



Tot hier en nu verder!

Zorgprogramma Gewelddadig
Grensoverschrijdend Gedrag



DE TENDER

forensische poli- en dagkliniek



DE TENDER

forensische poli- en dagkliniek

COLOFON

Titel	Tot hier en nu verder! Zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag
Auteur “De Basis”	J.A.M. Verschuur T. Hendriks
Auteurs “Behandelonderdelen”	E. Baas N. van den Berg T. Bomers H. Bos H. Borghorst D. Dijkslag R. Fransen R. Graat A. Halma N. van Koolwijk I. Migchelbrink R. Plomp S. Quist P. Samsen F. Schurmans J.A.M. Verschuur M. Verwielen G. Willemars/E. Kampen
Eindredactie	T. Hendriks J. Verschuur G.R. van Vroonhoven-Mensing
Lay-out	Drukkerij Maarse, Eibergen
Fotografie	Tinelou van der Elsken, Alexander Dijk
Druk	Drukkerij Maarse, Eibergen
Uitgave	Poli- en Dagkliniek De Tender, Deventer
ISBN	978-90-816168-0-5
Contactadres	Kamperstraat 24, 7418 CB Deventer

INHOUDSOPGAVE

INHOUDSOPGAVE



VOORWOORD	6
DEEL I - DE BASIS	8
1 Inleiding	9
2 Uitgangspunten	11
2.1 Missie	11
2.2 Behandelvisie	11
2.3 Visie op geweld	12
2.4 Wat werkt	13
2.5 Systeembehandeling	13
2.6 Overige zaken	14
3 Het doel van het Zorgprogramma	14
4 Doelgroep	14
4.1 De doelgroep van De Tender	14
4.2 De doelgroep van het zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag	15
5 De doelgroep nader beschreven	16
5.1 De doelgroep in de DSM-IV	16
5.2 De doelgroep in persoonlijkheidskenmerken	16
5.3 De doelgroep in stijlen	17
5.4 Samenvattend	19
5.5 Ten slotte	19
6 Deelprogramma Huiselijk Geweld	19
6.1 Inleiding	19
6.2 Visie van De Tender op huiselijk geweld	21
6.3 Het huisverbod	21
6.4 De doelgroep	22

7 Licht verstandelijk gehandicapten (LVG) en gewelddadig grensoverschrijdend gedrag	22
--	-----------

8 Behandeling	24
----------------------	-----------

8.1 Inleiding	24
8.2 Beschikbare behandelmodules.	24
8.3 Huisverbodtraject	27
8.4 Overig.	27

DEEL II - DE BEHANDELONDERDELEN	28
--	-----------

Algemeen	29
Risicotaxatie	29
Psychodiagnostiek	30
Delictpreventiegroep Agressie	32
Held zonder geweld -1.	34
Held zonder geweld -2	36
Dialectische gedragstherapie (DGT).	38
Dialectische gedragstherapie - Follow-up (DGT - FU)	41
Gestructureerde Psychodynamische Groepstherapie.	43
Cognitieve Gedragstherapie (CGT).	45
Individuele dynamische psychotherapie	47
Psychiatrisch onderzoek, consult, medicatiecontact.	50
Beeldende therapie	52
Dramatherapie	54
EMDR	56
Forensisch Psychiatrisch Toezicht en Forensisch Psychiatrische Thuiszorg (FPT De Tender, Forensisch (F)Act Team).	58
Maatschappelijk werk.	60
Equip	61
Systeemtherapie met systeemtaxatie	63
Psychosociale begeleiding	65
Groepscoaching voor volwassen ADHD-patiënten	67

Leefstijltraining	69
Behandeling in Detentie (BID)	71
Huiselijk Geweld	73
Preventiegroep relationeel geweld.	73
Systeemtherapie met systeemtaxatie	76
Licht Verstandelijk Gehandicapten (LVG)	77
Intensieve Poliklinische Groep voor Agressie (IPG-A)	77
Dramatherapie - LVG	79
Maatschappelijke inbedding - LVG.	81

LIJST VAN VOORNAAMSTE LITERATUUR

84

VOORWOORD

VOORWOORD

“Tot hier en nu verder” is de prikkelende titel van het voorliggende zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag. Doordat de titel zo prikkelend is schieten er allerlei gedachten door mijn hoofd:

“Tot hier” suggereert dat een streep of grens getrokken wordt terwijl de ondertiteling het over “grensoverschrijdend” heeft en vervolgens kun je je afvragen of je dan moet zeggen en “nu verder” of dat je – als de grens overschreden is – zou moeten zeggen “en nu terug”.

“Tot hier en nu terug”

Maar “terug” klinkt als regressie en je wilt door de inzet van modules uit het zorgprogramma juist voortgang boeken dus “verder”. En met de grensoverschrijding met betrekking tot geweld heeft de patiënt eigenlijk onze – volgens maatschappelijk gedragen norm - grens bereikt. En daarmee de voordeur van de polikliniek, van de behandeling.

“Tot hier en nu verder” geeft dus duidelijkheid en positief uitzicht.

Ik weet niet of de schrijvers ook op deze manier hun gedachten over de titel hebben laten gaan, maar hij dekt de lading, is krachtig en “beekt” goed, is de uitkomst van mijn hersenspinsels.

En dan heb ik het alleen nog maar over de titel gehad.
Die dekt de lading.

De Amerikaanse psycholoog Steven Pinker betoogt in zijn boek “The Better Angels of our Nature” dat in de loop van de wereldgeschiedenis het gebruik van geweld dramatisch is afgenomen. En dat zonder zorgprogramma’s. De afname van gewelddadig gedrag kan nu alleen maar in een nog grotere versnelling komen met dit voor u liggende zorgprogramma. Ik dank de schrijvers van dit programma voor hun inzet, want het is monnikenwerk.

John Nijhuis

DEEL 1 - DE BASIS

DE BASIS



1 Inleiding

De Tender is een forensisch psychiatrische poli- en dagkliniek waar patiënten worden behandeld die grensoverschrijdend, voor anderen gevaarlijk gedrag (kunnen) vertonen. Bij deze patiënten is sprake van een probleem met emotieregulatie en/of impulscontrole, wat kan leiden tot gewelds- of zedendelicten of een combinatie van beide. De Tender is onderdeel van stichting Oldenkotte, waar forensisch psychiatrisch centrum Oldenkotte ook deel van uitmaakt.

Het zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag is tot stand gekomen vanuit de vraag naar meer helderheid in het bestaande behandelaanbod. Daarnaast spelen vraagstukken met betrekking tot meer effectiviteit en efficiëntie. Deze vragen worden nadrukkelijk door externe partners gesteld, maar leven ook op De Tender zelf.

Een zorgprogramma is idealiter een sluitend en verantwoord behandelaanbod dat binnen een bepaalde regio beschikbaar is voor een omschreven doelgroep. Uitgaande van de huidige stand van zaken en kennis, beoogt dit zorgprogramma het optimale behandelprogramma te beschrijven voor patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag. Voornaamste doel is het terugdringen van het recidiverisico tot acceptabel niveau, in acceptabele vorm en onder voldoende controle.

Patiënten krijgen door dit programma kennis van en inzicht in de factoren die een rol spelen bij hun grensoverschrijdend gedrag. Dit kunnen persoonlijke factoren zijn maar ook factoren die te maken hebben met hun omgeving. In het verlengde hiervan krijgen patiënten zo nodig adviezen en handvatten aangereikt om toekomstig grensoverschrijdend gedrag te voorkomen. Vanuit de visie van De Tender dat eigen verantwoordelijkheid en eigen regie in hoge mate (delict)preventief werken, worden patiënten binnen hun mogelijkheden zelf verantwoordelijk gemaakt voor hun gedrag.

Met ketenpartners wordt zoveel mogelijk de samenwerking gezocht om de zorg inhoudelijk te laten aansluiten. Dit zorgprogramma blijft altijd ‘werk in uitvoering’ in de zin dat De Tender altijd naar de meest doelmatige afstemming met de partners in de regio streeft, altijd blijft zoeken naar de meest doelmatige behandelingen en naar de optimale verhouding tussen ideaal en realiteit.

De variatie aan gedrag dat als ‘gewelddadig’ wordt gekenmerkt en de variatie aan patiënten is erg groot. Dat betekent dat dit zorgprogramma ook varianten, keuzemogelijkheden en alternatieven biedt.

Agressie jegens de partner, oudermishandeling, kindermishandeling en dergelijke, vallen onder huiselijk geweld. Met betrekking tot deze categorie geweld is in dit boekje een deelprogramma opgenomen dat bestaat uit een theoretische onderbouwing en een beschrijving van specifiek op deze vorm van geweld afgestemde behandelmodules. Incest en ander seksueel geweld binnen de bekendenkring - weliswaar ook huiselijk geweld - vallen onder het zorgprogramma Seksueel Grensoverschrijdend Gedrag van De Tender, dat onder de titel “Een kwestie van goede zeden” is uitgebracht.

De behandeling van licht verstandelijk gehandicapte agressieplegers vraagt een specifieke aanpak, waarin het zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag eveneens voorziet.

Nadere informatie over poli- en dagkliniek De Tender vindt u op onze website www.detender.nl.

Wilt u na lezing contact hebben met De Tender? Dit kan door een e-mail te sturen naar info@detender.nl.

2 Uitgangspunten

2.1 Missie

Een van de uitgangspunten voor het zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag wordt gevormd door de visie en missie van Stichting Oldenkotte, waarvan De Tender deel uitmaakt. Hieruit onderstaand citaat:

“Stichting Oldenkotte is een Forensisch Psychiatrische instelling waar patiënten (poli)klinisch worden behandeld en/of verpleegd. We zijn er voor patiënten met (dreigend) delict- en/of grensoverschrijdend gedrag. Ons handelen is gericht op het terugbrengen van risico's voor de maatschappij door preventie, beveiliging en behandeling.”

2.2 Behandelvisie

Vanuit de wens patiënten zo volwaardig mogelijk weer aan de samenleving te laten deelnemen, streeft poli- en dagkliniek De Tender naar duurzame delictpreventie. Dit houdt allereerst in dat wordt ingezet op het bereiken van duurzame veranderingen in het gedrag van de patiënt en zo nodig op de hiermee in verband staande persoonlijkheidskenmerken of psychische stoornissen. Wanneer duurzame veranderingen niet mogelijk blijken, wordt gestreefd naar zelfcontrole van de patiënt met behulp van familie, naastbetrokkenen, De Tender en/of instanties uit de zorgketen.

In beginsel streeft De Tender naar verandering van de zogeheten dynamische risicofactoren, inclusief de intrapsychische. Hierbij is het van belang bij iedere patiënt zicht te krijgen op het unieke samenspel van risicofactoren en beschermende factoren, voor zover dit binnen een poliklinische setting mogelijk is.

De Tender hanteert een zorgprogramma voor gewelddadig grensoverschrijdend gedrag en een zorgprogramma voor seksueel grensoverschrijdend gedrag. De Tender kiest ervoor om in beginsel het delictgedrag als aangrijpingspunt voor de behandeling te nemen. De reden hiervoor is het besef dat er vaak geen duidelijke verbanden te leggen zijn tussen de stoornis en het delictgedrag.

Dit neemt niet weg dat er aandacht voor de stoornis nodig is in de wijze van bejegening, het therapeutisch klimaat en de vorm van het behandelaanbod.

Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie heeft in 2008 het landelijk zorgprogramma voor forensisch psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen uitgegeven. Door de grote verschillen tussen een klinische en een poliklinische situatie worden de in het zorgprogramma opgenomen behandelrichtlijnen door De Tender als onvoldoende toepasbaar beschouwd voor haar doelgroep. Derhalve worden deze richtlijnen in dit zorgprogramma beperkt gevolgd.

2.3 Visie op geweld

De Tender gebruikt de definitie van geweld van Achterhuis (2010). Geweld bestaat dan in 'het min of meer intentioneel toebrengen of dreigen toe te brengen van schade aan mensen of voorwerpen' (p. 78).

Achterhuis gebruikt de term intentioneel in alle vaagheid om aan te geven dat er sprake is van motieven voor het geweld. Hierbij blijft open in hoeverre een dader van geweld toerekeningsvatbaar is.

Patiënten van De Tender die onder het zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag vallen, hebben vanwege hun gewelddadige gedrag de grenzen van anderen en algemeen geldende normen en waarden ten aanzien van de omgang met agressie, overschreden.

Behandeling heeft als eerste doel dat het betreffende gedrag stopt. Het tweede doel is dat er acceptabel en tevredenstellend gedrag voor in de plaats komt.

De Tender hanteert als uitgangspunt dat emoties als woede, pijn, afgunst, liefde en dergelijke een wezenlijk onderdeel zijn van het mens-zijn en dat deze emoties ook nodig zijn om het leven vorm te geven. Er kan alleen sprake zijn van een positieve inzet van deze emoties als deze niet leiden tot impulsieve of doelbewuste agressie resulterend in grensoverschrijdend gedrag. Deze visie is terug te vinden in het behandelaanbod van De Tender.

2.4 Wat werkt

Een uitgangspunt van het zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag is dat het zoveel mogelijk 'evidence based' is; gebaseerd op interventiemethoden waarvan in onderzoek is aangetoond dat zij effectief zijn. Daar waar empirische evidentie ontbreekt, wordt gekozen voor interventies die ten minste in sommige onderzoeken als effectief naar voren komen; het principe van 'best evidence'. Ten slotte wordt gekeken naar methoden die in professionele kringen worden gezien als passend en in het veld brede acceptatie en toepassing genieten; het principe van 'best practice'.

In dit verband zijn de vier 'what works principles' van belang:

1. Het risicoprincipe: dit stelt dat de intensiteit van de behandeling moet worden afgestemd op het recidiverisico, waarbij personen met een laag risico een lage behandelingsintensiteit behoeven en personen met een hoog risico een hoge behandelingsintensiteit.
2. Het behoefteprincipe: dit stelt aan de orde wat het doel van de behandeling moet zijn, wil zij effectief zijn in het verminderen van recidive; doel van de behandeling is het bewerken van veranderbare risicofactoren.
3. Het responsiviteitsprincipe: dit benadrukt dat de vorm van de behandeling essentieel is voor de effectiviteit ervan; de behandeling moet worden geboden in een vorm die aansluit bij de leerstijl van de patiënt.
4. Het behandelintegriteitsprincipe: wanneer er is vastgesteld wat werkt, is het vervolgens van belang de factoren die verzekeren dat de behandeling ook gegeven wordt op de manier waarop zij is bedoeld, te identificeren en te bewaken (treatment integrity).

2.5 Systeembehandeling

Uit onderzoek blijkt dat de context zoals het gezinssysteem of het partnerrelatiesysteem van patiënten, zowel een risico kan vormen voor delicten als delicten kan helpen voorkomen. Daarom is deze context van belang voor de behandeling. De visie van De Tender is dat in de behandeling van patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag het gezin, de partner, dan wel andere belangrijke betrokkenen, onderdeel zijn van de behandelaanpak.

2.6 Overige zaken

Er bestaan ook zaken die De Tender- en Stichtingoverstijgend zijn en een rol spelen in de behandel mogelijkheden. Daarbij kan gedacht worden aan materiële middelen (geld, gebouwen, personeel) maar ook aan allerlei al dan niet wettelijke regelingen en voorschriften. Ze bepalen mede de grenzen van dit programma.

3 Het doel van het Zorgprogramma

Het zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag beoogt het – gezien de huidige stand van zaken van kennis op dit terrein - optimale behandelprogramma voor de in hoofdstuk 4 besproken doelgroep aan te bieden. Het voornaamste doel is het blijvend terugdringen van gewelddadig grensoverschrijdend gedrag tot gedrag dat acceptabel is en onder voldoende controle. Dit behandelprogramma heeft duurzame delictpreventie als doel.

Behandeling is erop gericht de risicofactoren te bewerken en de beschermende factoren te verstevigen en uit te breiden. Het belang van het in beeld brengen van beschermende factoren is aangetoond in onderzoek (Bouman, 2009). Patiënten dienen zich bewust te zijn van deze factoren. Een en ander wordt vastgelegd in een behandelplan dat meestal uitmondt in een preventieplan. Patiënten worden zo zelf verantwoordelijk gemaakt voor het delictpreventief gedrag (voor zover het in hun mogelijkheden ligt).

4 Doelgroep

4.1 De doelgroep van De Tender

De doelgroep van De Tender wordt gevormd door mannen en vrouwen vanaf achttien jaar met psychiatrische en/of psychische problematiek, ernstige psychosociale problemen of gedragsproblemen, die mede hierdoor in aanraking zijn gekomen met Justitie of voor wie contact met Justitie dreigt. Zij hebben soms ernstige delicten gepleegd (ernstige mishandeling, poging tot doodslag, incest). Soms zijn hun delicten minder ernstig, maar bestaan ze uit een reeks die maar niet te stoppen lijkt (herhaaldelijke agressie of inbraken; veelplegersproblematiek).



Contra-indicaties zijn ernstige psychosen, organische psychosyndromen, ernstige en actuele verslavingsproblematiek, ernstige verstandelijke handicaps, een actueel hoog risico van ernstige delicten en het ontbreken van elke maatschappelijke inbedding (bijvoorbeeld het ontbreken van huisvesting). De patiënt moet nog over enige zelfstandigheid en zelfsturing beschikken.

De patiënten van De Tender worden deels vrijwillig en deels op basis van een juridische maatregel behandeld. De meest voorkomende juridische maatregelen zijn een bijzondere voorwaarde bij een voorwaardelijk strafdeel of voorwaardelijke schorsing. Enkele patiënten zitten in een tbs-proefverloftraject of hebben een tbs-met-voorwaarden.

Patiënten die vrijwillig komen, ervaren lang niet altijd lijdenslast en hebben vaak geen 'doorleefde' hulpvraag. Vaak is er druk vanuit hun omgeving of vanuit de reguliere ggz.

4.2 De doelgroep van het zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag

Het zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag is bestemd voor patiënten van De Tender met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag in ruime zin, in navolging van Achterhuis (2010) en Philipse, De Rooter, Hildebrand en Bouman (2000).

Het betreft dan bijvoorbeeld:

- fysiek geweld jegens personen;
- geweld tegen goederen;
- verbaal geweld;
- bedreigingen;
- gevaarlijk gedrag;
- brandstichtingen;
- huiselijk geweld (voor deze categorie is een deelprogramma opgenomen).

Het gaat om gemiddeld 70% procent van de huidige patiëntengroep, waarbij in 30 - 35% van de gevallen ook sprake is van huiselijk geweld.

5 De doelgroep nader beschreven

De doelgroep van het zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag kan meer uitvoerig beschreven worden met hulp van bestaande classificatiesystemen, persoonlijkheidskenmerken, typologieën en dergelijke. Indelingen als deze hebben vaak als doel richting te geven aan behandeling. Hierna worden enkele indelingen beschreven. De bruikbaarheid ervan voor een delictpreventieve behandeling wordt daarbij meegenomen.

5.1 De doelgroep in de DSM-IV

De DSM-IV is een vijf-assig classificatiesysteem voor afwijkend gedrag. Aggressie of anderszins gewelddadig grensoverschrijdend gedrag is bij zeer veel DSM-categorieën terug te vinden, bijvoorbeeld:

- periodiek explosieve stoornis;
- stoornis in de impulscontrole;
- V-codes (bijvoorbeeld 'mishandeling volwassene');
- persoonlijkheidsstoornis, cluster B;
- stemmingsstoornis NAO;
- manische fase.

Met deze classificatie zijn de vele uitingsvormen en de mate van ernst van het geweld niet goed vast te leggen. De onderliggende dynamiek wordt niet zichtbaar en het recidiverisico valt hiermee niet in te schatten. De DSM biedt De Tender ook onvoldoende houvast bij de indicatiestelling en daarmee ook bij het ontwikkelen van een verantwoord zorgprogramma.

5.2 De doelgroep in persoonlijkheidskenmerken

Er is getracht patiëntentypen en -kenmerken te onderscheiden. Een beperkt literatuuronderzoek leert dat er meerdere onderzoeken bestaan naar typen en kenmerken van plegers van geweld en specifiek van huiselijk geweld. Het betrof vooral onderzoeken naar daders van relationeel geweld. Vaak werden deze vergeleken met daders die (ook) buiten de huiselijke kring gewelddadig konden zijn.

Enkele conclusies uit deze onderzoeken zijn:

- Ernstig gewelddadige patiënten (meestal is sprake van geweld op meerdere terreinen of zeer ernstige relationeel geweld, zoals partnerdoding) verschillen sterk van patiënten met gewelddadig gedrag van relatief geringe ernst (alleen thuis gepleegd). Beiden hebben een verschillende behandeling nodig.
- Wanneer relationeel geweld de aanmeldreden vormt, is dat een ontoereikend criterium voor toewijzing van een behandelvorm. Er dient gekeken worden naar aard en omvang van eventueel overig geweld.

Zie ondermeer Babcock, Green en Robie (2004), Hornsveld (2007), Van der Knaap, Weijters en Bogaerts (2007), Lünemann en Bruinsma (2005).

5.3 De doelgroep in stijlen

a. Zelfregulatiestijl:

Onder anderen Ward, Day, Howells en Birgden (2004) stellen dat mensen met een adequate zelfregulatie niet neigen naar grensoverschrijdend gedrag. Adequate zelfregulatie houdt in dat mensen in staat zijn hun doelen in verschillende contexten en over langere perioden op optimale en bevredigende wijze te bereiken. Bij de mensen die delicten plegen, schiet deze zelfregulatie tekort.

In hun 'route' naar het delictgedrag zijn vier varianten te onderscheiden:

- Passief vermijden: men wil geen delict plegen maar men slaagt er niet in; er is onderregulatie.
- Actief vermijden: men doet actief en expliciet pogingen om geen delict te plegen. De gekozen wijze is niet voldoende en vergroot zelfs de kans op delicten.
- Automatische toenadering: er is een gewoonte, een routine richting delictgedrag, die men niet kent. Zo lijkt het delict uit het niets te komen; ook hier is onderregulatie.
- Geplande toenadering: men verkiest bewust delictgedrag en plant deze (effectieve regulatie). De doelen vinden we verkeerd.

Deze delictroutes vragen om een verschillende behandelaanpak. Ward et al (2004) deden onderzoek naar de behandelresultaten van en behandeling bij zedendaders op basis van deze indeling. Het resultaat ervan rechtvaardigde deze indeling. Deze resultaten zijn nog niet te vertalen naar daders van gewelddadig gedrag, omdat daar nog geen onderzoek naar is gedaan. De ontwikkelingen op dit terrein worden binnen De Tender gevolgd omdat het denken in 'delictroutes' interessant kan zijn in het kader van dit zorgprogramma.

b. Hechtingsstijl:

Patiënten kunnen worden getypeerd naar hun 'hechtingsstijl'. De hypothese is dat een problematische hechting samenhangt met delictgedrag, omdat men vanwege een onveilige thuissituatie in de vroege ontwikkeling onvoldoende is toegekomen aan het differentiëren van agressieve en seksuele driften. Marshall, Marshall, Serran en Fernandez (2006) brengen de verschillende hechtingsstijlen in verband met het type delinquenten, dan wel het soort delict. Zo blijken delinquenten met een angstig-ambivalente en een 'angstig-vermijdende hechtingsstijl eerder terecht te komen in een poliklinische setting en delinquenten met gevoelloos-vermijdende stijl in een klinische setting, als gevolg van het plegen van respectievelijk lichtere en zwaardere delicten.

De opvattingen van Marshall et al (2006) zijn alleen beschreven en onderzocht met betrekking tot seksueel delinquenten. Het gaat om algemeen menselijke fenomenen; iedereen heeft immers een 'hechtingsstijl'. Daarom wordt aangenomen dat aandacht voor de hechtingsstijl van belang is bij de behandeling.

De conclusie is dat de zelfregulatiestijl of de hechtingsstijl van een patiënt op zichzelf onvoldoende houvast biedt voor een delictpreventieve behandeling. Aandacht hiervoor heeft zeker meerwaarde.

5.4 Samenvattend

De DSM-IV-classificatie biedt onvoldoende houvast voor het ontwikkelen van een goede delictpreventieve behandeling van patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag. Ook indelingen op basis van persoonlijkheidskenmerken bieden dit in het algemeen niet voldoende.

De zelfregulatiestijl is nog onvoldoende onderzocht om als indelingscriterium en indicatie-instrument voor gewelddadige daders te dienen. Inzicht in deze stijl kan wel sturing geven aan de behandeling, omdat hier een beeld gegeven wordt van de route naar het delict (motivatie, drijfveren) en van de tekorten in de vaardigheden tot zelfregulatie. Ook een indeling op basis van hechtingsstijl biedt vooralsnog onvoldoende houvast voor delictpreventieve behandeling. Maar ook hier kan inzicht in de hechtingsstijl van belang zijn bij de keuze van het in te zetten middel en bij de bejegening.

5.5 Ten slotte

Het is mede om bovenstaande dat Philipse (2006) ervoor pleit bij patiënten in kaart te brengen of er in het hier en nu probleemgebieden aanwijsbaar zijn, waarvan op basis van empirisch onderzoek aannemelijk is dat zij verband houden met het delictrisico en die potentieel vatbaar zijn voor interventie. Daarbij moet rekening gehouden worden met de unieke patiënt, dus met diens unieke persoonlijkheidskenmerken, hechtingsstijl, zelfregulatiestijl en dergelijke.

6 Deelprogramma Huiselijk Geweld

6.1 Inleiding

De opvatting van De Tender is dat een apart deelprogramma gericht op de behandeling van huiselijk geweld gerechtvaardigd is. De redenen daarvoor worden hierna beschreven.

Het onderwerp huiselijk geweld staat sinds 1998 op de politieke agenda en daarmee het besef dat het gezin niet altijd als een veilige hoeksteen van de samenleving kan worden gezien. Geweld achter de deur wordt in onze huidige samenleving niet meer als een privéaangelegenheid beschouwd. Zowel het Rijk als gemeenten investeren in publiekscampagnes, deskundigheidbevordering en het opzetten van ketens rond de zorg.

De Tender draagt bij aan het opzetten van zorgketens en maakt er deel van uit. De Tender is gesprekspartner in diverse overleggen, zowel op bestuurlijk als op casusniveau. Met de ketenpartners worden afspraken gemaakt over de samenwerking rond huiselijk geweldproblematiek, die zo mogelijk in convenanten zijn vastgelegd. Met name bij een zogeheten huisverbod hanteert De Tender in nauwe samenwerking met de ketenpartners een afgesproken werkwijze (zie paragraaf 8.3 Huisverbodtraject).

Als logisch vervolg op de afspraken met de ketenpartners zijn er binnen De Tender afzonderlijke en van de reguliere werkwijze afwijkende trajecten opgezet; een proces dat nog steeds gaande is.

“Huiselijk geweld is geweld dat door iemand in de huiselijke kring van het slachtoffer is gepleegd. Het kan daarbij gaan om lichamelijk en seksueel geweld en om psychisch geweld, zoals bedreiging en belaging (stalking). Huiselijk geweld kan de vorm aannemen van kindermishandeling en seksueel kindermisbruik, partnerrelatiegeweld in alle denkbare verschijningsvormen en mishandeling of verwaarlozing van ouderen” (Ministerie van Justitie, 2005).

Dit is een ruime definitie. De beschrijving van de vormen van geweld, de plegers en de slachtoffers is zeker niet volledig. Het geweld kan soms instrumenteel en moedwillig worden uitgeoefend, soms het gevolg van zijn van controleverlies en in enkel gevallen kan het worden gezien als ontspoorde zorg, bijvoorbeeld bij ouderenmishandeling of bij verwaarlozing. Zo veel variatie in probleemgedrag en betrokkenen is eigenlijk niet onder één samenhangend behandelaanbod onder te brengen. De afspraken met de ketenpartners vragen wel om eensluitende procedures (bijvoorbeeld in het kader van een huisverbod). Na afronding van deze procedure staat voor een

patiënt het gehele behandelaanbod ter beschikking. Dit behandelaanbod wordt beschreven in Deel II - Behandelonderdelen.

De overeenkomst in bovengenoemde variatie in problemen en betrokkenen is dat er sprake is van geweld in de 'huiselijke kring'. Daarbij gaat het niet zozeer om de plek waar het geweld plaats heeft, maar het feit dat er bekendheid met elkaar is en er een relatie bestaat tussen dader en slachtoffer.

In de visie van De Tender wordt huiselijk geweld in zijn wezen gezien als systeemproblematiek en de aanpak daarvan dient dan ook zo (veel) mogelijk vanuit deze visie te geschieden.

6.2. Visie van De Tender op huiselijk geweld

Zoals aangegeven gaat het volgens de definitie van huiselijk geweld niet zozeer om de plek waar het geweld plaats heeft, maar om de relatie of wisselwerking tussen de betrokkenen: de dader, het slachtoffer en anderen uit deze huiselijke kring. De Tender vindt aandacht hiervoor van wezenlijk belang bij de verheldering van de problematiek en daarmee ook bij de aanpak ervan. Met het oog op behandeling en preventie is het dus zaak niet alleen naar de individuele kenmerken van de betrokkenen te kijken, maar zeker ook naar wat er tussen hen gebeurt of is gebeurd. De hulpverlening moet hierop worden gebaseerd.

De zogeheten systeemtheorie biedt theoretische kaders die begrijpelijk maken wat zich binnen een (gezins)systeem afspeelt, evenals behandelmethoden om gewenste veranderingen te bewerkstelligen (Hendrickx, Boekhorst e.a., 1991; Savenije, Van Lawick & Reijmers, 2008).

De Tender kiest daarom de systeemtheorie als de basis van haar aanpak van de huiselijk geweldproblematiek en zoekt op grond hiervan de afstemming met ketenpartners.

6.3. Het huisverbod

Het huisverbod is een bestuursmaatregel waarbij onder voorwaarden iemand voor maximaal tien dagen verboden wordt in zijn huis te verblijven. Deze termijn kan met maximaal achttien dagen verlengd worden.

Een huisverbod impliceert voor de uitgeplaatste eveneens een contactverbod met de achterblijvers. (Andersom is het niet de bedoeling dat de achterblijvers contact opnemen met de uitgeplaatste, maar het komt regelmatig voor dat men dat toch doet.)

Het huisverbod wordt uitgevaardigd wanneer er sprake is van een hoog risico op (nieuw) geweld; het is daarmee een veiligheidsmaatregel. Maar het is ook bedoeld om de beschikbare tijd te benutten om voor alle betrokkenen in te schatten of er hulp nodig en mogelijk is en om vervolgens deze hulptrajecten in gang te zetten.

6.4 De doelgroep

De doelgroep van het deelprogramma Huiselijk Geweld wordt gevormd door die patiënten van De Tender die wegens huiselijk geweld zijn aangemeld.

Enkele uitzonderingen hierop zijn:

- Incest en ander seksueel geweld binnen de bekendenkring vallen ook onder huiselijk geweld. Deze patiënten worden allereerst voor het zorgprogramma seksueel grensoverschrijdend gedrag geïndiceerd.
- Wanneer sprake is van een licht verstandelijk handicap (IQ-ondergrens rond de 60) behoren patiënten wel tot de doelgroep, maar kunnen er toch redenen zijn hen voor behandeling onder te brengen bij het 'deeltraject Licht Verstandelijk Gehandicapten'.

De Tender heeft in ongeveer 30- 35% van de aanmeldingen te maken met huiselijk geweld. Systeemvisie en -behandeling worden daarmee steeds belangrijker.

7 Licht verstandelijk gehandicapten (LVG) en gewelddadig grensoverschrijdend gedrag

De Tender heeft een aanbod ontwikkeld voor patiënten met verbale en fysieke agressieproblematiek in combinatie met beperkingen in de intelligentie: een IQ tussen de 60 en 80, vastgesteld op basis van een intelligentiemeting. Hierbij is vooral het verbale IQ van belang: wat kan een patiënt begrijpen van een behandeling?



Voor mensen met een licht verstandelijke handicap is het moeilijk dat wat geleerd wordt binnen een verbale therapie om te zetten naar het dagelijks leven. Gardner (1999) geeft aan dat een sterk accent op 'problem solving' en het leren ervaren van keuzemogelijkheden belangrijk is voor deze doelgroep. Generalisatie van verworven inzichten en nieuw gedrag is niet vanzelfsprekend.

Er is gekozen voor een specifiek LVG-programma, omdat blijkt dat patiënten met dergelijke comorbide problematiek onvoldoende profiteren van modules uit het algemene zorgprogramma. Ook uit contacten met verwijzers is gebleken dat er behoefte bestaat aan een intensiever programma speciaal voor de LVG-doelgroep, naast de al bestaande individuele en groepsmodules.

In het op LVG-patiënten toegesneden programma wordt in een ander tempo gewerkt aan het in kaart brengen van delictgedrag en het maken van een 'preventieplan'. Het bestaat naast verbale onderdelen uit een niet-verbaal onderdeel.

In dit kader is gekozen voor een eendaags therapieprogramma, bestaande uit de volgende onderdelen:

- Intensieve Poliklinische Groep Agressie (IPG-A);
- Dramatherapie;
- Maatschappelijke inbedding.

De dag wordt afgesloten met een dagsluiting. Deze modules worden elders in dit boekje beschreven. De modules dramatherapie en maatschappelijk inbedding zijn ook toegankelijk voor patiënten met zedenproblematiek met een lage intelligentie.

8 Behandeling

8.1 Inleiding

De route voor de behandeling van patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag is als volgt. Na de aanmelding volgt een intake. Deze intake wordt ter indicatie besproken in een onafhankelijke commissie (de DBC-commissie) die een of een combinatie van modules indiceert. Deze indicatie wordt met de patiënt besproken in het adviesgesprek. De behandeling wordt gestart wanneer de patiënt instemt met het geadviseerde aanbod. Wanneer de patiënt niet instemt, komt de vraag van patiënt terug bij de commissie (en wordt mogelijk een ander aanbod gedaan) of wordt de intakefase afgerond, omdat er geen overeenstemming met de patiënt mogelijk is.

In de eerste fase van behandeling staat risicotaxatie centraal en eventueel uit te voeren extra diagnostiek. Aan het begin van de behandeling wordt een risicotaxatie afgenomen om te beoordelen op welke risicofactoren en beschermende factoren de behandeling zich moet richten om te werken aan duurzame delictpreventie. Aan het eind van de behandeling wordt deze taxatie herhaald voor het inschatten van het nog bestaande delictrisico.

De te behandelen factoren worden opgenomen in het behandelplan. Het behandelplan wordt in ieder geval jaarlijks geëvalueerd en eventueel bijgesteld na bespreking in het multidisciplinair overleg (MDO). Wanneer nodig wordt de behandeling van een patiënt vaker besproken in het MDO (ingebracht door de hoofdbehandelaar).

De modules, risicotaxatie en diagnostiek zijn als eerste opgenomen in deel II - Behandelonderdelen.

8.2 Beschikbare behandelmodules

De modules die De Tender beschikbaar heeft voor de behandeling kunnen schematisch worden weergegeven (zie figuur 1). Deze modules zijn in dezelfde volgorde in deel II - Behandelonderdelen terug te vinden.

Algemeen Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag	Huiselijk Geweld	Licht Verstandelijk Gehandicapt (LVG)
Delictpreventiegroep Agressie	Preventiegroep relationeel Geweld	Intensieve Poliklinische Groep Agressie (IPG-A)
Held Zonder Geweld -1	Systeemtherapie met systeemtaxatie	Dramatherapie LVG
Held Zonder Geweld -2	Gesprekken huisverbod Casusoverleg	Maatschappelijke inbedding LVG
Dialectische Gedragstherapie		
Dialectische Gedragstherapie follow-up	Alle individuele modules en groepsmodules indien van toepassing (zie algemeen)	Alle individuele modules (zie algemeen)
Gestructureerde Psychodynamische Groepstherapie		
Cognitieve Gedragstherapie		
Individuele dynamische psychotherapie		
Psychiatrisch onderzoek, consult/ medicatiecontact		
Beeldende therapie		
Drama therapie		
EMDR		

Algemeen Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag	Huiselijk Geweld	Licht Verstandelijk Gehandicapt (LVG)
Forensisch Psychiatrisch Toezicht en Forensisch Psychiatrische Thuiszorg (FPT De Tender, Forensisch (F)ACT team)		
Maatschappelijk Werk		
Equip		
Systeemtherapie met systeemtaxatie		
Schemagerichte therapie (in ontwikkeling)		
Psychosociale begeleiding		
Groepscoaching voor volwassen ADHD -patiënten		
Leefstijltraining		
Behandeling In Detentie (BID)		

figuur 1: schematische weergave van de modules Zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag

De Tender wil gebruik maken van de kracht dat patiënten van elkaar kunnen leren. De Tender geeft daarom de voorkeur aan behandeling in groepen. Wanneer het bestaande groepsaanbod niet geïndiceerd of op dat moment niet beschikbaar is, wordt een individueel traject geboden. Naast de groepsbehandeling kunnen individuele modules geïndiceerd zijn, bijvoorbeeld psychiatrie of maatschappelijk werk.

Zoals in de inleiding beschreven, is het zorgprogramma Gewelddadig Grensoverschrijdend Gedrag dynamisch. Op dit moment is een aantal modules in ontwikkeling: schemagerichte therapie en een module gericht op vrouwelijke plegers van huiselijk geweld.

8.3 Huisverbodtraject

Gezien de lengte van de huisverbodperiode en vanuit de idee dat men het ijzer moet smeden als het heet is, heeft De Tender met de ketenpartners afgesproken binnen deze periode – specifiek binnen twee werkdagen – met de uitgeplaatste een oriënterend gesprek te voeren. Daarin wordt een globale inschatting gemaakt van de problematiek, de behandelmotivatie en de behandel mogelijkheden. De resultaten worden teruggekoppeld aan de verwijzende instantie, die daarop tot aanmelding voor behandeling kan besluiten.

8.4 Overig

De Tender biedt verwijzers en overige instanties haar deskundigheid aan in de vorm van advisering en kortdurende scholing. Ook op casusniveau wordt systeemadvies geboden. De Tender is ook bereid tot inhoudelijke casusregie.

DEEL II
DE BEHANDELONDERDELEN



BEHANDEL- ONDERDELEN



ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Risicotaxatie

Verantwoording

Om de kans op herhaling vast te stellen, vindt taxatie van het recidiverisico plaats aan de hand van een betrouwbaar risicotaxatie-instrument. De uitkomsten kunnen mede gebruikt worden om richting te geven aan de behandeling en het resultaat ervan te meten (ROM: Routine Outcome Measurement).

De Tender gebruikt hiervoor momenteel de LSI-r. Wanneer de van de verwijzer meegekomen rapportage een recente risicotaxatie omvat, kan deze worden meegenomen of overgenomen. Landelijk wordt momenteel een advies voorbereid om te komen tot een eenduidig risicotaxatie-instrument voor de ambulante forensische praktijk, waardoor benchmarking mogelijk is. De Tender zal het geadviseerde instrument gaan gebruiken.

Zo nodig gebruiken we aanvullende instrumenten zoals de HCR-20. Risicotaxatie staat gepland aan het begin van het behandelprogramma en aan het eind van de behandeling.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag.

Doelstelling

Er is een beschrijving van het recidiverisico van de patiënt. Risicofactoren en beschermende factoren zijn in beeld gebracht en richtpunten voor de behandeling zijn vastgesteld.

Inhoud en werkwijze

Na indicatiestelling wordt de LSI-r afgenomen. De uitkomsten worden besproken en in de behandeling meegenomen. Bij afsluiting van de behandeling, wordt de risicotaxatie herhaald.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Psychodiagnostiek

Verantwoording

Gewelddadig grensoverschrijdend gedrag kan een gevolg zijn van of mede verklaard worden door de achterliggende psychische of psychiatrische problematiek. Het kan van belang zijn deze problematiek beter in kaart te brengen om gericht te kunnen behandelen. Soms is intelligentieonderzoek nodig. Een psychodiagnostisch (test)onderzoek is dan nuttig. Wanneer daar aanleiding toe is, kan tijdens een behandeling nader onderzoek geïndiceerd worden via het MDO.

Betrouwbare en gevalideerde instrumenten zijn hiervoor onontbeerlijk en vormen een goede aanvulling. Daarbij wordt gebruik gemaakt van een verscheidenheid aan testen die goed zijn bevonden door de Commissie voor Testaangelegenheden Nederland.

Doelgroep

Patiënten van De Tender met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag bij wie na de intake of na bespreking in het MDO aanvullende diagnostiek nodig is om een behandelvorm te kunnen indiceren.

Doelstelling

Zowel therapeut als patiënt hebben inzicht verkregen in en helderheid over de aard van de problematiek van de patiënt. De resultaten van het psychodiagnostisch onderzoek zijn zodanig geformuleerd, dat ze makkelijk te begrijpen zijn en daarmee een gedegen basis vormen voor het verder concretiseren of evalueren van het behandelplan. Een gedeelte van het onderzoek kan worden herhaald met het doel de voortgang in de behandeling te meten.

Inhoud en werkwijze

Vanuit de DBC-commissie, het MDO of de hoofdbehandelaar wordt op basis van een duidelijke vraagstelling psychodiagnostiek geïndiceerd.

De keuze van de instrumenten voor het psychodiagnostisch onderzoek is gekoppeld aan de aard van de groepstherapie en afgestemd op de onderzoeksvraag, zoals geformuleerd door de hoofdbehandelaar (HB) of de DBC/MDO-vergadering.

Het diagnostisch onderzoek is gericht op indicatiestelling en effectmeting.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Delictpreventiegroep Agressie

Verantwoording

Patiënten die gewelddadig grensoverschrijdend gedrag hebben vertoond (delictgedrag), hebben meestal weinig inzicht in de vele verschillende factoren die in de loop van de tijd tot hun delict hebben geleid. Deze factoren worden door een delictanalyse verzameld en in de vorm van een delictketen in een chronologische en daarmee zichtbare en herkenbare volgorde gezet. Vervolgens wordt met de patiënt gewerkt aan de beschermende factoren en risicofactoren. Patiënten hebben bij dit moeilijke proces deskundige begeleiding nodig. Tijdens deze langer durende, intensieve groepsbehandeling gaat de patiënt ervaren hoezeer zijn denk- en gedragspatronen in het delictgedrag een rol speelden en hoe deze patronen dat ook in alledaagse situaties doen. Hulp van groepsgenoten (lotgenoten) is hierbij onmisbaar, onder meer om de ontkenning te stoppen en de (vaak) onderliggende schaamte te laten doordringen.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag, die ernstige agressieproblematiek vertonen in combinatie met andere psychische stoornissen, zoals een antisociale persoonlijkheidsstoornis of kenmerken daarvan. Patiënten ervaren lijdensdruk, beschikken over introspectief vermogen, zijn in staat in een groep te werken en zijn bereid afspraken te maken en na te komen.

Doelstelling

De patiënt kan beschrijven wat de samenhang is tussen zijn levensgeschiedenis, delictfactoren, beschermende factoren, cognitieve vervormingen en gedragspatronen die leiden tot zijn delictgedrag. Er is een persoonlijk en uitvoerbaar delictpreventieplan opgesteld waarin zichtbaar is dat de behandeldoelen zijn gerealiseerd.

Inhoud en werkwijze

De open groep komt wekelijkse bijeen. De delictketen en het preventieplan per persoon staan centraal. Tijdens de sessie wordt gebruik gemaakt van een scherm waarop de delictketen en het preventieplan per persoon geprojecteerd worden. Zo is voor elke patiënt de voortgang van de behandeling precies te volgen.

Het aantal bijeenkomsten is afhankelijk van hoe snel de patiënt zijn preventieplan merkbaar toepast in het dagelijkse leven. Dit verschilt per persoon. Uitgangspunt is een tijdsinvestering van een jaar (ongeveer 45 sessies). Aan de hand van de al dan niet behaalde doelen wordt beslist of deze behandelvorm wordt voortgezet.

Bij terugval tijdens de behandeling wordt een gedragsanalyse gemaakt. De patiënt maakt afspraken met de therapeuten hoe aan de terugval een adequaat gevolg te geven.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Held zonder geweld - 1

Verantwoording

Mensen met agressieproblematiek hebben vaker en heviger last van woede, missen de vaardigheden om deze woede adequaat te hanteren en beschikken over minder aangepaste normen en waarden. Door agressief gedrag, zoals schelden, dreigen of geweld, komen ze voor zichzelf op ten koste van anderen. Ze missen het vermogen om te handelen in overeenstemming met hun eigen belangen zonder de rechten van anderen aan te tasten. Voor deze patiënten zijn agressieregulatietrainingen ontwikkeld. “Held zonder geweld” is hier een van. De behandeling heeft ook in onderzoek zijn waarde bewezen (Hornsveld, 2007).

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met frequent gewelddadig grensoverschrijdend gedrag als reactie op een (vermeende) provocatie, bestaande uit verbale bedreiging, fysieke mishandeling, openlijk geweld, diefstal met geweld, weerspannigheid, vandalisme en brandstichting met gevaar voor personen.

Doelstelling

Patiënten gaan beter om met irritatie, boosheid, woede of agressie en weten hun doel te bereiken zonder anderen schade te berokkenen.

Inhoud en werkwijze

“Held zonder geweld” omvat vijftien wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur en drie terugkombijeenkomsten.

De behandeling omvat een aantal deelmodules:

- Woedebeheersing: herkennen van en adequaat omgaan met gevoelens als irritatie, boosheid, woede of agressie.
- Sociale vaardigheden: verbeteren of uitbreiden van relevante sociale vaardigheden.

- Moreel redeneren: kennisnemen van gangbare waarden en normen en leren oplossen van morele problemen.
- Zelfregulatievaardigheden: veranderen van inadequaat aspiratieniveau, zichzelf bekrachtigen voor bereikte resultaten en programma's.
- Terugkombijeenkomsten: evaluatie en rapportage.

Deelnemers krijgen wekelijks oefeningen/opdrachten mee als huiswerk. Hiervan wordt verslag gedaan in het werkboek. Hulp bij het maken van de praktijkoefeningen is mogelijk.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Held zonder geweld - 2

Verantwoording

Op grond van onderzoeksresultaten en klinische ervaringen is de verlengde agressiehanteringstherapie “Held zonder geweld – 2” ontstaan. Deze uitbreiding bestaat uit vier deelmodules:

- pro sociaal denken;
- karaktervorming;
- pro sociaal netwerk;
- omgaan met vrouwen.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met frequent gewelddadig grensoverschrijdend gedrag als reactie op een (vermeende) provocatie bestaande uit verbale bedreiging, fysieke mishandeling, openlijk geweld, diefstal met geweld, weerspanningheid, vandalisme en brandstichting met gevaar voor personen. Patiënten hebben de eerste drie modules van “Held zonder geweld – 1” afgerond.

Doelstelling

De patiënt heeft zijn antisociale cognities omgezet in pro sociale cognities. Hij weet bij sociaal gedrag onderscheid te maken tussen positieve en negatieve consequenties op de lange termijn. De patiënt is pro sociale contacten aangegaan en heeft antisociale contacten beëindigd. In de omgang en het contact met vrouwen herkent de patiënt verschillende niveaus van intimiteit en weet hiermee om te gaan.

Inhoud en werkwijze

“Held zonder geweld – 2” omvat twintig wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur en drie terugkombijeenkomsten. Deelnemers krijgen wekelijks oefeningen en opdrachten mee. Hiervan wordt verslag gedaan in het werkboek. Het is mogelijk hulp te krijgen bij het maken van de praktijkoefeningen.

Elke deelmodule bestaat uit vijf bijeenkomsten waarin cognitieve vervormingen uitgebreid worden besproken. De bijeenkomsten worden meestal met een rollenspel afgesloten.

De vragenlijsten die aan het einde van “Held zonder geweld - 1” zijn ingevuld, worden gebruikt als uitgangspunt voor “Held zonder geweld – 2”. Tijdens evaluatiebijeenkomsten wordt de inzet van de patiënt geëvalueerd en worden de vragenlijsten besproken. Aan het einde van “Held zonder geweld – 2” worden deze vragenlijsten opnieuw afgenomen.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Dialectische gedragstherapie (DGT)

Verantwoording

Het Dialectische Gedragstherapieprogramma is een 'evidence based' vorm van therapie voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, al dan niet in combinatie met grensoverschrijdend gedrag. Dialectiek staat voor spanning tussen de twee polen van acceptatie en verandering; zichzelf accepteren vormt de basis voor verandering op gedragsniveau. Centraal in dit gestructureerde behandelprogramma staat het dragen van eigen verantwoordelijkheid voor gedrag. Binnen DGT wordt de nadruk gelegd op het leren en verfijnen van vaardigheden om verstoorde patronen van denken, voelen en handelen te doorbreken.

Problemen spelen zich veelal af rondom interpersoonlijke chaos, labiliteit, impulsiviteit en verwarring. Een positieve en actieve bijdrage van de deelnemers is zeer belangrijk om de behandeldoelen (zoals het voorkomen van crisis of delictgedrag) te behalen.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met als primaire diagnose een borderline persoonlijkheidsstoornis, vaak in samenhang met een antisociale persoonlijkheidsstoornis of antisociaal gedrag. In de geschiedenis van de patiënt is duidelijk gedrag vast te stellen dat gericht is op destructie van personen of goederen. Zelfdestructief gedrag in de vorm van automutilatie of parasuicide kan hier onderdeel van zijn.

Doelstelling

In het leven van de patiënt is meer stabiliteit ontstaan door het verwerven van meer controle over het denken en doen. Het leren van nieuwe vaardigheden en controle hierover is het middel.

De patiënt is in staat problemen op een meer constructieve en effectieve wijze op te lossen, door:

- vermindering van suïcidaal en (zelf)destructief of agressief gedrag tegenover anderen;
- vermindering van therapieverstorend gedrag;
- verbetering van de kwaliteit van het leven;
- toepassing van de in de training geleerde vaardigheden op situaties buiten dit programma.

Inhoud en werkwijze

DGT bestaat uit pre-treatment, een groepsprogramma (vaardigheidstraining), individuele contacten met een therapeut en 24-uurs bereikbaarheid.

Voorafgaand aan en aan het einde van de DGT wordt een aantal vragenlijsten afgenomen. Op basis van de uitslag formuleert de individuele therapeut met de patiënt specifieke behandeldoelen.

Voordat de patiënt kan deelnemen aan het DGT-programma gaat hij samen met zijn individueel therapeut een pre-treatment fase aan waarin de DGT-behandelovereenkomst en de grenzen van de DGT uitgelegd worden. De handelovereenkomst is het fundament waarop het huis van de DGT verder wordt gebouwd. Het is daarom belangrijk dat de patiënt volledig achter de DGT-behandelovereenkomst staat. Verschillende technieken zoals 'de advocaat van de duivel', worden in deze fase door de individueel therapeut toegepast.

Elke week vindt een individuele therapiesessie van 45 minuten plaats. Uitgangspunt van elke sessie vormen de door de patiënt ingevulde dagboekkaarten. Problemen met het toepassen van nieuwe vaardigheden worden aan de hand van concrete voorbeelden in de individuele therapie besproken. Totdat stabiliteit in het dagelijkse leven is verkregen, maakt het verwerken van niet-actuele problemen geen deel uit van de individuele gesprekken. Om zoveel mogelijk stabiliteit na te streven en crisis te voorkomen, maakt 24-uurs telefonische bereikbaarheid deel uit van de individuele therapie. Parallel aan de individuele therapie is er het

groepsprogramma, een wekelijkse vaardigheidstraining. Deze training bestaat uit 24 wekelijkse groepsbijeenkomsten die elk tweeënhalf uur duren. Er wordt gewerkt in gesloten groepen van zes tot acht personen. Het is de bedoeling dat de training tweemaal doorlopen wordt, waardoor het totaalpakket 48 bijeenkomsten omvat en minimaal een jaar duurt. Aan de training zijn huiswerkopdrachten verbonden die wekelijks behandeld worden.

In deze training staan thema's die met borderlineproblematiek samenhangen centraal.

De trainingsmodulen zijn:

- cognitieve kernvaardigheden;
- inter-persoonlijke effectiviteit;
- emotieregulatie;
- verdragen van spanning of crisis en het beter leren omgaan met zichzelf.

De individueel therapeut volgt tijdens de sessies die modules die tijdens de vaardigheidstraining centraal staan.

Het is niet mogelijk om bijvoorbeeld alleen voor de vaardigheidstraining of alleen voor de individuele therapie te kiezen. Ze vormen samen het totaalpakket met een op elkaar afgestemde inhoud. Mits geïndiceerd, kunnen andere therapievormen zoals EMDR ingepast worden.

In principe wordt na 48 weken de DGT behandeling afgesloten, tenzij in overeenstemming met de patiënt besloten wordt nog een extra herhalingsperiode van een half jaar toe te voegen.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Dialectische Gedragstherapie - Follow-up (DGT – FU)

Verantwoording

Het Dialectische Gedragstherapieprogramma is een 'evidence based' vorm van therapie voor patiënten met een borderline persoonlijkheidsstoornis, al dan niet in combinatie met grensoverschrijdend gedrag. Het is bekend dat aangeleerde vaardigheden het best behouden blijven door ze met enige regelmaat te trainen en aan de hand van voorbeeldsituaties te oefenen. Om deze reden is de Dialectische Gedragstherapie Follow-up (DGT-FU) ontwikkeld. In de praktijk blijkt dat bij een patiëntengroep een expliciete behoefte bestaat om na het volgen van het reguliere Dialectische Gedragstherapieprogramma de geleerde vaardigheden en de achterliggende theorie periodiek te oefenen in een verkorte 'opfriscursus'.

Doelgroep

Patiënten met borderline persoonlijkheidsproblematiek die in het verleden, al dan niet binnen De Tender, het reguliere Dialectische Gedragstherapieprogramma hebben doorlopen en afgerond. Tussen beëindiging van het reguliere DGT-programma en de start van DGT-FU dient ten minste twee maanden te liggen.

Doelstelling

Patiënten hebben de DGT-vaardigheden die in het reguliere programma zijn verworven, behouden, geoefend en aangescherpt.

Inhoud en werkwijze

De Dialectische Gedragstherapie Follow-up bestaat, in tegenstelling tot het reguliere DGT programma, alleen uit een groepsprogramma; de vaardigheidstraining.

De patiënt neemt deel aan een hele cyclus gedurende zes maanden waarin de groep een keer per maand bijeenkomt. De patiënt tekent een contract waarin hij zich akkoord verklaart met de algemene regels zoals die ook voor de reguliere DGT-training gelden. De maximale groepsgrootte is tien en de patiënt kan op elk gewenst moment beginnen.

Inhoud van de training:

- BPS/Biosociale Theorie/Kernoplettendheid;
- intermenselijke vaardigheden;
- emotieregulatievaardigheden;
- crisisvaardigheden.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Gestructureerde Psychodynamische Groepstherapie

Verantwoording

Mensen die in de problemen komen vanwege grensoverschrijdend gedrag, kennen vaak hardnekkige patronen in het omgaan met anderen. Meestal is er sprake van stagnatie of scheefgroei in de persoonlijkheidsontwikkeling.

Voor preventie op langere termijn kan in dat geval een behandeling gericht op het aanleren van andere vaardigheden en denkwijzen onvoldoende zijn. Een behandeling gericht op (verdere) persoonlijkheidsontwikkeling is dan een goed alternatief of een goede aanvulling. Zo'n behandeling vindt bij voorkeur in groepsverband plaats, zodat men met en van anderen kan leren.

In een veilige sfeer wordt stilgestaan bij oude gedragspatronen, de oorsprong (vaak negatieve ervaringen uit het verleden) en bij het effect ervan op een ander. De patiënt kan vervolgens experimenteren met nieuw gedrag en zo nieuwe, positieve ervaringen opdoen in de omgang met anderen. Zo nemen zelfkennis en het zelfvertrouwen toe en vermindert de persoonlijkheidsproblematiek. De patiënt kan zich verder ontwikkelen tot een autonoom en verantwoord handelend individu. Op deze wijze wordt gewerkt aan delictpreventie op de langere termijn.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, gerelateerd aan het grensoverschrijdend gedrag. In DSM-IV termen is er sprake van een 'persoonlijkheidsstoornis' of er zijn 'trekken van'. De patiënt:

- is in staat tot enige zelfreflectie;
- heeft een beginnend besef dat de problematiek te maken heeft met hemzelf en de wijze van omgang met anderen;
- heeft daar ook enige last van;
- is bereid om de oplossing bij zichzelf, bij het eigen functioneren te zoeken;
- is in staat gevoelens in enige mate te controleren (is niet direct ontregeld als er nieuwe gevoelens ervaren worden).

Dit onderdeel kan naast of na een meer cognitieve of gedragsmatige aanpak aangeboden worden.

Doelstelling

Er is zicht op (delictgerelateerde) gedragspatronen en er is helderheid over de bron en de oorspronkelijke functie. De patiënt heeft meer passende en acceptabele omgangspatronen gezocht en zich eigen gemaakt. Het betreft hier procesdoelen. Dat wil zeggen dat er niet naar gestreefd wordt dat de patiënt deze volledig realiseert.

Inhoud en werkwijze

Er wordt gewerkt in een open, in beginsel gemengde groep met maximaal tien deelnemers. Nieuwe patiënten stromen gedoseerd in. De sessies vinden wekelijks plaats en duren anderhalf uur.

Op basis van problematiek en hulpvraag worden (ook) individuele doelen gesteld. De patiënt neemt deel tot deze doelen in voldoende mate zijn bereikt of tot gebleken is dat verdere ontwikkeling nog maar beperkt mogelijk is.

De sessies hebben weinig structuur zodat de patiënt eerder de hem kenmerkende gedragspatronen vertoont. Als vertrekpunt legt een patiënt een onderwerp voor; iets over zijn omgang met anderen, iets dat hem bezighoudt en waarin hij vastloopt. Mede vanuit de doelen bevraagt de therapeut de patiënt en stimuleert medepatiënten tot hetzelfde. Hierbij reguleert de therapeut de onderlinge interacties en zorgt voor voldoende veiligheid. Naast doorleefd inzicht en nieuwe, corrigerende ervaringen, wordt ook de werking van andere 'genezende factoren' gestimuleerd, zoals hoop, universaliteit, altruïsme (zie ook Yalom, 1978).

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Cognitieve Gedragstherapie (CGT)

Verantwoording

Individuele cognitieve gedragstherapie kan worden omschreven als een proces waarbij een therapeut op transparante en met de patiënt vooraf overeengekomen wijze aan het werk gaat om de emotionele problemen en gedragsproblemen van de patiënt zo goed mogelijk, duurzaam en relevant te reduceren.

Patiënten leren zelf verantwoordelijk te zijn voor hun gedrag en leren dat dit gedrag voortkomt uit cognitieve processen als denken en voelen. Cognitieve gedragstherapie is daarom goed inzetbaar bij deze doelgroep.

De effectiviteit van CGT is aangetoond door wetenschappelijk onderzoek (Bogels & Van Oppen, 1999; EFP, 2008; Korrelboom & ten Broeke, 2004; De Ruiters & Van Veen, 2005; Verheul & Kamphuis, 2007).

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag, bij wie vooral een cognitieve gedragstherapie geïndiceerd is.

Doelstelling

Het recidiverisico is verlaagd doordat de risicofactoren voor de patiënt helder zijn omschreven en hij ander, meer adequaat gedrag heeft aangeleerd. Er is een preventieplan opgesteld, waarin richtlijnen zijn opgenomen om herhaling van gewelddadig grensoverschrijdend gedrag te voorkomen. De patiënt heeft geleerd dat gedrag voortkomt uit cognitieve processen als denken en voelen en dat hij hiervoor zelf de verantwoording draagt.

Inhoud en werkwijze

Na aanmelding en intake wordt een afspraak gemaakt voor individuele cognitieve psychotherapie.

Door verklarende diagnostiek (een functie- en betekenisanalyse) wordt het behandelplan in samenwerking met de patiënt vormgegeven.

Desgewenst wordt er nader psychologisch onderzoek gedaan, zodat een duidelijk beeld ontstaat van de problematiek waarvoor de patiënt of diens omgeving hulp vraagt. Het formuleren van die hulpvraag kan het eerste doel van de behandeling worden wanneer de patiënt het delictgedrag niet als ongewenst maar als egosyntoon ervaart.

Foutieve en inadequate cognities aangaande delictgedrag worden uitgedaagd of weergegeven in de vorm van een schema. De patiënt leert stapsgewijs in te zien dat zijn waarneming niet altijd in overeenstemming is met wat maatschappelijk als gepast wordt gezien. De behandeling richt zich vervolgens op het verwerven van geaccepteerd gedrag.

Wanneer na de behandeling negatief gekleurde cognities toenemen (bijvoorbeeld onbeheersbare woede of sterke seksuele drang en de behoefte deze in de praktijk te brengen), wordt de patiënt geadviseerd zo spoedig mogelijk hulp te zoeken om terugval in delictgedrag te voorkomen.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Individuele dynamische psychotherapie

Verantwoording

Dynamische psychotherapie beoogt verandering in de persoonlijkheidsproblematiek te bewerkstelligen en richt zich op opheffing van stagnatie of scheefgroei in de persoonlijkheidsontwikkeling. Wanneer aannemelijk is dat deze verstoorde ontwikkeling een factor is in het gewelddadige grensoverschrijdende gedrag is deze behandeling geïndiceerd.

Voor sommige patiënten is het daarom uit preventief oogpunt van belang om meer kennis over zichzelf te hebben en deze kennis ook geaccepteerd en eigen gemaakt te hebben. Het gaat hierbij om kennis over de levensloop en de invloed daarvan op de persoonlijkheid, de eigen gevoelens, het eigen denken en eigen handelen. Het verwerven van deze kennis vraagt om zelfacceptatie en acceptatie van gebeurtenissen, gevoelens en kenmerken die erg onprettig zijn en liever vermeden worden.

De veronderstelling is dat op basis van toegenomen zelfkennis en persoonlijkheidsontwikkeling een volgende stap gezet kan worden; het nemen van verantwoordelijkheid voor het eigen gedrag, in het bijzonder voor duurzame preventie van (verder) grensoverschrijdend gedrag. Uitgangspunt is dat mensen met een rijpe persoonlijkheid in beginsel geen grensoverschrijdend gedrag vertonen.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met persoonlijkheidsproblematiek, gerelateerd aan het grensoverschrijdend gedrag. In DSM-IV termen is er sprake van een 'persoonlijkheidsstoornis' of er zijn 'trekken van'.

De patiënt:

- is in staat tot enige zelfreflectie;
- heeft een beginnend besef dat de problematiek te maken heeft met hemzelf en de wijze van omgang met anderen;

- heeft daar ook enige last van;
- is bereid om de oplossing bij zichzelf, bij het eigen functioneren te zoeken;
- is in staat gevoelens in enige mate te controleren (is niet direct ontregeld als er nieuwe gevoelens ervaren worden).
- Dit onderdeel kan naast of na een meer cognitieve of gedragsmatige aanpak aangeboden worden.

Doelstelling

De persoonlijkheidsontwikkeling van de patiënt is weer in gang gezet. Er wordt meer nuance en variatie gerapporteerd in gevoelens, gedachten en handelen, evenals een meer tevredenstellend sociaal-maatschappelijk functioneren. Dit wordt ook in de literatuur gezien als beschermende factor ten aanzien van recidive (Bouman, 2009).

Inhoud en werkwijze

Er zijn wekelijkse sessies van 45 minuten, waarin de patiënt aangeeft wat hem bezighoudt en hoe hij zich gedraagt, inhoudelijk toegespitst op het persoonlijke (dis)functioneren. De therapeut toont geen afwijzing over wat de patiënt bespreekbaar maakt, vraagt naar de achterliggende drijfveren en gevoelens en legt verbanden met het delictgedrag of grensoverschrijdend gedrag.

Kern van deze psychotherapie is een accepterende, respectvolle en geduldige houding van de therapeut. Deze houding moet ertoe leiden dat de patiënt zich voldoende veilig voelt tot verkenning van zichzelf en zijn ongewenste kanten over te gaan en daarmee tot geleidelijke zelfacceptatie en zelfrespect te komen. Op basis van deze therapeutische houding kunnen ook behandeltechnieken worden toegepast.

De werkwijze en de houding van de therapeut impliceren een frequente evaluatie van het verloop. In vrijwel elke sessie wordt er afgestemd, omdat de therapeut en de patiënt goed met elkaar in contact moeten blijven. Een meer uitvoerige evaluatie vindt ten minste een keer per jaar plaats op afspraak. Een dynamische psychotherapie kan kort, maar ook langer duren.



Wanneer er sprake is van een persoonlijkheidsstoornis of ernstige persoonlijkheidsproblematiek is een duur van anderhalf tot tweeënhal jaar niet uitzonderlijk. De patiënt werkt aan procesdoelen. Dat wil zeggen dat er niet naar gestreefd wordt deze doelen volledig te realiseren. Wanneer het hier beschreven zelfverkennend proces in voldoende mate gevorderd is en zichtbaar is in ander gedrag, kan de psychotherapie worden afgesloten. Daarbij is er nadrukkelijk aandacht voor de bereikte beperking van het risico van grensoverschrijdend gedrag (en is van dit laatste al enige tijd geen sprake meer) en voor de eventuele schade van de therapiebeëindiging.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Psychiatrisch onderzoek, consult, medicatiecontact

Verantwoording

De meeste patiënten komen tot grensoverschrijdend gedrag vanuit een wirwar van gedachten en gevoelens. Het is bekend dat bij veel patiënten met grensoverschrijdend gedrag sprake is van psychiatrische problematiek die een rol speelt bij het delictrisico.

Tijdens de standaard intakeprocedure komt niet altijd boven water welke problematiek onderscheiden moet worden, in welke mate er van psychiatrische verschijnselen in engere zin sprake is en welke diagnose gesteld moet worden. Een psychiatrisch consult waar afname van een psychiatrische anamnese onderdeel van is, is dan gewenst. Medicatie kan wenselijk zijn om meer rust te brengen in de gedachtestroom en gevoelswereld van een patiënt, zodat hij meer profijt kan hebben van andere behandelvormen. De medicatie is hiermee indirect gericht op het bestrijden van het delictgevaar.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag, die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor psychiatrische diagnostiek, medicamenteuze behandeling of psychotherapeutische interventies van een psychiater.

Bij deze patiënten is psychiatrische problematiek aan de orde (of een verdenking ervan) of is sprake van symptomen die een belangrijk risico betekenen of hen belemmeren van de aangeboden behandeling gebruik te maken.

Doelstelling

Preventie van gewelddadig grensoverschrijdend gedrag en bestrijding van therapie-interfererende gedragingen, gedachten en gevoelens door middel van medicatie, consultatie, educatie en coaching. Indien nodig, het realiseren van een verantwoorde overdracht van het medisch-psychiatrisch beleid aan de niet-forensische hulpverlening, bijvoorbeeld de huisarts of een RIBW.

Inhoud en werkwijze

Op indicatie vanuit de intake- of behandelbespreking (MDO) of na een gemotiveerd verzoek van een behandelaar, vinden er één of meerdere contacten met de patiënt plaats. Eventueel mondt dit uit in een medicatiebeleid dat direct gericht is op bestrijding van het delictgevaar.

Er worden contacten onderhouden met artsen, psychiaters en andere instellingen die bij de patiënt zijn betrokken.

Bij het voorschrijven van medicatie worden de richtlijnen van de ggz in acht genomen.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Beeldende therapie

Verantwoording

Patiënten met agressieproblemen zijn veelal (sterk) zintuiglijk (visueel, auditief) en lichamelijk ingesteld. Daarom sluit beeldende therapie goed aan op met agressie samenhangende probleemgebieden. Zij hebben vaak een concrete zintuiglijke en lichamelijke ervaring nodig om ervaringen te kunnen waarnemen en uiten. Daarnaast doen beeldende werkvormen een appel op emoties en op het vermogen tot ordenen. Een toegevoegde waarde van beeldende therapie is dat het werken met materialen en technieken patiënten in de gelegenheid stelt om via een andere weg dan die van het gesproken woord in aanraking te komen met een vaak irreëel zelfbeeld, het niet goed kunnen omgaan met emoties en met problemen in de interactie en disfunctionele cognities.

Doelgroep

Patiënten van De Tender met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag die (ook) geïndiceerd worden voor een niet-verbale vorm van behandeling.

Doelstelling

Het gewelddadig grensoverschrijdend gedrag is verminderd of afwezig. De patiënt kan onder woorden brengen wat de betekenis van zijn werkstukken is en geeft aan dat agressief gedrag is verminderd, omdat:

- antisociale cognities zijn afgenomen;
- foute vrienden zijn ingewisseld voor prosociale rolmodellen;
- affectie voor en communicatie met familieleden is vergroot;
- zelfcontrole technieken prevaleren boven agressief gedrag.

Inhoud en werkwijze

De module wordt individueel of in groepsverband aangeboden en bestaat uit wekelijkse sessies van drie kwartier of anderhalf uur. De sessies zijn opgebouwd in een gezamenlijke start, individueel of gezamenlijk aan het werk zijn en een gezamenlijk einde waarbij gemaakt werk wordt getoond en besproken.

De activiteiten worden afgestemd op de probleemgebieden en het ontwikkelingsniveau van de patiënt. De duur is afhankelijk van de aard van de problematiek en motivatie.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Dramatherapie

Verantwoording

Dramatherapie wordt in het algemeen geïndiceerd als er sprake is van een star en moeilijk te beïnvloeden gedragsspatroon of denkwijze. Patiënten kunnen vaak wel goed over hun (grensoverschrijdend) gedrag praten, maar dit praten en de daarbij verworven inzichten hebben niet geleid tot gedragsverandering. Dramatherapie is een behandelvorm die de gelegenheid biedt om op een veilige manier met nieuw gedrag te experimenteren en de gevoelens daarbij te ervaren.

Deze nieuw opgedane ervaringen bieden ondersteuning en houvast om ook in het dagelijks leven veranderingen aan te brengen.

Binnen dramatherapie worden meerdere probleemgebieden onderscheiden: verstoorde waarneming, impulsiviteit, problemen met afstand en nabijheid, verstoorte gevoelsexpressie en empathie, overmatig controle en destructieve agressie. Deze probleemgebieden kunnen in verschillende combinaties optreden.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag en een star gedragsspatroon of starre denkwijze, die de wens tot veranderen hebben en baat hebben bij een meer oefen-, handelings- en ervaringsgerichte aanpak.

Doelstelling

De doelstelling is afhankelijk van het probleemgebied waarin het gedrag van de patiënt te plaatsen is en van de hulpvraag van de patiënt.

Het ervarings- en handelingsgerichte karakter maakt dramatherapie geschikt grensoverschrijdend gedrag te herkennen en nieuw gedrag te ervaren en eigen te maken. Het algemene doel is het verwerven van nieuw gedrag, met

respect voor de grenzen van anderen.

Inhoud en werkwijze

Op basis van het probleemgebied waarin het gedrag van de patiënt geplaatst is en op basis van de hulpvraag worden de doelen meer specifiek geformuleerd en wordt een passende werkwijze gekozen. De werkwijze kan steunend of inzichtgevend zijn.

Werkvormen zijn onder meer:

- dramatic play: geïmproviseerd rollenspel;
- role-play: stelt de patiënt in staat alternatief gedrag te exploreren;
- agressiebeheersingstechnieken: oefeningen voor lichaam- en spanningsbewustzijn;
- assertiviteitsoefeningen;
- rolnemingsoefeningen.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOverschrijdend Gedrag - ALGEMEEN

EMDR

Verantwoording

Met behulp van EMDR worden patiënten geholpen trauma's te verwerken en een negatief zelfbeeld te repareren. EMDR richt zich niet specifiek op agressiebeheersing, maar kan daar wel een belangrijke bijdrage aan leveren. EMDR is binnen een forensische polikliniek vaak een aanvulling op de reguliere behandeling. Door wetenschappelijk onderzoek is ruimschoots aangetoond dat EMDR een aantoonbaar effectieve therapie is.

Patiënten die in hun jeugd geregeld geconfronteerd zijn met fysieke mishandeling of andere als zeer bedreigend ervaren gebeurtenissen, kunnen met angst en woede reageren wanneer zij in de actualiteit opnieuw worden geconfronteerd met wat zij waarnemen als agressie en vernedering.

Bij EMDR-behandeling van een trauma ondergaat de traumatische gebeurtenis een betekenisverandering. In het vervolg van de behandeling kunnen deze veranderde cognities gebruikt worden om de agressie verder te leren beheersen.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met agressief grensoverschrijdend gedrag, bij wie de hypothese is dat nare gebeurtenissen uit het verleden (dus niet alleen traumatische gebeurtenissen) ten grondslag liggen aan de huidige problematiek.

Doelstelling

De patiënt kan, naar redelijke maatstaven, neutraal terugkijken op de traumatische gebeurtenissen en wordt niet meer overweldigd door fysieke of mentale beroering. Dit kan worden getoetst door het afnemen van een PTSS-vragenlijst. Ook kan de patiënt rechtstreeks gevraagd worden of

het terugkijken op de traumatische gebeurtenissen neutraal voor hem is geworden. Dit wordt gemeten in de zogeheten SUD-schaal (Subjective Units of Disturbance).

Inhoud en werkwijze

EMDR kent een zeer strak protocol, waarbij het hanteren van de precieze teksten zoals beschreven in het protocol essentieel is. Voorafgaand aan het EMDR-protocol wordt de traumaproblematiek geconceptualiseerd in een betekenisanalyse en uitgelegd aan patiënt. Deze krijgt daardoor inzicht in hoe zijn trauma('s) zijn gedrag beïnvloeden.

Wanneer het trauma succesvol is verwerkt kan, indien nodig, worden gestart met de aanpak van het probleemgedrag.

De behandelduur kan variëren van drie tot vijf sessies bij een enkelvoudig trauma. Bij een meervoudig trauma kunnen 15 tot 35 sessies nodig zijn. Er is geen huiswerk.

Aangezien EMDR de hersenen als aangrijpingspunt heeft, is het van belang bij patiënten die psychofarmaca gebruiken te overleggen met degene die deze voorschrijft. Medicatie kan namelijk het oproepen en beleven van emoties dempen, terwijl het juist de bedoeling is deze via EMDR op te roepen en te verwerken.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Forensisch Psychiatrisch Toezicht en Forensisch Psychiatrische Thuiszorg (FPT De Tender, Forensisch (F)Act Team)

Verantwoording

De effectiviteit van de behandeling wordt bevorderd door in de eigen woonomgeving van de patiënt behandeling te bieden. Zo worden verworven kennis en vaardigheden bestendig en uitgebreid. De organisatievorm is een multidisciplinair, forensisch FACT team.

Van FPToezicht is sprake wanneer de patiënt een tbs-status heeft. In andere gevallen is sprake van FPThuiszorg. De begeleiding kan zowel afzonderlijk als in samenhang met andere behandelonderdelen worden aangeboden. Het stelt patiënten in staat om, zo nodig met ondersteuning, zo volwaardig mogelijk aan de maatschappij deel te nemen.

Doelgroep

Patiënten die voldoen aan de algemeen geldende criteria voor behandeling binnen De Tender, met veelal chronische problematiek op meerdere levensgebieden. Zij wonen binnen het geografische gebied waarin het FPT-team haar diensten verleent (Overijssel en Oost-Gelderland). Patiënten hebben enig zicht op hun problematiek, behoefte aan toezicht of thuiszorg vanwege hun kwetsbaarheid en problematiek op vele gebieden en zijn gemotiveerd om met deze behandelmethode te werken.

Doelstelling

Ondersteuning van patiënten bij het zo volwaardig mogelijk deelnemen aan de samenleving. Integratie van de patiënt in zijn leefomgeving en wanneer nodig ten aanzien van contacten met reguliere diensten en zorgverleningsinstellingen. Dit alles is gericht op duurzame delictpreventie. De patiënt heeft een voor hem specifiek delictpreventieplan door constante oefening en actualisering geïntegreerd en geborgd in zijn leven. De patiënt



heeft geleerd zijn handicaps, beperkingen en daarmee veelal het chronische karakter van zijn problematiek, te accepteren om van daaruit nieuwe stappen te ondernemen.

Inhoud en werkwijze

De zorg voor de patiënt wordt georganiseerd vanuit het forensisch FACT team, op basis van de ACT-methodiek (Assertive Community Treatment).

De begeleidingscontacten vinden voor het merendeel plaats in de thuissituatie en sociale omgeving van de patiënt. Actuele (probleem) situaties worden besproken en geanalyseerd en in verband gebracht met het delictpreventieplan en het behandelplan. Frequentie en inhoud van de begeleiding zijn afhankelijk van de hulpvraag en de ernst van de problematiek.

FPT kan zowel praktisch als psychosociaal van aard zijn; meestal is het een combinatie. Afhankelijk van de specifieke problematiek van de patiënt wordt aandacht besteed aan levensgebieden als financiën, huishouding, dagbesteding en sociale contacten. Telefonische ondersteuning en mailcontact maken deel uit van het behandelaanbod.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Maatschappelijk werk

Verantwoording

Veel patiënten hebben te maken met problemen op maatschappelijk gebied (huisvesting, financiën), die soms groter worden vanwege het ‘moeten’ volgen van een behandeling. Daarmee belemmeren ze een vruchtbaar behandelingsverloop. Een maatschappelijk werker helpt de patiënt om deze problemen in kaart te brengen en, voor zover mogelijk, op te lossen of zorgt voor gerichte doorverwijzing.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag, bij wie de sociaal-maatschappelijke problemen interfereren met behandeling.

Doelstelling

Sociaal-maatschappelijke problemen zijn in beeld en voor zover mogelijk onder controle van de patiënt of van de daartoe geëigende maatschappelijke en hulpverlenende instanties.

Inhoud en werkwijze

Nadat de problemen zijn geïnventariseerd, wordt met de patiënt gezocht naar mogelijke oplossingen. Het maatschappelijk werk bemiddelt zo nodig tussen patiënt en instanties (Centrum Werk en Inkomen, Schuldhulpverlening en dergelijke).

Hiervoor zijn één of meerdere gesprekken met de patiënt nodig, evenals diverse (telefonische) contacten met instanties.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Equip

Verantwoording

Equip is een programma met het doel jongeren te motiveren en toe te rusten (te equiperen) om elkaar te helpen en van elkaar te leren. Er wordt gewerkt aan het ombuigen van een negatieve groepscultuur naar een cultuur waarin je rekening met elkaar houdt. Equip is ontstaan en ontwikkeld in de Verenigde Staten en wordt daar gebruikt voor delinquente en antisociale jongeren. Het zogeheten “competentiemodel” wordt gecombineerd met een systemisch model en een structurele en communicatieve gedragsmatige benadering. Het trainingsprogramma gaat in op het problematisch gedrag, de consequenties en de betekenis daarvan voor de jeugdige, het systeem en de maatschappij.

Doelgroep

Bij De Tender voor behandeling aangemelde patiënten in de leeftijd van 18 tot ongeveer 21 jaar met ernstige gedragsproblematiek en mogelijk (psychiatrische) problemen op het vlak van relaties en seksualiteit, alcohol- en middelengebruik en maatschappelijke instabiliteit. Daarnaast is er sprake van crimineel of precrimineel gedrag dat in relatie staat met deze probleemgebieden. Deelnemers hebben een IQ van minimaal 80 en beschikken over voldoende verbale, cognitieve en sociale vaardigheden om het programma te volgen.

Doelstelling

Patiënten hebben geleerd verantwoordelijkheid te dragen voor hun eigen denken en doen. Het risico van recidive, delictgedrag of andere gedragsproblemen is verminderd.

Inhoud en werkwijze

Onder leiding van door Equip Nederland gecertificeerde trainers vinden in totaal twintig wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur plaats. De training begint met enkele introductiebijeenkomsten. In de vervolgsessies worden steeds twee onderwerpen gekozen uit de hoofdcategorieën sociale

vaardigheden, omgang met kwaadheid en het maken van morele keuzes. Op basis van een trainingswerkboek wordt vervolgens gewerkt met vaste sociale vaardigheidsoefeningen, geleide discussies met morele dilemma's en zelfhulpbijeenkomsten. Bij deze laatste brengen de deelnemers zelf problemen in en wordt onderling hulp aangeboden.

De patiënten hebben twee keer een individueel gesprek met de trainer in de vorm van een tussen- en eindevaluatie. Hierbij geeft de trainer feedback en is er voor de deelnemer ruimte voor vragen en opmerkingen over de inhoud van het programma en het verloop van het groepsproces. De groep is halfopen. Bij de start van nieuwe modules kan ingestroomd worden.

Het programma biedt ook enkele 'verwantenbijeenkomsten' aan het begin, halverwege en aan het einde van de training. Hiermee wordt de betrokkenheid van het systeem van de deelnemers beïnvloed en vergroot. Zo nodig kunnen er op basis van gesprekken met het systeem rondom de Equip-deelnemer aanvullende interventies worden ingezet, bijvoorbeeld systeemgesprekken.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Systemtherapie met systeemtaxatie

Verantwoording

Veel patiënten van De Tender zijn tot hun delictgedrag gekomen binnen een systeem (partnerschap/gezin). Ter preventie van verdere delicten is het belangrijk om te weten hoe het delictgedrag binnen het systeem heeft kunnen ontstaan en (voort)bestaan. Daarnaast is het goed om ook de sterke kanten van een systeem in kaart te brengen omdat deze benut kunnen worden voor preventie (beschermende factoren). Er dient daarom een taxatie van de systeemdynamiek en de behandelingsmogelijkheden plaats te vinden om te beziën of systeemtherapie geïndiceerd is. In de zogenaamde systeemtaxatie worden de onderlinge omgang en verhoudingen (de systeemdynamiek) verkend en in beeld gebracht.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten (dan wel patiëntensystemen) met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag, waarbij:

- patiënt en slachtoffer (nog steeds) deel uitmaken van hetzelfde systeem;
- de veronderstelling aannemelijk is dat de manier van met elkaar omgaan, communiceren, samenleven in het systeem verband heeft met het ontstaan en in stand houden van het delictgedrag en grensoverschrijdende gedrag;
- de veronderstelling aannemelijk is dat hierin verandering te bewerkstelligen is;
- ook sterke kanten aanwezig zijn en ontwikkeld kunnen worden.

Doelstelling

De systeemdynamiek is duurzaam veranderd en de leden van het systeem gaan blijvend anders met elkaar om op basis van in de behandeling gestelde doelen. Het communiceren en samenleven in het systeem zijn zodanig gewijzigd, dat de kans op grensoverschrijdend gedrag tot aanvaardbaar niveau is teruggebracht. Dit wordt vastgesteld vanuit de voortgang op het behalen van concreet afgesproken doelen en op basis van observaties van de behandelaar.

Inhoud en werkwijze

Om behandelmogelijkheden vast te stellen en behandeldoelen te formuleren, wordt tijdens de systeemtaxatie het gedrag van de pleger, de partner en de overige gezinsleden - ook in de onderlinge wisselwerking - geanalyseerd en verhelderd, in het bijzonder ten aanzien van het grensoverschrijdend gedrag.

Op basis hiervan en vanuit de gespreksindrukken worden hypothesen geformuleerd over het (dis)functioneren van het systeem, de factoren die dit in stand houden en de beschermende factoren. Deze werkhypothesen dienen als uitgangspunt voor de behandeling en worden continu getoetst en aangescherpt.

De tijdsinvestering is afhankelijk van de frequentie en duur van de gesprekken en wordt bepaald door de gestelde doelen en de gekozen werkwijze. De geformuleerde doelen worden binnen het MDO regelmatig geëvalueerd, minimaal een keer per jaar.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Psychosociale begeleiding

Verantwoording

Veel patiënten lukt het vanwege hun psychische problematiek maar moeizaam zonder hulp om te gaan met maatschappelijke eisen en te leven volgens maatschappelijk aanvaardbare normen. Coaching en begeleiding in het leren van praktische, sociale en probleemoplossende vaardigheden zijn dan nodig. Zo worden zelfredzaamheid, zelfvertrouwen en zelfrespect vergroot. Patiënten raken beter in het maatschappelijke leven ingebed, wat een preventief effect heeft.

Doelgroep

Patiënten van De Tender met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag die, al dan niet binnen een verplicht kader, coaching, begeleiding en ondersteuning nodig hebben in hun dagelijkse maatschappelijk leven. Patiënten hebben enigszins inzicht in eigen emoties en gedragingen, bezitten de vaardigheden deze te bevorderen en hebben in beginsel de mogelijkheden praktisch en concreet te oefenen met het geleerde en besprokene.

Doelstelling

De patiënt heeft geleerd hoe hij met maatschappelijke instellingen, regels, normen en dergelijke kan omgaan, zonder risicovol gedrag te tonen. Hij kan een concreet plan ontwerpen om adequaat met deze risico's om te gaan.

Inhoud en werkwijze

Psychosociale begeleiding omvat psycho-educatie, coaching en begeleiding, inzichtgevende technieken, gedragstherapeutische technieken, elementen uit de agressiehanteringstherapie ("Held zonder geweld"), sociale vaardigheidstraining en cognitieve vaardigheidstraining.

De patiënt krijgt begeleiding bij concrete (psycho)sociale en maatschappelijke probleemsituaties in het hier en nu.

Er wordt gestreefd naar zelfcontrole van de patiënt ten aanzien van zijn gedrag in de maatschappij. Levensgebieden die als uitgangspunt bij de psychosociale begeleiding worden genomen, zijn de primaire steungroep, het sociale netwerk/sociogram, de woonsituatie, werk, school of opleiding, vrije tijd, financiën en andere psychosociale- en omgevingsgebieden.

De frequentie van de contacten wordt in overleg afgesproken omdat het afhankelijk is van de behoefte van de patiënt en de inschatting van noodzakelijkheid door de behandelaar. Er kunnen wekelijkse gesprekken plaatsvinden, maar ook eenmaal in de twee à drie maanden.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOverschrijdend Gedrag - ALGEMEEN

Groepscoaching voor volwassen ADHD-patiënten

Verantwoording

Naast de behandelingen die specifiek gericht zijn op het grensoverschrijdende gedrag, is het wenselijk om patiënten met ADHD een op hen gericht aanbod te geven. Binnen de groep patiënten met ADHD bleek daar ook een grote behoefte aan te bestaan.

De groepscoaching heeft als doel de patiënten informatie en praktische tips aan te reiken. Patiënten maken kennis met lotgenoten om ervaringen uit te wisselen. Het delen van ADHD gerelateerde problematiek vormt een wezenlijk onderdeel van het programma.

De groepscoaching is een aanvulling op het behandelprogramma dat de patiënt bij De Tender volgt.

Doelgroep

Patiënten van De Tender met een gediagnosticeerde ADHD, die hiervoor al dan niet medicatie gebruiken.

Doelstelling

De patiënt is in staat tot meer acceptatie van het eigen gedrag en kan ook de werk- en leefomgeving hierover informatie geven. Als gevolg hiervan is meer rust ontstaan in de leefomgeving van de patiënt en kan hij beter functioneren op leefgebieden zoals werk, wonen en relaties. Dit verlaagt het risico op grensoverschrijdend gedrag.

Inhoud en werkwijze

De cursus bestaat uit acht wekelijkse bijeenkomsten van twee uur, gevolgd door een terugkombijeenkomst na twee maanden. De bijeenkomsten worden ingevuld volgens een vast patroon. Deze uniforme aanpak zorgt voor transparantie, waardoor het groepsproces zich sneller kan ontwikkelen.

De deelnemers krijgen een werkboek waarin de theorie is beschreven. Daarnaast wordt er huiswerk gemaakt en zijn er opdrachten die uitgevoerd moeten worden.

Aan de hand van de diverse thema's formuleren de deelnemers persoonlijke doelen die in en met de groep worden bekeken en gevolgd. De ervaringen worden in elke bijeenkomst teruggekoppeld.

De volgende onderwerpen worden behandeld:

- diagnose en behandeling;
- agendaplanning en beheer;
- omgaan met geld;
- communicatie;
- ADHD binnen de relatie;
- werk en studie.

Het volgen van de cursus is voor veel patiënten met ADHD een hele opgave. In de praktijk blijkt dat de patiënten vaak pas halverwege de cursus gewend zijn aan de structuur. Bij het beëindigen van de cursus bestaat vaak de behoefte deze nogmaals te volgen om alle facetten van de cursus te kunnen integreren. Het is mogelijk deze cursus een tweede keer te volgen.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Leefstijltraining

Verantwoording

Bij veel patiënten is een verslavingsprobleem onderdeel van het gewelddadig grensoverschrijdend gedrag. Leefstijltraining is gericht op doorbreking of verandering van middelenafhankelijkheid of problematisch gokgedrag. Hoofdelementen zijn motivatie, zelfcontrole en terugvalpreventie. Tijdens de Leefstijltraining leert de patiënt alternatieve gedragsstrategieën aan die zowel positief als negatief bekrachtigend werken, evenals het omgaan met trek. Hierbij kan worden gedacht aan het aanleren van het gemis van de door het gebruik veroorzaakte positieve gevolgen (roes, euforie) en het verdragen van negatieve gevolgen van het niet meer gebruiken. Daarnaast moet aandacht worden besteed aan de verandering van de verwachtingen over de effecten van het middel en het gedrag in bepaalde sociale situaties.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag waarbij alcoholgebruik, middelengebruik of gokgedrag een rol speelt. Patiënten bevinden zich in het stadium van beslissen en voorbereiden op gedragsverandering betreffende hun verslaving en willen in beginsel dit gedrag veranderen. De mate van sociale integratie is goed tot matig; er zijn nauwelijks meer problemen op het gebied van huisvesting, er is een redelijk tot goed sociaal netwerk en een redelijke mate van huisvesting.

Doelstelling

Bij de patiënt is de motivatie voor verandering versterkt en hij beschikt over meer zelfcontrole. Als gevolg van abstinentie van gebruik of gecontroleerd gebruik is een bestaan zonder gewelddadig grensoverschrijdend gedrag binnen zijn bereik gekomen.

Inhoud en werkwijze

Bij de start van deze intensieve training wordt aandacht besteed aan versterking van de motivatie voor verandering. Vervolgens verschuift deze naar zelfcontrole en terugvalpreventie.

De training omvat de volgende onderwerpen:

- voor- en nadelenbalans;
- trainingsplan, zelfcontrolemaatregelen;
- inventarisatie risicosituaties;
- functieanalyse van het gebruik;
- noodplan;
- omgaan met trek;
- verandering van gedachten;
- omgaan met sociale druk;
- omgaan met gevoelens.

Cohesie, onderlinge herkenning en ondersteuning zijn belangrijk. Daarom wordt de training in een gesloten groep geboden. Er zijn in totaal vijftien bijeenkomsten van twee uur.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - ALGEMEEN

Behandeling In Detentie (BID)

Verantwoording

Dit programma wordt in detentie binnen de Penitentiaire Inrichting (P.I.) in ons werkgebied gegeven. Gedetineerden kunnen tijdens hun verblijf in een P.I. behoefte hebben aan professionele behandeling. In het BID-programma wordt door middel van gesprekken ingegaan op de concrete hulpvraag van de gedetineerde. Daarnaast is het van belang dat de gedetineerde een plek heeft waar hij zich veilig voelt om vrijuit te kunnen praten over wat hem bezighoudt. De inhoud van de gesprekken is divers en de gesprekken zijn met name ondersteunend van aard. De context van de P.I. is begrenzend voor het karakter van de therapie.

Doelgroep

Zowel vrouwelijke als mannelijke gedetineerden komen in aanmerking voor het BID-programma. De veiligheid binnen de grenzen van de P.I. moet gewaarborgd zijn. De psycholoog met wie de gedetineerde een eerste contact heeft, stelt via het Psychiatrisch Medisch Overleg een indicatie.

De hulpvraag van de gedetineerde wordt in beginsel met de psycholoog van de P.I. voorbesproken. Deze hulpvraag kan zeer breed zijn, maar moet passen binnen de volgende thema's:

- emotieregulatie in de ruimere zin;
- bevorderen van een stabiel verblijf;
- bevorderen van medicatietrouw;
- voorkomen van detentieschade;
- motiveren voor een traject na detentie.

Doelstelling

Een behandel aanbod doen dat aansluit bij de hulpvraag van de gedetineerde binnen eerdergenoemde thema's. Onderwerpen die aan de orde kunnen komen zijn medicatievoorlichting, maatschappelijke inbedding, angsten, nachtmerries, gepleegde delicten, psycho-educatie en het opgesloten zitten. Ook wordt gesproken over vervolgbehandeling na detentie.

Inhoud en werkwijze

Elk gesprek duurt maximaal 45 minuten. Het aantal gesprekken en de inhoud ervan zijn afhankelijk van de duur van het verblijf in de P.I. Bij een langer verblijf kan er een lagere frequentie zijn.

Het contact wordt afgesloten wanneer aan de hulpvraag van de gedetineerde is voldaan (of de gedetineerde vertrekt) en er geen verdere of nieuwe hulpvraag is vanuit de gedetineerde of de P.I.

Bij een hulpvraag na beëindiging van de detentie kan de patiënt aangemeld worden voor vervolgzorg, bijvoorbeeld voor inzet van het FACT team.

ZORGPORGRAMMA GEWELDDADIG GRENDOERSCHRIJDEND GEDRAG - HUISELIJK GEWELD

Preventiegroep relationeel geweld

Verantwoording

Relationeel geweld kent meerdere oorzaken. Behandeling dient gericht te zijn op een combinatie van psycho-educatie, cognitief gedragstherapeutische technieken en individuele behoeften van de patiënt.

Omdat slachtoffers van relationeel geweld in veel gevallen blijven samenleven met de geweldpleger of na aanvankelijke plannen om te scheiden bij hem/haar terugkeren, zijn patiënten vaak matig gemotiveerd om hulp te zoeken. Mede omdat patiënten vaak moeite hebben om hun gevoelens te onderkennen en te uiten, heeft een groepsbehandeling veelal de voorkeur. Een groepsbehandeling maakt lotgenotencontact mogelijk, wat helpt schaamtegevoelens te reduceren. Bovendien kunnen patiënten mondelinge feedback ontvangen en kunnen er groepsconfrontaties plaatsvinden.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag die hun (ex)partner mishandel(d)en en gekenmerkt kunnen worden als het overgeremde type of het cyclisch/emotionele type. Patiënten zijn binnen hun relatie gewelddadig maar vertonen elders geen of nauwelijks gewelddadig gedrag. Er is eerder sprake van neurotische problematiek dan van persoonlijkheidsproblematiek. Deze groep staat ook open voor vrouwen.

Doelstelling

De veiligheid van de systeemleden is gecreëerd of hersteld en de patiënt pleegt geen (nieuw) delictgedrag. De patiënt heeft een adequate en geloofwaardige preventieketen opgesteld. Er is helderheid ontstaan in de dynamiek van het gewelddadig gedrag, inclusief de systeemdynamiek en desgewenst in de verandering hiervan. Indien mogelijk zijn de emotionele banden in het systeem hersteld.

De patiënt is in staat:

- de time-out maatregel goed toe te passen;
- alle gewenste onderwerpen op een juiste manier bespreekbaar maken, met name bij de (eventuele) partner;
- op een andere manier spanning te laten afvloeien en dit ook toe te passen in de relatie;
- voor zichzelf op te komen (ook) in de relatie;
- te vertellen welke factoren het geweld veroorzaken en verantwoordelijkheid te nemen voor zijn aandeel;
- beter dan voorheen (emotionele) signalen van met name de partner te herkennen.

Inhoud en werkwijze

Het protocol waarlangs de Preventiegroep Relationeel Geweld aangeboden wordt, voorziet in de behandeling van twaalf thema's in twaalf hoofdstukken. Er zijn minimaal twaalf bijeenkomsten. Behandeling van de thema's vergt gewoonlijk meer dan vijftien bijeenkomsten.

Iedere week komen de deelnemers anderhalf uur bij elkaar. Iedereen bespreekt de actualiteit met in het bijzonder aandacht voor spanningen, stresssituaties, het gebruik van de time-out en middelengebruik. Daarna komt het eventuele huiswerk aan de orde. Vervolgens wordt het thema van de bijeenkomst ingeleid door de behandelaar(s), waarna veelal geleide groepsinteractie plaats heeft. Tot slot van de bijeenkomst wordt het nieuwe huiswerk opgegeven.

Wanneer de behandelaar heeft vastgesteld dat er voldoende vordering in de behandeldoelen is bereikt en voldoende inzet is getoond tijdens de bijeenkomsten, presenteert een deelnemer de Persoonlijke Preventieketen. Wanneer goed bevonden kan de deelnemer uitstromen. Indien nodig kan een dwingend of dringend advies tot vervolgbehandeling worden gedaan.

Toegang tot de groepsbehandeling wordt heroverwogen in geval van niet gemelde of ongeoorloofde afwezigheid (bij twee of meer bijeenkomsten) en herhaling van delictgedrag.



Bij de instroom in de Preventiegroep Relationeel Geweld wordt gewerkt volgens het carrousselmodel. Mits de groepsgrootte niet wordt overschreden, kunnen iedere week deelnemers in- en uitstromen.

Waar mogelijk worden naast de groepsbehandeling partnerrelatiegesprekken gevoerd.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - HUISELIJK GEWELD

Systemtherapie met systeemtaxatie

De Tender heeft de systeemtherapie als basis voor huiselijk geweld problematiek gekozen. Als het maar enigszins mogelijk is, dient er een systeemtaxatie te komen, gevolgd door een daarop gebaseerde systeembehandeling. Voor verdere uitleg hiervan wordt verwezen naar het hoofdstuk Systemtherapie met systeemtaxatie in het algemene gedeelte van deel II.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - LICHT VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN (LVG)

Intensieve Poliklinische Groep voor Agressie (IPG-A)

Verantwoording

Patiënten die functioneren op een zwakbegaafd intelligentieniveau kunnen vaak minder goed deelnemen aan reguliere groepsbehandelingen en hebben meer tijd nodig. Deze patiënten missen vaak vaardigheden om anders dan met agressie op situaties of mensen te reageren. Tijdens behandeling in een intensieve poliklinische groep verwerven patiënten andere, meer geaccepteerde vaardigheden en leren ze hoe ze deze moeten toepassen in hun leven. Op deze manier wordt delictpreventie nagestreefd.

Doelgroep

Patiënten van De Tender met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag en beperkte intelligentie (een IQ tussen de 60 en 80, vastgesteld op basis van een recente intelligentiemeting), in combinatie met verbale problemen of agressieproblematiek.

Dit onderdeel wordt aangeboden binnen de eendaagse dagbehandeling voor licht verstandelijk gehandicapte patiënten, waarvan ook dramatherapie-LVG en maatschappelijke inbedding- LVG deel uitmaken. Het kan ook als 'los' onderdeel gevolgd worden.

Doelstelling

De patiënt kent zijn delictketen en kan de factoren benoemen die hebben bijgedragen tot het gewelddadig grensoverschrijdend gedrag. Er is een preventieplan opgesteld waarin staat hoe de patiënt anders kan handelen. De patiënt heeft inzicht verkregen in de eigen beperkingen (onder meer ten aanzien van de intelligentie) en heeft geleerd deze beperkingen te accepteren.

Dit alles wordt gemeten aan de vorderingen die de patiënt zelf vermeldt en die ook door de therapeuten worden waargenomen. De mate waarin het preventieplan functioneert, is hierbij van belang.

Inhoud en werkwijze

Er is een voortraject bestaande uit ongeveer vijf gesprekken met een van de therapeuten. Dit bereidt de patiënt voor op wat hij kan verwachten in de groep en wat er van hemzelf wordt verwacht. De gesprekken hebben verder als doel een band aan te gaan en therapietrouw te bevorderen.

In de open groep zijn er wekelijkse groepsessies van twee uur waarin gedurende het eerste uur een van de patiënten aan de beurt is. Deze patiënt zet zijn delictverhaal op papier met hulp van de therapeuten en groepsleden.

De delictfactoren die hieruit naar voren komen, komen samen in de delictketen, waaruit een preventieplan volgt. Het tweede uur van de groepsessie wordt gewijd aan deelmodules met betrekking tot agressief gedrag.

Onderwerpen zijn:

- adequaat leren observeren en interpreteren van gedragingen;
- leren stil te staan bij eigen gedrag door dat uiteen te zetten in een gebeurtenis, gedachten, gevoel, gedrag en gevolgschema, om in toekomstige situaties anders te kunnen handelen;
- aanleren van vaardigheden om uit een situatie te stappen (onder meer het nemen van een time-out) of deze te hanteren zonder agressie te vertonen.

De groepsgrootte van maximaal zes personen biedt overzicht, rust en structuur en voldoende gelegenheid voor herhaling. Patiënten komen regelmatig aan de beurt, wat hun motivatie bevordert.

De behandeling wordt aan het tempo van de patiënt aangepast en duurt gemiddeld anderhalf jaar.

Bij afwezigheid zonder (geldige) opgegeven reden of afmelding, wordt er contact met de verwijzer opgenomen. Bij twee of meer keren verzuim achter elkaar zonder geldige reden, stopt de behandeling.



ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - LICHT VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN (LVG)

Dramatherapie – LVG

Verantwoording

Voor mensen met een licht verstandelijke handicap is het moeilijk om wat binnen een verbale therapie is geleerd om te zetten naar het dagelijks leven. Generalisatie van verworven inzichten en nieuw gedrag zijn niet vanzelfsprekend. Een oplossingsgerichte aanpak en het leren ervaren van keuzemogelijkheden zijn voor deze doelgroep belangrijk. Dramatherapie–LVG is een groepstherapie, gericht op sociale interactie en sociale vaardigheden.

Op grond van de heersende opvattingen kan gesteld worden dat mensen (speciaal mensen met een verstandelijke beperking) met goede sociale vaardigheden minder snel delictgedrag vertonen dan mensen zonder goede sociale vaardigheden. Een gebrek aan sociale vaardigheden kan in sociale contacten dusdanige gevoelens oproepen dat er een verhoogd risico ontstaat op het afreageren ervan via probleemgedrag (delicten). Sociale interacties kunnen derhalve potentiële aanjagers van probleemgedrag vormen.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde patiënten met een verstandelijke beperking met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag, zowel in het algemeen als binnen de relatie of huiselijke sfeer. De volgende problemen liggen hier (ten dele) aan ten grondslag:

- problemen in de sociale interactie;
- problemen met het aangeven van grenzen of de grenzen van anderen niet accepteren of herkennen;
- onvoldoende vaardigheden in het contact met anderen;
- onvoldoende vaardigheden met betrekking tot een goede presentatie in de buitenwereld

Dit onderdeel wordt aangeboden binnen de eendaagse dagbehandeling voor licht verstandelijk gehandicapte patiënten, waar ook de IPG-A en Maatschappelijke Inbedding-LVG onderdeel van zijn. Het kan ook als 'los' onderdeel gevolgd worden.

Doelstelling

Het prosociale gedrag van de patiënt is verbeterd. De patiënt is in staat om anders te denken, zijn gedachten beter te begrijpen en heeft probleemoplossende vaardigheden aangeleerd waardoor het delictrisico is verminderd. Rigide omgangsvormen hebben plaatsgemaakt voor meer flexibele omgangsvormen.

Inhoud en werkwijze

Er zijn wekelijkse sessies van zestig minuten, in een open groep. Iedere patiënt formuleert in samenspraak met de therapeut zijn eigen doelstelling voor de therapie.

De volgende werkwijzen en methoden worden ingezet:

- roleplay: het uitwerken van persoonlijke realistische scènes, bijvoorbeeld aan de hand van het persoonlijk preventieplan, de delictketen of life-events;
- scenework: geïmproviseerd rollenspel, met sociale situaties als uitgangspunt;
- oefenen met non-verbaal gedrag;
- agressiehanteringsmodule.

ZORGPROGRAMMA GEWELDDADIG GRENSOVERSCHRIJDEND GEDRAG - LICHT VERSTANDELIJK GEHANDICAPTEN (LVG)

Maatschappelijke inbedding – LVG

Verantwoording

De zogeheten maatschappelijk inbedding omvat het terrein van het alledaagse leven van patiënten met een licht verstandelijke handicap en is gericht op aandacht voor de posities van de patiënt in de maatschappij. Gekeken wordt naar onder meer financiën, werk, dagbesteding, huisvesting en een sociaal netwerk. Problemen op dit vlak worden bespreekbaar gemaakt en gezamenlijk wordt naar oplossingen gezocht.

Uit onderzoek is bekend dat een goede maatschappelijke inbedding een delictpreventief effect heeft. Het is daarom van belang dat een patiënt maatschappelijk goed is ingebed of - bijvoorbeeld na detentie - weer goed wordt ingebed. Dit verdient binnen een behandeling dan ook volop de aandacht.

Doelgroep

Bij De Tender aangemelde licht verstandelijk gehandicapte patiënten met gewelddadig grensoverschrijdend gedrag die op basis van de intake geïndiceerd zijn voor behandeling. Dit onderdeel wordt aangeboden binnen de eendaagse dagbehandeling voor licht verstandelijk gehandicapte patiënten, waarvan ook de IPG-A en dramatherapie-LVG deel uitmaken. Dit onderdeel kan ook als 'los' onderdeel gevolgd worden.

Doelstelling

Er is zicht op de sociaal-maatschappelijke factoren die mede een rol speelden in het delictgedrag van de individuele patiënt, op de actuele sociaal-maatschappelijke situatie en op de overeenkomsten met en verschillen tussen de delictrelevante factoren. Er is een plan opgesteld richting verantwoorde en veilige maatschappelijke inbedding. Dit plan wordt stapsgewijs uitgevoerd en zo nodig bijgewerkt.

Inhoud en werkwijze

De sociaal-maatschappelijke factoren van de patiënt worden in kaart gebracht op as IV van de DSM-IV-TR, dus langs onderstaande gebieden:

- problemen binnen de primaire steungroep;
- problemen gebonden aan de sociale omgeving;
- problemen met school en opleiding;
- werkproblemen;
- woonproblemen;
- financiële problemen;
- problemen met de toegankelijkheid van gezondheidsdiensten;
- problemen met Justitie, politie of op het gebied van criminaliteit;
- andere psychosociale en omgevingsproblemen.

Dit in kaart brengen gebeurt in eerste instantie ten aanzien van de situatie zoals die gold vlak voor en ten tijde van het delict (en de aanmeldreden) en vervolgens nog een keer ten aanzien van de actuele situatie.

Er wordt een plan opgesteld in de richting van een verantwoorde, veilige en haalbare maatschappelijke inbedding. Daarbij kan gedacht worden aan een traject richting schuldsanering, (begeleid) wonen, een opleidingsplan of een plan tot steeds meer (vrijwilligers)werk. Het streven is dit plan in kleine, voor de patiënt haalbare stappen te realiseren.



LIJST VOORNAAMSTE
LITERATUUR

LITERATUURLIJST

Achterhuis, H. (2010)

Met alle geweld. Een filosofische zoektocht.

Rotterdam: Lemniscaat.

Babcock, J.C., Green, C.E., & Robie, C. (2004)

Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment.

Clinical Psychology Review (23), 1023-1054.

Barron, P., Hassiotis, A., Banes, J. (2002)

Offenders with intellectual disability: the size of the problem and therapeutic outcomes.

Journal of Intellectual Disability Research (46, 6), 454-463.

Bartels, A. (2003)

Wie niet horen wil moet voelen. Creatieve therapie bij agressieproblematiek.

Congresboekuitgave AFPN ambulante forensische psychiatrie Noord-Nederland.

Berg, C. van den (2007)

Anders kijken naar problemen in hulpverlening en begeleiding.

Amsterdam: Boom Nelissen.

Binsbergen, M.H. van, Keune, L.H. (2008)

Forensische Zorgketens.

Utrecht: Forum Educatief.

Bogels S.M., Oppen, P. van (1999)

Cognitieve therapie: theorie en praktijk.

Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.

Bosch, M. van den (2003)

Borderline Personality Disorder, Substance Abuse, and Dialectical Behavior Therapy.

Amsterdam: Swets & Zeitlinger B.V.

Bouman, Y.H.A. (2009)

Quality of life and criminal recidivism in forensic outpatients with personality disorders. A good live approach.

Nijmegen: Pompestichting.

Broeke, E. ten (2009)

Praktijkboek EMDR.

Amsterdam: Pearson.

Budde, E. (2008)

Wat woorden niet kunnen zeggen.

Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Carr, A. (2009)

De effectiviteit van gezinstherapie en systeeminterventies voor problemen bij volwassenen.

Gezinstherapie Wereldwijd (20, 4), 445 – 474.

Craig, L.A, Stringer, I., Moss, T. (2006)

Treating sexual offenders with learning disabilities in the community: a critical review.

International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology (50, 4), 369-90.

Crocker AG, Mercier C, Lachapelle Y, Brunet A, Morin D, Roy M.E. (2006)

Prevalence and types of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities.

Journal of Intellectual Disability Research (50, 9), 652-61.

Didden, R. (red.) (2006)

In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking.

Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Didden, R., Moonen, X. (2007)

Met het oog op behandeling: effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een licht verstandelijke beperking.

Congres: Met het oog op behandeling, Den Dolder, 1 november 2007.

Dooren, S. van, Duivenvoorden, H.J., Trijsburg, R.W. (2006)

Een meta-analyse van de effecten van psychotherapie bij persoonlijkheidsstoornissen.

Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.

Dutton, D.G., Golant, S.K. & Pijnakker, H. (2000)

De partnernishandelaar: een psychologisch profiel.

Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Egan, G. (2004)

Deskundig hulpverleners. Een model, methoden en vaardigheden.

Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V.

Elliott, R., Freire, E. (2010)

Persoonsgerichte experiëntiële therapie is bijzonder effectief (samenvatting van een meta-analyse uit 2008).

Tijdschrift Cliëntgerichte Psychotherapie (48, 1), 8-14.

Expertisecentrum Forensische Psychiatrie (2008).

Landelijk zorgprogramma voor forensische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen.

Utrecht: EFP.

Flikweert, M; Lünemann, K. (2003)

Hulp verlenen aan het gezin - Literatuurstudie naar systeemgerichte benadering in geval van huiselijk geweld.

Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.

Gardner, H. (1999)

Intelligence reframed.

New York: Basic Books.

Goedhart, M., Choy, J. (2011)
Multifocus, de kracht van verbinden.
Venlo: Mutsaersstichting.

Goethals, K., Mol, B. (2007)
Zorgprogramma TBS-gestelden met een persoonlijkheidsstoornis en een geweldsdelict.
Nijmegen: interne nota Pompestichting.

Groen, M., Van Lawick, J. (2003)
Intieme Oorlog, over de kwetsbaarheid van familierelaties.
Amsterdam: Van Gennip B.V.

Hazel, T. van den, Didden, R. Korzilius, H. (2009)
Effects of personality disorder and other variables on professionals' evaluation of treatment features in individuals with mild intellectual disabilities and severe behavioural problems.
Research in developmental disabilities (3), 547-557.

Hendrickx, J., Boekhorst, F., e.a. (red) (1991)
Handboek Gezinstherapie. Deel I en II.
Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Holland T., Clare I.C., Mukhopadhyay T. (2002)
Prevalence of criminal offending by men and women with intellectual disability and the characteristics of offenders: implications for research and service development.
Journal Intellectual Disability Research (46, 1), 6-20.

Hornsveld, R.H.J. (2007)
Assessment and treatment of violent forensic psychiatric patients with a conduct or antisocial personality disorder in the Netherlands.
Nijmegen: proefschrift.

Hornsveld, R.H.J. (2004)

Held zonder geweld. Behandeling van agressief gedrag.

Amsterdam: Boom

Hornsveld, R, Vries, E. de (2009)

Held zonder geweld 2: behandeling van agressief gedrag.

Rotterdam: FPC de Kijvelanden.

Jahoda, A., Pert, C., Trower, P. (2006)

Socio emotional understanding and frequent aggression in people with mild to moderate intellectual disabilities.

American Journal of Mental Retardation (111, 2), 77-89.

Johnson, S.M. (2010)

Veilig Verbinden. EFT in de praktijk (The Practice of Emotionally Focused Couple Therapy).

EFT Netwerk Nederland.

Jonge, H.A. de, Knol, A.W. (2000)

Passanten in behandeling: mogelijkheden en consequenties.

Sancties 2002, 156-162.

Jongh, A. de, Broeke, E. ten (2002)

Handboek EMDR.

Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

Knaap, L.M. van der, Weijters, G., Bogaerts, S. (2007)

Criminogene problemen onder ouders die in aanmerking komen voor gedragsinterventies.

Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum, Ministerie van Justitie, Cahiers 2007 (7).

Korrelboom K., Broeke, E. ten (2004)

Geïntegreerde cognitieve gedragstherapie: handboek voor theorie en praktijk.

Bussum: uitgeverij Coutinho.

Kramer, D., Van de Sande, R. (2006)
De behandeling van relationeel geweld in Nederland.
Maandblad Geestelijke Volksgezondheid 2006/06/No61.

Lambert, M.J. (2004)
Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change.
New York: John Wiley & Sons, Inc.

Lawick, J. van (2003)
Van mis-handelen naar relationeel handelen: systemische psychotherapie bij fysiek geweld in paarrelatie.
Tijdschrift voor Psychotherapie (29, 3), 126-137.

Lange, A. (2008)
Gedagsveranderingen in Gezinnen.
Groningen: Noordhoff uitgevers B.V.

Linehan, M.M. (2002)
Dialectische gedragstherapie bij borderline persoonlijkheidsstoornis.
Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

Linehan, M.M. (derde druk, 1998)
Borderline persoonlijkheidsstoornis; handleiding voor training en therapie.
Lisse: Swets & Zeitlinger B.V.

Lünnemann, K.D., Bruinsma, M.Y. (2005)
Geweld Binnen en Buiten. Aard, omvang en daders van huiselijk en publiek geweld in Nederland.
Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum (Ministerie van Justitie)
Den Haag: Boom Uitgevers.

Marshall, W.L., Marshall, L.E., Serran, G.A. & Fernandez, Y.M. (2006)
Treating sexual offenders: An integrated approach.
New York, NY: Taylor & Francis.

Neeleman, A., Toering, I. (2010)

Als de liefde heeft toegeslagen... Groepsbehandeling voor paren met geweld in hun relatie.

Tijdschrift voor Psychotherapie (36, 4), 230-245.

Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (2009)

Richtlijn Familiaal Huiselijk Geweld bij kinderen en volwassenen.

Utrecht: Trimbos Instituut.

Netwerk Huiselijk Geweld

Ministerie van Justitie (2005), Den Haag

Website: www.huiselijkgeweld.nl

Novaco, R.W., Taylor, J.L. (2004)

Assessment of anger and aggression in male offenders with developmental disabilities.

Psychological Assessment (16, 1), 42-50.

Novaco, R.W., Taylor J.L. (2008)

Anger and assaultiveness of male forensic patients with developmental disabilities: links to volatile parents.

Aggressive Behaviour (34, 4) 380-93.

Outsem, R. van (2001)

De Aanpak, systeemgerichte hulp bij geweld in relaties.

Utrecht: TransAct.

Perlman, H.H. (1979)

Social casework, de methodiek van het individueel maatschappelijk werk.

Deventer: Van Loghum Slaterus.

Philipse, M., Ruiters, C. de, Hildebrand, M., Bouman, Y. (2000)

HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag.

Utrecht: Forum educatief.

Philipse, M.W.G. (2006)

Evidence based practice in de tbs. Maatschappelijke aspiraties versus empirische realiteit.

Pedagogiek (3), 274 – 290.

Projectgroep AFPT (2008)

Visiedocument AFPT.

Deventer: De Tender

Rose, J., Loftus, M., Flint, B., Carey, L. (2005)

Factors associated with the efficacy of a group intervention for anger in people with intellectual disabilities.

British Journal of Clinical Psychology (44, 3), 305 - 317.

Rose, J.L., Gerson, D.F. (2009)

Assessing anger in people with intellectual disability.

Journal of Intellectual and Developmental Disability (34, 2), 116-22.

Rijst, L. van der (2008)

Zijn mannen gewelddadiger tegen hun partners dan vrouwen?

Directieve therapie (28, 1), 20-34.

Ruiter, C. de, Veen, V. van (2005)

Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten. Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld.

Rotterdam: Trimbos-instituut.

Savenije, A., Van Lawick, J.W., Reijmers, E.T.M. (red.) (2008)

Handboek Systeemtherapie.

Utrecht: De Tijdstroom B.V.

Schweitzer, C. (red.) (2009)

Handboek Beeldende therapie. Uit de verf.

Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schuur, G. (2009)

Omgaan met agressie.

Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Shapiro, F. (2001)

Eye Movement Desensitization and Reprocessing: basic principles, protocols and procedures.

New York: The Guilford Press.

Smeijsters, H., Gleven, C. (2004)

Vaktherapie in de forensische psychiatrie.

Utrecht: Expertise centrum Forensische Psychiatrie.

Smeijsters, H., (2008)

Handboek creatieve therapie.

Bussum: Couthino.

Stith, S.M., Rosen, K.H., McCollum, E.E., Thomsen, C. (2004)

Treating intimate partner violence within intact couple relationships: Outcomes of multi-couple versus individual couple therapy.

Journal of Marital and Family Therapy (30, 3), 305-318.

Tassé, M.J. (2006)

Functional behavioural assessment in people with intellectual disabilities.

Current Opinion in Psychiatry (19, 5), 475-80.

Taylor, J.L. (2002)

A review of the assessment and treatment of anger and aggression in offenders with intellectual disability.

Journal of Intellectual Disability Research (46, 1), 57-73.

Tenneij, N.H., Didden, R., Stolker, J.J., Koot, H.M. (2009)

Markers for aggression in inpatient treatment facilities for adults with mild to borderline intellectual disability.

Research in developmental disabilities (6), 1248-1257.

Tenneij, N.H., Koot, H.M. (2008)

Incidence, types and characteristics of aggressive behaviour in treatment facilities for adults with mild intellectual disability and severe challenging behaviour.

Journal of Intellectual Disability Research (52, 2),114-124.

Trijsburg, W., Kroes, S. (2006)

Naar een integratieve behandeling op maat bij partnergeweld.

Tijdschrift voor Psychotherapie (32, 6), 395-416.

Trimbos Instituut (2008)

Multidisciplinaire Richtlijn Persoonlijkheidsstoornissen.

Utrecht: Trimbos-Instituut.

Vegter, P. (1999)

Behandelen in de gevangenis (oratie Nijmegen)

Arnhem: Gouda Quint, 1999.

Veldhuizen, R. van, Bähler, M., Polhuis, D., Os, J. van (2008).

Handboek FACT.

Utrecht: De Tijdstroom.

Verheul, R., Kamphuis, J.H. (2007)

De toekomst van persoonlijkheidsstoornissen, diagnostiek, behandeling en beleid.

Houten: Bohn, Stafleu, Van Loghum.

Vervoort, M. (2009)

Forensische psychiatrie: Tussen dwang en vrijblijvendheid.

Assen: Koninklijke Van Gorcum B.V.

Vink, R. (1997)

Niet erg slim en ook nog gevaarlijk: verstandelijk gehandicapte daders

Klik: maandblad voor de verstandelijk gehandicaptenzorg (26, 2), 12-16.

Vogel, V. de, Ruiters, C. de, Bouman, Y. (2007)
Meting van protectieve factoren en het belang ervan voor behandeling in de forensische setting. Introductie van de SAPROF.
Tijdschrift voor Psychotherapie (33), 102-119.

Ward, T., Day, A., Howells, K., Birgden, A. (2004)
The multifactor offender readiness model.
Aggression and Violent Behavior, 9: 645-673.

Wenning, H., Santana e.v. Kloek, M. (2005)
AD(H)D, een volwassen benadering. Individuele coaching en groepsbehandeling.
Amsterdam: Pearson.

Wildt, W.A.J.M. de (2006)
Leefstijltraining.
Amsterdam: Boom Uitgevers.

Willner, P., Brace, N., Phillips, J. (2005)
Assessment of anger coping skills in individuals with intellectual disabilities.
Journal of Intellectual Disability Research (49, 5), 329-339.

Wolde, A.C. ten, Grand, B. le, Slagter, J. (2006)
Vaardig en veilig: behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag.
Boschoord: Hoeve Boschoord

Yalom, I.D. (1978)
Groepspsychotherapie in theorie en praktijk.
Deventer: Van Loghum Slaterus.

Young, J.E., Klosko, J.S., Weishaar, M.E. (2005)
Schemagerichte therapie: handboek voor therapeuten.
Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.



DE TENDER
forensische poli- en dagklinik

Poli- en dagkliniek De Tender biedt forensisch psychiatrische en psychotherapeutische behandeling en zorg aan mensen die in aanraking zijn gekomen met de rechter of met de politie. Maar ook aan mensen bij wie dat dreigt te gebeuren. Soms behandelen we in opdracht van de reclassering, soms omdat iemand dat zelf wil. Onze behandeling stemmen we zo goed mogelijk af op de individuele situatie van elke persoon. Het doel van De Tender is de psychiatrische en sociale problemen en klachten van onze patiënten te verminderen waardoor het (mogelijk) gevaarlijke gedrag duurzaam afneemt.



DE TENDER

forensische poli- en dagkliniek