervolgens aan de PMT therapeut om een jongere naast het in beweging krijgen, ook stil te laten staan bij de betekenis van interactioneel bewegingsgedrag en de beleving van het eigen lichaam te herkennen. Het blijft de kunst om de specifieke beleving en het gedrag op te roepen welke gerelateerd is aan de problematiek van de jongere.

De deelnemende jongeren geven aan dat het bespreken van en betekenis verlenen aan de ervaringen niet te vaak moet plaatsvinden tijdens de training. De therapeuten zijn hierin op zoek gegaan naar een modus waarbij zij de jongeren enthousiast weten te houden, maar toch de vooraf gestelde doelstellingen kunnen halen. Door de jongere vooraf te vragen hoe hij zich voelt en hem inspraak te laten hebben in de activiteiten voelt hij zich gehoord en heeft de therapeut wat speelruimte om het stil te leggen. Daarnaast heeft het invoeren van een groeps-PMT enorm bijgedragen aan de mogelijkheid om tussentijds ervaringen/gevoelens te bespreken. De jongeren willen elkaar helpen en staan voor dezelfde uitdagingen. Zij merken tijdens deze sessies dat ze van elkaar kunnen leren en hebben dus direct baat bij bepaalde feedback, omdat het hen dichterbij hun doel brengt.

3.5.2 Kerngebieden

Zelfbeeld

Veel jongeren die in een JJJ verblijven hebben gedurende hun jeugd onvoldoende steun ervaren. Zij hebben op jonge leeftijd een niet realistisch zelfbeeld ontwikkeld. De jongeren die weigeren deel te nemen, omdat zij vinden dat ze geen agressie probleem hebben bevestigen dit. Uit hun dossiers blijkt dat zij veel agressie gerelateerde problematiek hebben, maar voor hen is het niet mogelijk om dit te erkennen. Deze jongeren hebben vaak meerdere faalervaringen achter de rug en zijn gevoelig voor afwijzing vanuit de peergroup. Als binnen de leefgroep vervolgens door de leiders negatief gesproken wordt over PMT is het voor een jongere moeilijk om hun zelfbeeld aan te passen.

Emotie

Alle deelnemende jongeren erkennen dat zij zo nu en dan agressief zijn. Uit de voorbeelden die zij geven valt op te maken dat zij vinden dat het hen overkomt en dat ze daar weinig invloed op kunnen uitoefenen. Drie van de zes jongeren die de training goed hebben afgerond weten nu te benoemen dat zij via de therapie ook hebben geleerd om hun lichaamssignalen te herkennen. Uit het voorbeeld van de jongere die tegen de beeldbuis had geslagen kun je afleiden dat hij zich bewust is van het doel dat de gevoeligheid voor uitlokkingen moet verminderen.

Interactie

Vooraf in de groeps-PMT komt dit aspect naar voren. Bij Freerunnen gaat het onder meer om een adequate manier van samenwerken en vertrouwen krijgen in de ander. Er komen uitdagende oefeningen in het programma voor, waarbij jongeren tegen een drempel aanlopen. Zij leren hier hun lichaamssignalen herkennen, maar ook dat zij op een acceptabele manier bij anderen moeten aangeven wat zij voelen of wat zij zien bij de ander. Vervolgens proberen zij elkaar te motiveren en te helpen om het parcours succesvol te doorlopen. Zowel verbale als non-verbale communicatie en empathie speelt hierbij een rol.

Cognitie

Bij de jongeren die zijn afgehaakt is niet direct naar voren gekomen dat zij selectief waarnemen. Er is wel een opmerking gemaakt door een jongen als "de ander verdiende het", maar dit is onvoldoende om hier zaken aan te verbinden. Het feit dat de helft van de gevraagde jongeren eerst nog twijfels had om aan het onderzoek mee te werken en overtuigd moesten worden dat hun gegevens anoniem verwerkt zouden worden en er geen negatieve bijwerkingen uit voortvloeiden voor hun persoonlijke situatie geeft aan dat er bij hen sprake is van automatische gedachten en assumpties.

3.5.3 Aanbod

In Teylingereind is de laatste jaren bezuinigd op de vaktherapie en is er plaats om 5 jongeren, op maximaal 92 jongeren, PMT aan te bieden per week. In Rentray is momenteel ruimte voor 12 jongeren per week en De Heuvelrug heeft sinds kort plaats voor 4 deelnemende jongeren.

Dit wil zeggen dat er per week 21 jongeren kunnen deelnemen in de drie onderzochte inrichtingen met een maximale bezetting van 286 jongeren.

Op basis van de resultaten van (positieve) deelnames aan het Freerunnen en de wijze waarop zowel gedragswetenschappers als de PMT therapeuten hierover praten is de verwachting dat het aanbod van groeps-PMT zal toenemen. De vertrouwensband die dit tot stand brengt met de therapeut en zijn reputatie onder de jongeren binnen de organisatie doet ook de verwachting rechtvaardigen dat er meer individuele therapietrajecten zouden kunnen starten. Op basis van het huidige aanbod zouden wachtlijsten kunnen ontstaan, dan wel toenemen. De financiering hiervan kan mogelijk intern worden opgelost binnen het stafbudget.

Dit alles is nog niet heel goed te onderbouwen op basis van cijfers. Het monitoren van geschikte jongeren en de wijze waarop zij het traject wel of niet doorlopen is summier. Vooral over de niet aangemelde of snel afgehaakte jongeren zijn weinig cijfers bekend.



Hoofdstuk 4 Conclusie

Op basis van de analyse, waarin de bevindingen en deelvragen zijn verbonden aan het theoretisch kader kan nu het volgende antwoord op de hoofdvraag – wat is het potentieel van PMT in een JJI?- worden gegeven.

Jongeren in een JJI worden volgens duidelijke richtlijnen aangemeld voor PMT, waarbij de doelstellingen en problematiek goed op elkaar zijn afgestemd. PMT therapeuten hebben even tijd nodig gehad om binnen de organisatie door de jongeren geaccepteerd te worden. Zij hebben zelf een belangrijke bijdrage geleverd door goed naar de jongeren te luisteren en onder andere gebruik te gaan maken van groeps-PMT.

Zowel de groeps-PMT, waarbij onder andere gestuurd wordt op een adequate samenwerking, het vertrouwen krijgen in een ander en het goed naar de jongeren luisteren alvorens een therapiesessie te starten heeft hun positie versterkt. Het vertrouwen dat bij jongeren op deze manier is ontstaan betaalt zich uit in de algemene houding die jongeren inmiddels hebben tegen PMT. Ook een andere naam zoals Freerunnen heeft hier aan bijgedragen volgens de professionals. Op basis van deze punten kan gesteld worden dat PMT zich in deze inrichtingen de afgelopen jaren heeft ontwikkeld.

Echter zijn er nog voldoende mogelijkheden om verder te groeien. Het rendement van PMT kan omhoog. Uit het onderzoek komt naar voren dat niet iedere jongen die in een JJI wordt geplaatst gelijke kansen heeft om aan PMT deel te nemen en dat dit niet vanuit de problematiek is onderbouwd, maar vanuit de praktische overwegingen dat een jongere op een kortverblijf groep een grotere kans heeft om de therapie niet af te kunnen maken. Nu blijkt dat jongeren op een kortverblijf groep om uitlopende redenen wel makkelijker te motiveren zijn om aan PMT deel te nemen en de professionals inmiddels benoemen dat het mogelijk is niet afmaken van de therapie altijd nog beter is dan helemaal niet starten kan worden gezegd dat zeker niet alle geschikte jongeren worden bereikt.

Dat er jongeren vooraf of tijdens de therapie afhaken is een feit, maar om welk percentage dit gaat valt moeilijk vast te stellen nu jongeren die op voorhand al weigeren deel te nemen nergens worden geregistreerd. Voor alle individuele aangemelde jongeren wordt bijgehouden hoe de deelname verloopt en wat de uitkomsten zijn. Dit vindt plaats in de perspectiefplannen. Het monitoren van de gegevens in een centraal document verloopt moeizamer, wat het lastig maakt om tot goede percentages van deelname en succesvolle afronding te komen. Het is dan ook niet mogelijk om aan te geven of jongeren niet willen deelnemen door een gebrek aan zelfinzicht, of er sprake is van groepsdruk, of een jongere wordt aangemeld voor een alternatief nu er een wachtlijst is of dat andere oorzaken een rol spelen.

Jongeren die door een gebrek aan zelfinzicht of groepsdruk niet willen deelnemen aan de therapie kunnen mogelijk op indirecte wijze als nog in aanraking komen met de therapie. Hiervoor zal naar alternatieven moeten worden gezocht. Naamsverandering en verplichte sport en bewegen lessen in een vroeg stadium van het verblijf, gestoeld op een aantal aspecten van PMT, kunnen hierbij helpen.

Meerdere jongeren worden nu om uitlopende redenen niet bereikt en er kan worden gesteld dat het potentieel van PMT nog niet volledig wordt benut. Als de acceptatie van de therapie doorzet als gevolg van de inzet van de therapeuten is het reëel om te veronderstellen dat de huidige formaties ontoereikend zullen zijn. Met de vergaande bezuinigingen op komst, maar de blijvende doelstelling van 10% recidive daling in 2020 dienen directies zich af te vragen of vaktherapie en PMT in het bijzonder een prominentere rol zouden moeten spelen in de toekomst. Op basis van het financiële overzicht zoals dit is weergegeven kun je stellen dat een verandering van de interne gelden binnen een JJI kan leiden tot een grotere deelname aan PMT. Op basis van de positieve effecten die eerder gemeten zijn, mag de conclusie worden getrokken dat de kans op afname van recidive hiermee wordt verhoogd. Dit wil zeggen dat minder jongeren zullen terugkeren in een JJI, wat tot een plaatsreductie kan leiden. En iedere kamer die minder gebruikt dient te worden kan momenteel nog een besparing opleveren van rond de 130.000 euro op jaarbasis.

Hoofdstuk 5 Aanbevelingen

Mijn aanbevelingen zijn voornamelijk gericht aan het hoofd van de stafafdeling van een JJI.

Tijdens PMT kan in een veilige omgeving worden geëxperimenteerd met een realistischer zelfbeeld en kunnen lichaamssignalen zowel van een jongere zelf als die van de ander sneller worden herkend. Nu door uiteenlopende redenen niet alle jongeren worden bereikt die hiervoor wel in aanmerking komen dient binnen de stafformatie hierover gesproken te worden.

Om te beginnen zou ik willen zeggen dat het monitoren van geschikte kandidaten en alle vervolgstappen zorgvuldiger dient te gebeuren. Op basis daarvan kan inzichtelijk worden gemaakt hoe groot het percentage is welke niet wordt bereikt en kan gekeken worden of dit acceptabel is.

Een van de aanpassingen om niet bereikte jongeren sneller in aanraking te laten komen met PMT is het onderscheid lang- versus kortverblijf te laten vervallen nu de nadelen van het afbreken van een therapie minder zwaar wegen, dan de positieve effecten van gedeeltelijke deelname.

Verder dient groeps-PMT een meer prominente rol te krijgen in de beginfase van het verblijf van een jongere. Door dit als verplicht onderdeel in het dagprogramma te verwerken is een eerste kennismaking gerealiseerd, wat in de toekomst kan leiden tot een makkelijkere instap van jongeren naar individueel gerichte therapie. De extra kosten die dit met zich mee zal brengen zijn mogelijkterwils binnen het eigen budget van de instelling op te vangen.

Tot slot zou er gekeken moeten worden naar de mogelijkheid om ouders/verzorgers te betrekken bij een aantal PMT sessies. Zowel vanuit behandelooptpunt als in kostenbesparing is hier aanleiding toe. Voor jongeren uit de schaamtecultuur lijkt dit wat lastiger realiseerbaar, maar zou vervolgonderzoek hier meer inzicht in moeten kunnen geven.

Nawoord: Verdere ontwikkeling PMT binnen en buiten de Justitiële Jeugdinrichtingen

De strategische context

Er is geen sector in Nederland waar zowel het publiek als de politiek zich zo intensief mee bezig houdt als Veiligheid en Justitie.

De organisatorische context

Justitiële inrichtingen zijn al zo oud als de wereld en kennen een lange geschiedenis van functioneren. Hierdoor zijn het organisaties met diep gewortelde tradities, werkwijzen en gebruiken.

Kijkend naar de organisatiecultuur, dan lijkt de beheersgerichte cultuur het meest van toepassing (rolcultuur volgens Harrison¹). Immers: procedures en regels nemen een zeer belangrijke plaats in, de lange termijn doelen zijn stabiliteit, efficiëntie en voorspelbaarheid en de leidinggevenden richten zich vooral op het (laten) uitvoeren en bewaken van afspraken en regels.

JJI's zitten met de bijzondere opdracht dat zij in het kader van het jeugdstrafrecht nadruk dienen te leggen op de heropvoeding van de jongere en het voorkomen van recidive. (en niet op vergelding en leedtoevoeging zoals bij het Volwassenen strafrecht) De gedachte hierachter is dat een jongere nog het vermogen heeft om te veranderen.

Op basis van deze gedachte dienen Justitiële Jeugdinrichtingen een behandeling samen te stellen waarbij aan het voorgaande zo goed mogelijk kan worden voldaan, maar daarnaast kent dezelfde instelling wel allerlei kenmerken van een 'gewone' strafinstelling.

Kwaliteitsverbeteringen Justitiële Jeugdinrichtingen

De JJI's staan al langere tijd in de belangstelling van het publiek en de politiek. Naar aanleiding van signaleringen van de Inspecties werd in 2007 het project Kwaliteitsverbetering Justitiële Jeugdinrichtingen gestart. In november 2010 werd de Eindrapportage aangeboden.

Naar aanleiding van het project werd binnen alle JJI's een uniforme basismethodiek 'YOUTURN' ingevoerd. Ook werd afgesproken dat vanaf medio 2011 alleen nog maar met erkende gedragsinterventies gewerkt zou worden.

Verder werd er een Actieplan Professionalisering Jeugdzorg opgesteld en werd een Kwaliteitsborgingsysteem ingevoerd. De jongeren die in de JJI's verblijven kunnen via een periodieke Jeugdsurvey hun ervaringen kenbaar maken.

Masterplan DJI

Op dit moment is het Masterplan DJI in behandeling bij de Tweede Kamer. De Justitiële Jeugdinrichtingen vormen één van de onderdelen van DJI.

¹ Kleijn, H.G. & Rorink, F.J. (2005). Verandermanagement, een plan van aanpak voor integrale organisatieverandering en innovatie.

Voor het uitvoeren van haar kerntaken heeft DJI de komende jaren aanzienlijk minder geld beschikbaar.

Wat betreft de JJI's wordt de huidige overcapaciteit – in de vorm van eerder buiten gebruik gestelde locaties – definitief afgestoten.

De aangekondigde maatregelen in het Masterplan hebben aanzienlijke gevolgen voor het personeel. Dit betreft voor het overgrote deel medewerkers van het Gevangeniswezen.

Aangekondigde plannen leiden tot veel commotie onder het personeel.

Op meerdere fronten wordt er van de instellingen en de mensen die daar werken 'cultuuromslagen' verwacht.

Punten van aandacht

Het management van de JJI's staat onder zware druk om te voldoen aan de politiek / bestuurlijke beslissingen. De druk is hoog, de termijnen zijn kort en de beschikbare middelen krimpen.

Bij van verandering van en binnen de JJI's dient rekening te worden gehouden met de diep gewortelde organisatiecultuur en de inherente spanning tussen opsluiten en straffen en heropvoeden. Er is sprake van een rolcultuur waarbij ook voortdurend de taakcultuur om de hoek komt kijken (Kleijn, 2005).

Ingrijpende veranderingen maken dat veranderbereidheid in deze periode waarschijnlijk niet groot is. "We hebben al genoeg sores op ons bord"

Er lopen al allerlei verbetertrajecten, nieuwe veranderingen hebben de meeste kans van acceptatie als ze de lopende trajecten aanvullen en/of verbeteren.

De doelgroep

Er is veel onderzoek gedaan naar de problematiek en stoornissen van de jongeren die in een JJI zijn opgenomen. De niet vrolijk stemmende lijst geeft aan dat er vaak sprake is van:

- Meervoudige gedragsproblematiek
- Extreem grensoverschrijdend gedrag
- Gedragsproblemen op meerdere gebieden
- Psychiatrische problematiek
- Problemen op het relationele vlak
- Gebrekkige gewetensvorming
- Middelenmisbruik

En over het gezin / de gezinsproblematiek wordt gezegd:

- Multi-problem gezin met beperkte opvoedingsvaardigheden
- Gebroken gezinnen en meerdere verblijfplaatsen
- Veel risicofactoren en weinig beschermende factoren
- Chroniciteit van de problematische situatie en verantwoordelijkheid
- Handelingsverlegenheid bij professionals, zowel in het onderwijs als in de hulpverlening

De literatuur overziende is er sprake van een doelgroep waar heel veel in geïnvesteerd is en wordt en waarbij de resultaten pover zijn. Het benaderen, ondersteunen, begeleiden en behandelen van deze doelgroep(en) is een zware klus. De specifieke context van de JJI maakt de benadering et cetera deels gemakkelijker (je hebt ze immers 'in huis'), maar deels ook moeilijker (men zit er onvrijwillig)

Het behandelingskader

Binnen de JJI's zijn de behandelingsinterventies geprotocolleerd en georganiseerd. Vaktherapie is daarbij een overkoepelend begrip voor vijf interventies: beeldende therapie, dans-bewegingstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie (PMT). Vaktherapie is een niet-cognitieve interventie. Bij cognitieve therapieën staan praten, denken en reflecteren centraal. Kenmerkend voor de vaktherapie is dat zij langs niet-cognitieve en niet-verbale weg gedragsverandering nastreeft.

Psychomotorische therapie (PMT) is binnen de JJI's een nog in ontwikkeling zijnde behandelvorm. PMT is interessant omdat het een aanvulling lijkt te bieden op de andere behandelinterventies en de jongeren onder andere leert zich beter gewaar te worden van de eigen emoties en interacties.

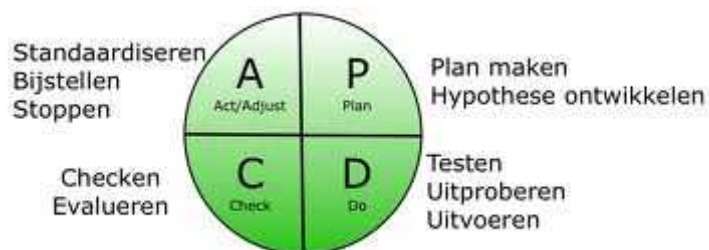
Punten van aandacht

Gedragsveranderingen aanbrengen bij deze groep is erg moeilijk en zeker waar er sprake is van dwang. Dus wees realistisch in je doelstellingen.

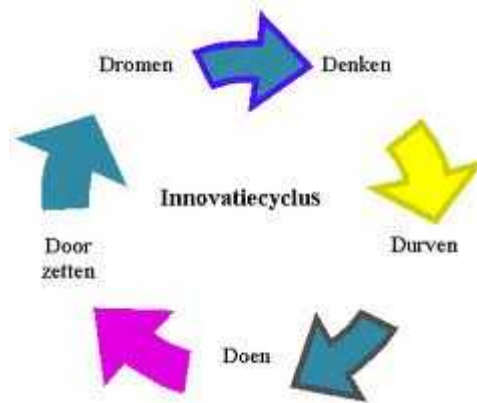
Verdere invoering van de PMT dient te stroken met het lopende beleid en de door de JJI's afgesproken behandelingskaders.

Voorstellen tot verdere ontwikkeling van PMT binnen en buiten de JJI's

Er zal van PMT binnen zowel Teylingereind als alle JJI's een speerpunt moeten worden gemaakt. De eerste aanzet hiertoe zal ik doen binnen Teylingereind, waarna andere partijen hierbij betrokken zullen worden. De Raad van Bestuur van Teylingereind dient dit op te pakken door er structuur aan te geven door het opzetten van een project. Dit project zal dienen te verlopen volgens de PDCA-cyclus zoals deze gebruikt wordt in het INK managementmodel en A3 methodiek. Deze laatste methodiek is algemeen gehanteerd binnen de JJI's.



De projectgroep zou door middel van appreciative inquiry de andere lagen van de organisatie en de jongeren erbij moeten betrekken. Dit onderzoek heeft hier de eerste stappen al ingezet. De innovatiecyclus kan gebruikt worden om een gezamenlijk toekomstbeeld in de praktijk te creëren.



Plan:

Op basis van dromen en denken ontwikkelt de projectgroep verschillende hypotheses. Als het gaat om het terugdringen van recidive onder jeugdigen die in aanraking zijn gekomen met justitie dienen binnen een JJI de aanbevelingen uit dit onderzoek te worden uitgevoerd. Hier kan nog worden toegevoegd dat ook vanuit het nazorgtraject PMT een goed middel zou zijn om jongeren en ouders te helpen.

Daarnaast kan de hypothese worden uitgewerkt of en in welke mate PMT bij volwassen gedetineerden gedragsverandering te weeg kan brengen. De komende jaren zal een versoberd regime worden ingevoerd binnen het volwassen gevangeniswezen en zal de enkelband in een bepaalde vorm meer zijn intrede doen. Daar waar gedetineerden dus meer tijd op cel moeten doorbrengen is het goed om de tijd die zij buiten cel zijn zo goed mogelijk te besteden. Lichaamsbeweging gecombineerd met gewaarzijn, weten wat je doet en voelt zou hierin een belangrijke plek kunnen verwerven.

Tot slot kan ook de hypothese worden uitgewerkt waarbij PMT preventief kan worden gebruikt buiten JJI's. Dit wil zeggen dat er gekeken moet worden naar een samenwerkingsverband tussen JJI's, volwassen gevangenis en derden. Hierbij denk ik vooral aan bureau jeugdzorg, GGD en aan gemeenten. Veel overheidsgeld/taken worden binnenkort overgeheveld naar gemeenten en zij mogen dan zelf bepalen hoe zij gelden voor hulp willen gaan inzetten. PMT kan dan onder andere via buurtcoaches, jongerenwerkers, etc. worden ingezet waarbij de kennis van medewerkers uit de JJI's en volwassen inrichtingen worden ingevlogen. Op die manier kunnen inrichtingen hun inbreng naar de samenleving vergroten. Dit is zowel voor waardering vanuit de bevolking als voor het behoud en creëren van banen een mooie kans.

Het blijft hierbij belangrijk om terminologie te vermijden die bij de doelgroep weerstand kan oproepen. Gebruik de methodieken, maar geef ze een ander label die betrokkenen aanspreekt.

Do:

Vanuit het denken zal de stap gezet moeten worden (durven) om zaken in werking te zetten. Onder andere de volgende punten kunnen hier worden genoemd:

Leg contact met de beroepsgroep NVPMT en maak een sub- of vakgroep PMT binnen Justitiële Inrichtingen.

Creëer een gebruikersgroep/overleg. Luister heel goed wat de deelnemers aan ideeën en wensen hebben. Geef hen de ruimte om mee te denken en te ontwikkelen.

Creëer een periodiek overleg van vaktherapeuten/PMT. In dit overleg wordt mogelijkheid geboden om ervaringen uit te wisselen, elkaar te helpen en te participeren in het Project Ontwikkeling PMT.

Leg contact met de organisaties die zich bezig houden met de erkenning van behandelingsinterventies binnen de JJI's.

Leg contacten met onderzoekers, bureau jeugdzorg, GGD, hogescholen, hbo's en gemeenten die interesse hebben/moeten krijgen in PMT.

Probeer een experimenteer (pilot) potje te vinden voor de opzet van het project.

Schakel externe PMT trainers in bij het project.

Besteedt veel tijd en aandacht aan het benaderen en op de hoogte houden van belanghebbenden en belangstellenden.

Zorg dat het monitoren van wel/geen deelname wordt geborgd.

Check:

Volgens de PDCA Cyclus moeten momenten worden vastgesteld waarop wordt geëvalueerd of en hoe plannen zijn opgepakt, maar ook of de wijze waarop zaken zijn opgepakt zowel praktisch als inhoudelijk werken.

Hiervoor dienen onderzoekers aan het project te worden gekoppeld en zullen er op meerdere momenten audits moeten worden uitgevoerd. De Balanced Scorecard (Klein, 2005) kan hierbij gebruikt worden.

Act:

Op basis van de evaluaties kunnen er aanpassingen worden gedaan. Daar waar mogelijk zal er moeten worden doorgezet en kan er gedroomd worden over de volgende stap. Op deze wijze ontstaat er een werkwijze waarbij er voortdurend sprake is van ontwikkeling.

Slot

Wat is er mooier dan via de invalshoek 'Beweging' mee te kunnen werken aan het terugdringen van crimineel gedrag.

Literatuur

Andrews, D. A., Zinger, I., Hoge, R. D., Bonta, J., Gendreau & Cullem, F. T. (1990). *Does correctional treatment work? A clinically relevant and informed meta-analysis*. *Criminology*, 28, 369-404.

Andrews, D. A., Leshied, A. & Hoge, R. D. (1992). *Review of the profile, classification and treatment literature with young offenders: A social psychological approach*. Ontario: Ministry of Community Social Services.

Baarda, B (2009). *Dit is onderzoek*. Houten: Noordhoff Uitgevers Groningen

Baas, N. J. (2005). *Wegen naar een recht pad. Strafrechtelijke interventies voor delinquenten jongeren, inclusief verplichte nazorg, en naar het effect van interventies die zich voor een strafrechtelijk kader zouden kunnen lenen, alsmede naar interventiecondities die dat effect beïnvloeden*. Den Haag: WODC.

Bartels, A. A. J., Schuurmsma, S. & Slot, N. W. (2001). *Interventies*. In: R. Loeber, W. Slot & J. A. Sergeant (red.). *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie, omvang, oorzaken en interventies*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Bijl, B., Beenker, L., Vogelvang, B. & Veltkamp, E. (2003). *Onderzoek ITB Harde Kern en ITB Criem*. Den Haag: WODC/Ministerie van Justitie.

Bijl, T. de (2004). *PMT-interventies bij PTSS*. Scriptie Vrije Universiteit Faculteit der Bewegingswetenschappen.

Boendemaker, L. & Yperen, T. van (2003). *Kansen in de keten, een gemeenschappelijk referentiekader voor de justitiële jeugdinrichtingen*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Jeugdinrichtingen.

Boendemaker, L. & Ince, D. (2010). *Wat werkt bij jeugdigen met gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

Beurs, E. de & Barendregt, M. (2008). *Mogelijkheden voor therapie-effectonderzoek in de tbs-sector: komen tot een evidence base onder zorgprogramma's*. Utrecht: NIFP.

Dam, C van (2004). *Juvenile criminal recidivism. Relations with personality and post release environmental risk and protective factors*. Academisch proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit Nijmegen.

Fahrenfort, J. (1986). *Psychomotorische therapie. Een onderzoek naar het gebruik van bewegings- en lichaamsgeoriënteerde methoden in de psychiatrie*. Amsterdam: VU Uitgeverij.

Geest, V. van der, Bijleveld, C. & Wijkman, M. (2005). *Delinquentie na behandeling*. Den Haag: NSCR.

Gratton, C & Jones, I (2004). *Onderzoeksmethoden voor sportstudies*. London: Routledge

Hutschemaekers, G., Tiemens, B. & Smit, A. (2006). *Weg van professionalisering. Paradoxe bewegingen in de geestelijke gezondheidszorg*. Wolfheze: GRIP, De Gelderse Roos.

Jol, D. (1997). Psychomotorische therapie bij posttraumatische stress-stoornis. *Bewegen & Hulpverlening*, 14, 231-249.

Lange, J. de, Bosscher, R.J., (2005). *Psychomotorische therapie in de praktijk*. Amsterdam: Boom.

Lodewijks, H. (2008). *Violence risk assessment in adolescents in the Dutch juvenile system. Studies on the reliability and predictive accuracy of the SAVRY*. Amsterdam: Rozenberg Publishers.

Nieuwenhuijzen, M. van (2004). *Social information processing in children with mild intellectual disabilities*. Proefschrift. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Plaisier, J. (2007). Afstemming van gedragsinterventies voor jeugdige delinquenten, in opdracht van de directie Justitieel Jeugdbeleid van het ministerie van Justitie. Impact R&D, blz: 18-20.

Raad voor de Kinderbescherming (2011). *Jeugdstrafrecht, In vraag & antwoord*. Landelijk Bureau Utrecht.

Sitskoorn, M. (2008). *Het maakbare brein – gebruik je hersens en wordt wie je wilt zijn*. Amsterdam: Uitgeverij Bert Bakker.

Smeijsters, H., Dijkema, P., Kil, J., Kurtjens, H., Welten, J. & Willemars, G (2012). *Psychomotorische therapie in de Justitiële Jeugdinrichtingen en Gesloten Jeugdzorg*. Heerlen: KenVaK Publishers.

Spence, S. H. (1981). Differences in social skills performance between institutionalized juvenile male offenders and a comparable Group of boys without offence records. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 163-171.

Wartna, B. S. J., Tollenaar, N., Blom, M., Alma, S. M., Essers, A. A. M. & Bregman, I. M. (2010). *Factsheet 2010-6, Recidivebericht 1997-2007*. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum.

Websites

www.innovatie-alliantie.nl

www.kennislink.nl

www.pmtinfosite.nl

www.sciencedirect.com

www.wodc.nl

Appendices

Appendix I

Wetenschappelijke onderbouwing volgens richtlijnen Trimbos Instituut

Tabel 1: Indeling van methodologische kwaliteit van individuele studies

	Interventie	Diagnostische accuratesse onderzoek	Schade of bijwerkingen, etiologie, prognose*
A1	Systematische review van ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van A2-niveau		
A2	Gerandomiseerd dubbelblind vergelijkend klinisch onderzoek van goede kwaliteit van voldoende omvang	Onderzoek ten opzichte van een referentietest (een 'gouden standaard') met tevoren gedefinieerde afkapwaarden en onafhankelijke beoordeling van de resultaten van test en gouden standaard, betreffende een voldoende grote serie van opeenvolgende patiënten die allen de index- en referentietest hebben gehad	Prospectief cohortonderzoek van voldoende omvang en follow-up, waarbij adequaat gecontroleerd is voor 'confounding' en selectieve follow-up voldoende is uitgesloten
B	Vergelijkend onderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 (hieronder valt ook patiënt-controleonderzoek, cohort-onderzoek)	Onderzoek ten opzichte van een referentietest, maar niet met alle kenmerken die onder A2 zijn genoemd	Prospectief cohortonderzoek, maar niet met alle kenmerken als genoemd onder A2 of retrospectief cohortonderzoek of patiënt-controleonderzoek
C	Niet-vergelijkend onderzoek		
D	Mening van deskundigen		

** Deze classificatie is alleen van toepassing in situaties waarin om ethische of andere redenen gecontroleerde trials niet mogelijk zijn. Zijn die wel mogelijk dan geldt de classificatie voor interventies.*

Tabel 2: Niveau van bewijs van de conclusie

Conclusie gebaseerd op	
1	Onderzoek van niveau A1 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau A2
2	Eén onderzoek van niveau A2 of ten minste twee onafhankelijk van elkaar uitgevoerde onderzoeken van niveau B
3	Eén onderzoek van niveau B of C
4	Mening van deskundigen

Appendix II

De negen jongens die hebben deelgenomen aan het onderzoek zijn tussen de 15 en 21 jaar oud. 3 jongens zijn van Nederlandse, 2 van Marokkaanse, 2 van Turkse, 1 van Surinaamse en 1 van Roemeense komaf.

1 geïnterviewde jongen zat op een kortverblijf groep en heeft door een vroegtijdig vertrek de therapie niet afgemaakt, 3 jongeren zaten op de observatiegroep, waarvan 1 de therapie niet heeft afgemaakt en 5 jongeren op een langverblijf groep, waarvan 2 de therapie niet hebben afgemaakt.

De 2 jongens die uiteindelijk afhaakte en niet meer aan het onderzoek wilde meewerken zijn 18 en 20 jaar oud, van Nederlandse komaf en verblijven op een langverblijf groep.

Appendix III

Twee van de drie gedragswetenschappers zijn werkzaam binnen Forensisch Centrum Teylingereind en gekoppeld aan een langverblijf groep. Zij zijn respectievelijk 2,5 en 4 jaar in functie.

De derde gedragswetenschapper is werkzaam bij JJI De Heuvelrug en heeft 7 jaar ervaring.

De GZ-psychologen zijn werkzaam in Teylingereind, 9 jaar ervaring en in De Heuvelrug 34 jaar ervaring.

De PMT therapeuten zijn werkzaam in Teylingereind, 6 jaar ervaring en Rentray, 5 jaar ervaring.

Procedure Interventie vaktherapie

Soort document	Procedure
Doel	Het signaleren, aanmelden en uitvoeren van vaktherapieën aan jongeren.
Proceseigenaar	Hoofd behandeling
Doelgroep	Behandelcoördinator Groepsleider Vaktherapeut Jongere
Middelen	<ul style="list-style-type: none">◆ 2.2.1.2.a Formulier Aanmelding PMO◆ 2.3.07.2.a Formulier Aanmelding vaktherapie◆ 2.3.07.2.b Formulier Intake vaktherapie◆ 2.3.07.2.c Formulier Observatieverslag vaktherapie◆ 2.3.07.2.d Formulier Evaluatie jongere observatieperiode vaktherapie◆ 2.3.07.2.e Formulier Tussenevaluatie jongere vaktherapie◆ 2.3.07.2.f Formulier Perspectiefplan vaktherapie◆ 2.3.07.2.g Formulier Eindverslag vaktherapie◆ 2.3.07.2.h Formulier Eindevaluatie jongere vaktherapie◆ 2.3.07.2.i Formulier Evaluatieverslag groeps-vaktherapie◆ 2.3.07.2.j Formulier Evaluatieverslag groepsmodule vaktherapie◆ 2.3.07.2.k Formulier Evaluatie jongere groepsmodule vaktherapie◆ 2.3.07.2.l Formulier Verslag DDS onderzoek◆ 2.3.07.2.m Formulier Evaluatieverslag rechtbanktraining◆ 2.3.07.2.n Formulier Evaluatie jongere rechtbanktraining◆ 2.3.07.2.o Formulier Informatiemap vaktherapie◆ Dossier jongere

Definities

Inhoud

1. Stroomschema

N.v.t.

2. Procesbeschrijving

2.1 Signaleren behoefte aan vaktherapie

Nr.	Functie	Activiteit	Omschrijving
1	Behandelcoördinator	Signaleren	<ul style="list-style-type: none">- Signaleert gedurende het behandeltraject dat er behoefte is aan een vorm van vaktherapie en bedenkt vast het soort vaktherapie.- Bespreekt dit met het team. <p>N.B. Naast de soorten vaktherapie: individueel, groepstherapie en groepsmodule wordt ook rechtbanktraining aangeboden.</p>

Procedure Interventie vaktherapie

2	Groepsleider	Signaleren	<ul style="list-style-type: none"> - Signaleert gedurende het behandeltraject dat er behoefte is aan een vorm van vaktherapie en bedenkt vast het soort vaktherapie. - Bespreekt dit met de BC. - Bespreekt dit met het team.
3	Behandelcoördinator, mentor	Keuze maken	<ul style="list-style-type: none"> - Bespreekt de overweging om aan te melden voor vaktherapie met de jongere. - Vraagt aan de jongere, aan de hand van het formulier 'Informatiemap vaktherapie', de voorkeur voor het soort vaktherapie.

2.2 Besluitvorming

Nr.	Functie	Activiteit	Omschrijving
1	Behandelcoördinator	Besluitvorming voor therapie	<ul style="list-style-type: none"> - Besluit de jongere via het PMO in te brengen voor vaktherapie - Vult het For. 'Aanmeldformulier PMO' in. - Bespreekt de aanmelding tijdens het PMO.
2	Behandelcoördinator	Vastleggen	<ul style="list-style-type: none"> - Legt de besluitvorming voor vaktherapie en de voorkeur voor het soort vaktherapie vast in het perspectiefplan.

2.3 Afspraak plannen

Nr.	Functie	Activiteit	Omschrijving
1	Behandelcoördinator	Gesprek plannen	<ul style="list-style-type: none"> - Maakt een afspraak via groepsleider voor een gesprek met de jongere en zijn mentor.
2	Groepsleider	Plannen	<ul style="list-style-type: none"> - Noteert de afspraak in de agenda. - Stelt de jongere mondeling op de hoogte. - Draagt dit schriftelijk over aan de mentor.
3	Behandelcoördinator	Overleg	<ul style="list-style-type: none"> - Overlegt met de jongere en zijn mentor welke leerdoelen uit de ontwikkelprofielen waaraan de jongere werkt, het meest belangrijk zijn voor de jongere.

2.4 Aanmelden voor vaktherapie

Nr.	Functie	Activiteit	Omschrijving
1	Behandelcoördinator	Aanmelden jongere	<ul style="list-style-type: none"> - Vult het formulier 'Aanmelding vaktherapie' in. - Formuleert doelen vanuit de ontwikkelprofielen van de jongere die een indicatie zijn voor de therapie. - Motiveert de voorkeur voor een vorm van vaktherapie. - Mailt deze naar de vakgroep vaktherapie.
2	Vakgroep therapeuten	Overleggen	<ul style="list-style-type: none"> - Overlegt welke vorm van vaktherapie het beste aansluit bij de doelen vanuit de ontwikkelprofielen van de betreffende jongere.

Procedure Interventie vaktherapie

			<ul style="list-style-type: none"> - Plaatst hem zo nodig op de wachtlijst. - Stuurt de wachtlijst naar de behandelcoördinatoren.
3	Vak-therapeut	Informereren behandelcoördinator	<ul style="list-style-type: none"> - Neemt contact op met de behandelcoördinator zodra hij ruimte heeft om de vaktherapie te starten. - Bespreekt, indien gewenst, samen met de behandelcoördinator de aanmelding voor.

2.5 Intake gesprek

Nr.	Functie	Activiteit	Omschrijving
1	Vak-therapeut	Voeren intake gesprek	<ul style="list-style-type: none"> - Voert een intakegesprek, aan de hand van het formulier 'Intake vaktherapie', met de jongere, eventueel samen met de behandelcoördinator en/of mentor groep.

2.6 Observatie

Nr.	Functie	Activiteit	Omschrijving
1	Vak-therapeut	Therapie geven	<ul style="list-style-type: none"> - Nodigt de jongere uit voor een observatieperiode van drie tot vijf sessies. - Geeft uitleg tijdens het eerste gesprek over de werkwijze, opbouw, observatieperiode en therapie. - Schrijft na drie tot vijf keer een verslag formulier 'Observatieverslag vaktherapie' om te kijken of er een werkbare situatie is ontstaan, of de jongere gemotiveerd is om aan zijn doelen te werken, of de doelen die aan het begin gesteld zijn zichtbaar worden tijdens de observatieperiode en of het medium aansluit. <p>N.B. Indien er tijdens de observatie een DDS onderzoek (Diagnostic Drawing Series) plaatsvindt, vult de beeldend vaktherapeut het formulier 'Verslag DDS onderzoek' in.</p>
2	Jongere	Verslag schrijven	<ul style="list-style-type: none"> - Vult na drie tot vijf keer het formulier 'Evaluatie jongere observatieperiode vaktherapie' in.
3	Vak-therapeut	Afspraken maken	<ul style="list-style-type: none"> - Maakt een afspraak via de mail met de mentor en/of behandelcoördinator en de jongere om de voortgang van de therapie te bespreken.
4	Vak-therapeut	Evalueren	<ul style="list-style-type: none"> - Bespreekt met de jongere, mentor en/of behandelcoördinator de voortgang van de therapie. - Blijkt dat de vaktherapie niet aansluit en/of de jongere besluit te stoppen, dan kan op dit moment in overleg de therapie beëindigd worden. - Wordt er besloten om door te gaan dan is er iedere vijf, acht tot tien weken een

Procedure Interventie vaktherapie

			evaluatie moment met de jongere, mentor en/of behandelcoördinator over de voortgang via het formulier 'Tussenevaluatie jongere vaktherapie'.
4	Vak-therapeut	Bijdrage perspectief planbespreking	- Bespreekt de observaties en voortgang van de therapie in de eerstvolgende perspectiefplan bespreking.

2.7 Therapie geven

Nr.	Functie	Activiteit	Omschrijving
1	Vak-therapeut	Therapie geven	- Geeft op vaste momenten de betreffende therapie en houdt behandelcoördinator/mentor groep op de hoogte van de voortgang middels het formulier 'Perspectiefplan vaktherapie'. N.B. Indien het groeps-vaktherapie betreft: vult de vaktherapeut het formulier 'Evaluatieverslag groeps-vaktherapie' in.
2	Vak-therapeut	Afsluiten	- Sluit de therapie af en schrijft een formulier 'Eindverslag vaktherapie'. - Laat de jongere tevens een formulier 'Eindevaluatie jongere vaktherapie' invullen. - Bespreekt het formulier 'Eindverslag vaktherapie' en formulier 'Eindevaluatie jongere vaktherapie' met de behandelcoördinator/mentor. N.B. - Indien het groepsmodule betreft: vult de vaktherapeut het formulier 'Evaluatieverslag groepsmodule vaktherapie' en de jongere een formulier 'Evaluatie jongere groepsmodule vaktherapie'. - Indien het rechtbanktraining betreft: vult de vaktherapeut het formulier 'Evaluatieverslag rechtbanktraining' in en de jongere een formulier 'Evaluatie jongere rechtbanktraining'.
3	Vak-therapeut	Bijdrage perspectief planbespreking	- Bespreekt het verloop van de therapie tijdens de perspectiefplan besprekingen.

3. Taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden

N.v.t.

Module vaktherapie: Freerunnen

Werkwijze:

Gedurende 8 bijeenkomsten wordt er in een groepje van 4 jongeren kennis gemaakt met freerunnen. Tijdens deze 8 keer staat het "doen en ervaren" centraal. Binnen het freerunnen gaan we gezamenlijk opzoek naar grenzen, werken we aan zelfvertrouwen en zelfcontrole waarin succeservaring een belangrijk rol speelt. Jongeren maken voorafgaand de module in overleg met BC / mentor een doel waar gedurende de module aangewerkt wordt.

Wat is Freerunnen? Freerunnen is een sport waarbij je je zo snel en mooi/beheerst mogelijk verplaatst van A naar B en je daarbij op,over of onder obstakels verplaatst.



De stress zorgt voor het succes; Bij het maken van een nieuwe sprong merk je vaak dat je tegen een "drempel" aanloopt. Je weet dat iets kan of zou moeten kunnen maar vertrouwen om het te doen ontbreekt. Door samen te oefenen en het uiteindelijk toch te doen maakt de succeservaring groot (Timmers,2011).

Binnen de oefeningen wordt een kleine stressprikkel ervaren gevolgd door een actie en een succeservaring. Om de stress prikkel voor elke jongere op niveau aan te bieden wordt er gedifferentieerd qua opdrachten of de uitvoering hiervan. Sommige jongeren zullen hierin moeten worden uitgedaagd om een nieuwe stap te nemen. Anderen moeten daarentegen juist worden afgeremd om te zorgen dat ze niet teveel stappen tegelijk maken en het risico lopen om negatieve ervaringen op te doen.

Naast de eigen ervaring is het **groepsproces** een belangrijk item. Door elkaar te helpen ,tips en complimenten te geven wordt er gestreefd naar een "wij-gevoel" . Door geregeld samenwerkingsopdrachten binnen de activiteiten te verwerken, worden de jongeren uitgedaagd tot nieuw sociaal gedrag en succeservaringen.

Als afsluiting leggen de jongeren gezamenlijk hun tricks en ervaringen vast op film.

Doelen:

- Positieve ervaringen opdoen in het contact met leeftijdsgenoten.
- Op een adequate manier samenwerken.
- Grenzen ontdekken, opzoeken en overwinnen.
- Leren omgaan met angst / spanning.
- Het verkrijgen van meer zelfvertrouwen en een positiever zelfbeeld.
- Het verkrijgen van vertrouwen in de ander.



Indicaties:

Het project "**freerunnen**" is geschikt voor jongeren die:

- open staan om te leren in een groep
- moeite hebben met het gegeven 'therapie' en misschien gemakkelijker in beweging komen middels een vorm als deze
- open staan om in beweging te komen
- open staan om de uitdaging freerunnen aan te gaan.
- plezier beleven aan sport en spel
- willen leren en werken aan hun zelfvertrouwen en sociale vaardigheden



Contra indicaties:

Het project "**freerunnen**" is niet geschikt voor jongeren die:

- te storend gedrag laten zien binnen een groepssetting, en die mogelijk moeten starten met een meer individuele benadering
- Geen affiniteit hebben met freerunnen als middel.
- mogelijk op korte termijn de instelling verlaten waardoor ze het project niet kunnen afronden

Rol therapeut:

Het "**freerunnen**" wordt verzorgd door de psychomotorisch therapeut.

De therapeut:

- Creëert een "speelruimte" met diverse hindernissen/obstakels.
- Zorgt voor veiligheid.
- Motiveert en stimuleert en complimenteert de jongeren.
- Wisselt het hulpverleners af met het actief meedoen (creëren "wij" gevoel/gelijkwaardigheid, jongeren kunnen therapeut ook tips geven)

Procedure:

De jongeren kunnen aangemeld worden door de behandelcoördinator. Hiervoor heeft de behandelcoördinator een gesprek met de jongere gehad waarbij zowel de leerdoelen zijn besproken als mede de motivatie van de jongeren om tot beweging te komen. De jongere moet voor beide aspecten open staan!

Wanneer er vier aanmeldingen zijn gedaan zal er gekeken worden naar de mogelijkheden van de groepssamenstelling en zal de therapeut de verschillende jongeren benaderen voor een kennismaking.

Het freerunnen zal na schooltijd plaatsvinden en zal 8 bijeenkomsten lang, eenmaal of tweemaal per week, 1 uur in beslag nemen.

Het wordt afgesloten met een bijeenkomst waarbij behandelcoördinatoren en mentoren worden uitgenodigd waarin de film wordt gepresenteerd. De jongeren kunnen laten zien wat ze geleerd en ontdekt hebben.