

Interventie

Asja

Samenvatting

Doel

Het doel van het zorgprogramma Asja is om in een periode van 6 tot 12 maanden drie met elkaar samenhangende doelen te realiseren.

1. Het meisje is veilig en beschermd tegen 'haar foute vriend(en)' en het loverboy-circuit of criminele netwerk waarin ze zich bevond.
2. Het meisje functioneert leeftijdsadequaat.
3. Het meisje heeft een goede uitgangspositie: een gezonde basis voor haar fysieke, sociaal-emotionele, psychische, cognitieve en seksuele ontwikkeling. Problemen, klachten en beperkingen die een leeftijdsadequate ontwikkeling in de weg staan zijn opgelost of hanteerbaar.

Doelgroep

Het programma richt zich op normaal begaafde meisjes en jonge vrouwen van 12 t/m 23 jaar die via loverboy-constructies in de prostitutie of in een 'grijs' prostitutiecircuit terecht zijn gekomen. Daarnaast richt het programma zich op meisjes en jonge vrouwen die een groot risico lopen om hierin terecht te komen omdat ze zich ophouden in circuits waarin sprake is van (seksueel) grensoverschrijdend gedrag, (seksueel) misbruik en criminaliteit. De meisjes en jonge vrouwen hebben een achtergrond met een groot aantal belastende en risicofactoren, doorgaans in combinatie met: (vroegkinderlijke) traumatisering, onveilige hechting, seksueel misbruik en middelenaafhankelijkheid.

Aanpak

De meisjes en jonge vrouwen worden benaderd als gewone jongeren. Het accent ligt bij het hier-en-nu; bij de normale ontwikkeling. Zij moeten alles doen en laten wat gewone jongeren van hun leeftijd doen. Daarnaast krijgen de meiden hulpverlening en behandeling voor hun problematiek. De actuele, opvallende problemen - oppositioneel gedrag, contacten in het loverboy-circuit, gedwongen prostitutie, middelengebruik - hangen samen met onderliggende problemen: ze zijn veelal onveilig gehecht en getraumatiseerd. Asja behandelt actuele en onderliggende problemen in samenhang.

Asja biedt ook veiligheid en bescherming. Loverboys laten hun prooi doorgaans niet zomaar gaan. Maar omdat de meeste meiden ambivalent staan tegenover hun vriend en naar hem verlangen, moeten zij zowel tegen hun loverboy als tegen zichzelf worden beschermd. Asja is een multimodaal programma dat zich op alle pedagogische milieus richt: gezin en leefgroep; school, stage en (vrijwilligers)werk; en vrije tijd. Binnen elk van deze milieus gaat aandacht uit naar: veiligheid, de normale ontwikkeling en hulpverlening/behandeling.

Materiaal

- Zorgprogramma Asja. Beschrijving en handleiding.
- De modules van het zorgprogramma Asja, Overzicht van modules, formuleren en protocollen
- Onder één dak (integrale behandelvisie)
- De kleine gids. Signalering en behandeling slachtoffers loverboys. Moeilijke zaken makkelijk uitgelegd. Kluwer/Fier Fryslân.
- De betovering verbroken (methodiekboek). Uitgeverij SWP.
- Loverboys: Feiten en cijfers. Een quick scan. Uitgeverij SWP.
- Loverboys, een publieke zaak. Tien portretten. Uitgeverij SWP.
- Jeugdprostitutie. Publiek Geheim. Negen portretten. Uitgeverij SWP.

Onderzoek effectiviteit

In een studie van Ter Borg en Pheiffer (2007) is het diagnostisch onderzoek geanalyseerd dat gedurende een half jaar is uitgevoerd bij meisjes die waren opgenomen in Asja. Op basis hiervan is een advies voor diagnostiek en behandeling opgesteld.

Ontwikkeld door

Fier, expertise en behandelcentrum op het terrein van geweld in relaties
Postbus 1087
8900 CB Leeuwarden
E-mail: directie@fier.nl
Telefoon: 058 2157084 (algemeen nummer)/088 208 00 00 (Advies en Aanmelding Fier)

Contactpersonen: Linda Terpstra en Anke van Dijke

Erkenning

Erkend door
Deelcommissie jeugdzorg en psychosociale/pedagogische preventie d.d 17-02-2012
Oordeel: Goed onderbouwd
Toelichting:
Asja sluit aan bij de behoeften van de complexe doelgroep. De erkenning heeft betrekking op het zorgprogramma als geheel.

De referentie naar dit document is: Anke van Dijke, Gert van den Berg (Januari 2012). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Asja'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

1. Toelichting naam van de interventie

Asja betekent 'Nieuw Leven' (Slavisch)

2. Risico en/of probleem waar de interventie zich op richt

De interventie is gericht op meisjes en jonge vrouwen, in de leeftijd van 12 tot en met 23 jaar, die via loverboy-constructies in de prostitutie terecht zijn gekomen of een groot risico lopen hierin terecht te komen. (Jonge) mannen maken gebruik van een voorgewende liefdesrelatie of vriendschap om meiden in de prostitutie te brengen en hen aan te zetten tot criminele activiteiten, bijvoorbeeld als drugskoerier. Aan deze manifeste, actuele problematiek ligt in veel gevallen een latente, onderliggende problematiek ten grondslag. De meiden hebben vrijwel altijd een achtergrond van seksueel misbruik, verwaarlozing, mishandeling en/of (v)echtscheidingen van de ouders. Het gaat om kwetsbare meiden die veelal onveilig of gedesorganiseerd gehecht zijn.

Aard en ernst van het probleem

Loverboys richten zich op kwetsbare meiden, isoleren hen van ouders en vrienden zodat ze hen volledig in hun macht krijgen. Daarnaast maken de (jonge) mannen gebruik van intimidatie en geweld. De meisjes twijfelen in eerste instantie op geen enkele manier aan hun liefde of vriendschap. Er ontstaat een traumatische verbintenis, waarbij sprake is van afhankelijkheid, angst en een sterke loyaliteit van het slachtoffer naar de pleger. Hierdoor is het voor de meiden bijzonder moeilijk om met hun 'vriend' te breken. Meiden gebruiken - gedwongen of vrijwillig - alcohol en drugs om het misbruik en de prostitutie te kunnen doorstaan; waardoor middelenafhankelijkheid ontstaat. De problematiek doet zich voor in een leeftijdsfase die essentieel is voor de ontwikkeling van jongeren en vormt een ernstige bedreiging voor hun sociaal-emotionele, cognitieve, seksuele en persoonlijkheidsontwikkeling. Het gaat om ernstige en complexe actuele en onderliggende problematiek.

Omvang en spreiding van de problematiek

Er zijn nauwelijks of geen gegevens over omvang en spreiding. Er zijn wel aanwijzingen dat de problematiek een aanzienlijke omvang heeft en zich in heel Nederland voordoet.

- In 2008 werden 180 meisjes aangemeld bij het coördinatiecentrum mensenhandel met de indicatie 'slachtoffer loverboy'.
- Een kwart van de vo-scholen geeft aan last te hebben van loverboys: 25 procent van de vmbo-scholen, 11 procent van de havo/vwo-opleidingen en 22 procent van de scholen voor voortgezet speciaal onderwijs.
- Internaten en JJI's rapporteren dat bij het overgrote deel van de geplaatste meisjes sprake is van (angst voor) loverboys.
- Fier Fryslân heeft in een periode van drie jaar en acht maanden uit heel Nederland 191 meisjes en jonge vrouwen opgenomen die misbruikt werden in een loverboy-circuit of die via loverboy-constructies in de prostitutie zijn beland: 157 bij Asja (orthopedagogische setting) en 34 bij Metta (orthopsychiatrische setting).

Gevolgen

Door niet in te grijpen lopen deze meisjes het risico in de prostitutie en in criminele circuits te blijven. Verdere gevolgen:

- traumagerelateerde klachten en posttraumatische stressstoornis (PTSS),

- risico op ontwikkelingsproblemen en het ontwikkelen van een persoonlijkheidsstoornis,
- psychosociale en praktische problemen, zoals schulden en afhankelijkheid van middelen,
- schoolverzuim en schooluitval,
- verstoorde contacten of breuk met de primaire steunstructuren,
- lichamelijke klachten als gevolg van misbruik/prostitutie en mishandeling.

3. Doel van de interventie

Asja wil in een periode van 6 tot 12 maanden drie met elkaar samenhangende doelen realiseren.

1. Het meisje is veilig en beschermd tegen 'haar foute vriend(en)' en het loverboy-circuit of criminele netwerk waarin ze zich bevond. Het meisje heeft afstand genomen, is beschermd tegen haar aandrang om terug te gaan en is voldoende weerbaar (in staat om zorg te dragen voor haar eigen veiligheid).
2. Het meisje functioneert leeftijdsadequaat. Aan het eind van haar verblijf is het meisje in staat om, met ondersteuning, op een gezonde manier deel te nemen aan het gewone leven. Het gaat om dagbesteding, omgaan met geld, uitgaan en vrijetijdsbesteding, middelengebruik, contacten met familie, vriendschappen, relaties en seksualiteit.
3. Het meisje heeft een gezonde basis of uitgangspositie. Dit komt tot uitdrukking in de volgende subdoelen.

Praktische en psychosociale problemen zijn opgelost of hanteerbaar.

- Het meisje heeft inzicht in haar traumagerelateerde klachten, kan deze uitdrukken, heeft geleerd om met traumagerelateerde klachten om te gaan of is gemotiveerd voor traumaverwerking (of is behandeld).
- Het meisje heeft woorden gegeven aan haar gehechtheidservaringen en gehechtheidsrepresentaties en heeft positieve ervaringen opgedaan met (veilig) gehechtheidsgedrag en (veilige) gehechtheidsrelaties. Zij heeft haar 'intern werkmodel' (mentale hechtingrepresentaties) en haar gehechtheidsstrategieën bijgesteld.
- Het meisje is gestopt met 'negatieve' strategieën om met heftige emoties om te gaan (overmatig middelengebruik, zelfbeschadiging) of heeft deze onder controle.
- Er is minimaal één volwassene die het meisje over een langere periode een veilige basis biedt. Bij voorkeur één of beide ouders.
- De ouder-kind relatie is hersteld: het meisje en haar ouders hebben hun negatieve, maar ook positieve gevoelens en ervaringen besproken. Ouders nemen hun ouderrol in en het meisje accepteert het ouderlijk gezag. Ouders ondersteunen hun dochter in haar ontwikkelingsproces.

Uitgangspunt is dat de meisjes en jonge vrouwen na afronding van het zorgprogramma zover zijn dat ze de bereikte doelen in het alledaagse leven vast kunnen houden en zich deze steeds meer eigen kunnen maken. Essentieel is dat zij hierbij ondersteuning krijgen vanuit hun eigen netwerk en/of professionele ondersteuning. Het motto: Nazorg is hoofdwas!

4. Doelgroep van de interventie

Voor wie is de interventie bedoeld

De interventie is bedoeld voor meisjes en jonge vrouwen in de leeftijd van 12 tot en met 23 jaar die via dwang, misleiding of geweld in de prostitutie terecht zijn gekomen of hier ernstig risico op lopen. Doorgaans is er sprake van middelenaafhankelijkheid omdat de meiden (al dan niet gedwongen) alcohol en drugs gebruikten om misbruik, mishandeling en de gedwongen prostitutie te doorstaan. Tevens is de interventie bedoeld voor de ouders van deze meisjes. Bij een deel van de minderjarige meisjes is sprake van een ondertoezichtstelling (ots). Soms wordt een meisje onder voorwaarden geplaatst: zij krijgt dan de keuze voorgelegd of naar gesloten jeugdzorg of naar Asja. Asja is dan een 'laatste-kans'-traject.

Indicatie- en contra-indicatiecriteria

Indicatie-criteria

- leeftijd: 12 t/m 23 jaar;
- door misleiding, bedreiging en geweld in de prostitutie terecht gekomen;
- bewegen zich in loverboy-circuits/criminele circuits, zijn in de prostitutie terecht gekomen of lopen risico daar naar af te glijden;
- zijn gemotiveerd voor plaatsing in Asja; houden zich aan de afspraken en regels rondom veiligheid, middelengebruik en respecteren de anonimiteit van de locatie.

Contra-indicatie criteria

- niet bereid zijn de anonimiteit van de locatie te waarborgen;
- niet bereid zijn zich te houden aan de maatregelen voor de veiligheid en bescherming van de meisjes en jonge vrouwen;
- niet hanteerbare verslavingsproblematiek (dit speelt o.a. bij (jonge) ernstig verslaafde vrouwen die zich prostitueren om

hun verslaving te kunnen financieren);

- niet hanteerbare psychiatrische problematiek;
- verstandelijke beperking (het zorgprogramma is gebaseerd op zelfreflectie, psycho-educatie en cognitieve gedragstherapie) .

Selectie doelgroep

Het zorgprogramma Asja is laagdrempelig: er is geen omvangrijke selectie- of intakeprocedure, wel een uitgebreide telefonische intake. Een meisje moet in ieder geval gemotiveerd zijn. Verder wordt tijdens de telefonische intake bepaald of een meisje tot de doelgroep behoort en worden indicaties en contra-indicaties gecheckt. Verder wordt gecheckt welke middelen een meisje gebruikte om het werk te kunnen doen en wordt gevraagd of ze er toe in staat is om niets meer te gebruiken. Na deze intake kan het meisje direct worden opgenomen. De definitieve selectie vindt plaats na de eerste twee weken. Dit zijn proefweken waarin:

- het meisje kan onderzoeken of het behandelaanbod van Asja haar aanspreekt en het team nagaat of het behandelaanbod aansluit bij het meisje of dat zij iets anders nodig heeft;
- contact gelegd wordt met de ouders en een werkrelatie met hen wordt opgebouwd;
- een uitgebreide intake en basisdiagnostiek plaatsvindt, inclusief traumagerelateerde diagnostiek, IQ-onderzoek, genogram en de lijst meegemaakte gebeurtenissen;
- meisjes die nog ambivalent zijn over hun besluit om hun vriend/het loverboy-circuit/de prostitutie de rug toe te keren, ondersteund worden bij het nemen van een duidelijk besluit om aan een 'nieuw leven' te gaan werken (motivatietraject).

Uiterlijk aan het eind van deze proefweken valt de beslissing of een meisje blijft of dat er - in overleg met een eventuele voogd en/of ouders/verzorgers - een andere keuze wordt gemaakt. Als een meisje blijft, wordt aan het eind van de proefweken samen met het meisje een voorlopig behandelplan opgesteld. Binnen twee maanden na opname vindt een psychologisch c.q. persoonlijkheidsonderzoek plaats en zo nodig psychiatrisch onderzoek en/of specialistische (verdiepings)diagnostiek. Twee maanden na de opname vindt een adviesgesprek plaats waarbij het meisje, de ouders/opvoeders, eventueel de voogd, de mentor, de psycholoog en systeemtherapeut aanwezig zijn en waarin het definitieve behandelplan wordt vastgesteld.

Toepassing bij migranten

De meisjes en jonge vrouwen die de doelgroep van Asja vormen, zijn van autochtone én van allochtone herkomst. Asja houdt daar rekening mee en is daarop afgestemd. De uitvoerende medewerkers zijn cultuursensitief en zij kunnen intercultureel werken. Bovendien worden er bij meiden met een niet-westerse achtergrond (gedeeltelijk) andere aanpakken gehanteerd en andere methodische instrumenten ingezet, zoals bijvoorbeeld vormen van bemiddeling in plaats van systeembehandeling of -begeleiding. Hoe belangrijk dat is, blijkt bij meisjes uit eerculturen die bij Asja komen. Een 'Nederlandse' aanpak leidt bij deze meiden snel tot escalatie van de problemen en kan leiden tot eengerelateerd geweld en dreiging van eerwraak. Daarom worden deze meisjes bij voorkeur opgevangen in voorzieningen die gespecialiseerd zijn in de opvang en behandeling van deze doelgroep. Ook als er sprake is van loverboy-problematiek.

5. Aanpak

Opzet van de interventie

Asja is een kleinschalige categorale opvang- en behandelsetting. Er is een groep voor meisjes van 12 tot en met 16 jaar en een groep voor meisjes en jonge vrouwen van 15 tot en met 23 jaar. Bij Asja mogen geen middelen (alcohol, drugs) worden gebruikt.

Het zorgprogramma is zeer gestructureerd. Het is verdeeld in drie fasen: een stabilisatiefase, een verwerkingsfase en een integratiefase. In iedere fase zijn er specifieke activiteiten voor de drie pedagogische milieus: thuis, school en vrije tijd. Verder is er in iedere fase geïntegreerde begeleiding, hulpverlening en behandeling voorhanden, toegesneden op het individuele meisje. Daarvoor zijn 41 verschillende modules beschikbaar. Ongeveer driekwart daarvan wordt toegepast bij alle meisjes die Asja volgen. Uit de overige modules kan een keuze worden gemaakt afhankelijk van de specifieke problematiek en de individuele behandeldoelen van ieder meisje.

Uitgangspunt is steeds dat de individuele relatie tussen begeleider en meisje centraal staat en niet de groep. In die relatie gaat het om echt contact, warmte, acceptatie en respect.

1. Stabilisatiefase (maand 1 en 2)

Focus: veiligheid, bescherming, stabiliseren, normaliseren

Geïntegreerde begeleiding, hulpverlening en behandeling; normaliseren dagelijks leven, inclusief herstel dag-nacht ritme en volgen van onderwijs; lotgenotencontact; in kaart brengen problematiek; psycho-educatie; veilige basis bieden en emoties tot rust laten komen. Als middelengebruik een probleem is, wordt dit als doel opgenomen in het behandelplan en wordt zo nodig samengewerkt met de verslavingszorg.

In deze fase vindt de intake en diagnostiek plaats, inclusief psychologisch en zo nodig psychiatrisch onderzoek. Samen met het

meisje wordt een behandelplan opgesteld en dit wordt besproken met de ouders en - eventueel - de voogd. Dit plan wordt iedere drie maanden geëvalueerd en bijgesteld.

1e pedagogische milieu

- Leefgroep: vestigen van een pedagogische relatie, opbouwen van een (gehechtheids)relatie, opbouwen groepsrelatie, doorbreken straatcultuur.
- Ouders en gezin: contact leggen met ouders en hen leren kennen; inzicht krijgen in de relatie van het meisje met haar ouders.

2e pedagogische milieu

- Onderwijs: intern onderwijs (e-learning) op eigen niveau; vaststellen niveau meisje; motiveren voor school.

3e pedagogische milieu

- Vrije tijd: risicoanalyse; veiligheidsplan; afspraken; werken aan (fysieke) conditie.

2. Verwerkingsfase maand (maand 3 tot en met maand 6 à 8)

Focus: inzicht, leren omgaan met problemen, verwerking, hechting

Geïntegreerde begeleiding, hulpverlening en behandeling: verwerking van traumatische gebeurtenissen en pijnlijke hechtingservaringen; opdoen van veilige hechtingservaringen; nieuw (hechtings)gedrag oefenen; aanleren om constructief om te gaan met beperkingen, stress, angst, paniek en negatieve herinneringen.

1e pedagogische milieu

- Leefgroep: individualiseren: het meisje ervaart dat het werkelijk om haar gaat en dat zij ertoe doet; het meisje heeft een gehechtheidsfiguur.
- Ouders en gezin: ondersteunen ouders om een veilige gehechtheidsfiguur te kunnen zijn; herstel vertrouwen en gezagsrelatie tussen meisje en ouders; opstellen verlofplan; ouders en meisje daarbij begeleiden.

2e pedagogische milieu

- Onderwijs: gericht op behalen van certificaten; succeservaringen opdoen; perspectief en doel formuleren; onderwijsplan opstellen; motiveren.

3e pedagogische milieu

- Vrije tijd: koppeling aan bijzondere vrienden of big sister; deelname aan Fier Sport Academy (sporten bij een vereniging); opstellen van een uitgaansplan; begeleiding daarbij.

3. Integratiefase (maand 6 à 8 tot en met maand 12)

Focus: integratie

Geïntegreerde begeleiding, hulpverlening en behandeling: erop gericht om alles wat het meisje geleerd en bereikt heeft te integreren in het normale leven. Meer naar buiten. Leren omgaan met alcoholgebruik. Vergroten weerbaarheid en assertiviteit: het meisje kan zichzelf beschermen tegen grensoverschrijdend gedrag en hertraumatisering. Meer veilige gehechtheid. Toekomstplan maken en voorbereiden op de toekomst.

1e pedagogische milieu

- Leefgroep en ouders: bieden meisje voldoende veiligheid en ondersteuning om buiten Asja activiteiten op te pakken.

2e pedagogische milieu

- Onderwijs: buiten Asja school, werk of dagbesteding zoeken; afstemmen daarmee.

3e pedagogische milieu

- Vrije tijd: meer vrijheden buitenshuis; opbouwen van een veilig en ondersteunend netwerk; deelname aan Fier Sport Academy (sporten bij een vereniging); opdoen van positieve ervaringen.

Gedurende het gehele zorgprogramma vinden standaard de volgende activiteiten plaats:

- regulier onderwijs: 4 dagdelen per week;
- leergroepen (inclusief psycho-educatiegroepen): 4 dagdelen per week;
- mentorgesprek: 1 keer per week en zo nodig vaker;
- therapie: 1 keer per week of 1 keer per twee weken;

- huisvergadering: 1 keer per week;
- huishoudelijke taken: dagelijks;
- wekelijks (telefonisch) contact tussen mentor en ouders; zo nodig vaker;
- (telefonische) contacten van meisje met ouders: minimaal 1x per week;
- systeemgesprekken met het meisje, haar ouders, de mentor van het meisje en een systeemtherapeut: 1 keer per 2 à 3 weken;
- afspraken met een Big Sister of Bijzondere Vriend(in): periodiek en afhankelijk van behoefte;
- sport: 1 à 2 keer per week.

Nazorg is hoofdw

De stap van 7x24 uur zorg naar zelfstandig wonen of terugkeer naar ouders is groot en moet zorgvuldig worden gefaseerd en begeleid. Daarom wordt bij afronding van Asja ingezet op doorstroom naar beschermd wonen, gevolgd door begeleid wonen en nazorg bij zelfstandig wonen; of terugkeer naar ouders met aanvullende hulpverlening.

Inhoud van de interventie

Het professioneel handelen binnen Asja is gebaseerd op de volgende uitgangspunten.

1. Het brandglasprincipe. De inspanningen van de een versterken die van de ander. Het meisje krijgt van alle betrokkenen (ouders, beroepskrachten, therapeuten, leerkrachten, de psychiater) dezelfde boodschappen. Er wordt steeds één lijn getrokken.
2. Eén cliënt - één gezin - één plan - één hulpverlener. Binnen het zorgprogramma worden niet meer professionals ingezet dan strikt noodzakelijk is. Dat is belangrijk omdat het meisje weer moet leren anderen te vertrouwen en moet leren om zich te binden/hechten aan anderen.
3. Allround hulpverleners. De beroepskrachten bij Asja staan op de leefgroep, ondersteunen de meiden bij het onderwijs, begeleiden de leergroepen en zijn mentor van individuele meisjes.
4. Geïntegreerde behandeling. Asja werkt met een integraal behandelplan waarin zowel de bovenliggende als de onderliggende problematiek behandeld wordt. In dat plan is plaats voor jeugdzorg én jeugd-ggz. Deze integrale benadering is dagelijkse praktijk.

- De uitgebreide intake door de allround hulpverlener wordt aangevuld door de diagnosticus/behandelaar.

- Aan het multidisciplinair overleg (MDO) nemen naast de allround hulpverleners, de gedragswetenschapper, de systeemtherapeut en - indien nodig - de psychiater deel. Dit MDO stelt de diagnose en het behandelplan op en houdt de cliëntbesprekingen.
- De manager van de jeugdvoorzieningen en de manager van het Kinder- en Jeugdtraumacentrum/Behandelcentrum zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het integrale programma waarin orthopedagogische behandeling en jeugd-ggz volledig zijn geïntegreerd en elkaar versterken.

5. Veilige basis en positieve ervaringen. Onveilig of gedesorganiseerd gehechte kinderen/jongeren hebben behoefte aan een klimaat van veiligheid en geborgenheid. Daarom is het van belang bedreigende situaties te voorkomen of te verminderen. Meiden met hechtingsproblemen moeten zich begrepen voelen en ervaren 'gehoord' te worden. Positieve interactie is essentieel. Door de meiden vertrouwen te geven, krijgen zij vertrouwen in zichzelf. Het aanpakken van hechtingsproblematiek loopt als een rode draad door het zorgprogramma. Kernelementen zijn daarbij: het bieden van een veilige basis; het doorbreken van verwachtingspatronen en vervangen van kerncognities; het realiseren van een steunend netwerk.⁶ Verwerken van traumatische ervaringen. Voor getraumatiseerde kinderen/jongeren is de wereld onveilig en onvoorspelbaar; zij zijn vaak hyperalert (alarm) of 'gaan juist uit contact' (dissociatie). Het is van belang om deze traumagerelateerde respons op dagelijkse gebeurtenissen te verminderen en om te buigen naar een 'normale' respons. Hiervoor is het essentieel dat de leefomgeving structuur biedt, en voorspelbaar en zorgzaam is. Het aanpakken van traumagerelateerde problematiek is een tweede rode draad in het zorgprogramma. Kernelementen zijn daarbij: (h)erkenning van traumatisering, inzicht in de gevolgen daarvan, motivatie voor behandeling, verwerking van traumatische gebeurtenissen en het minimaliseren van de kans om opnieuw getraumatiseerd te raken.

7. Pedagogisch leefmilieu. Het zorgprogramma is zo opgezet dat de meiden in alle pedagogische milieus en sociale contexten consistente ervaringen opdoen. Het is essentieel dat er vanaf dag 1 zowel bij de leefgroep bij Asja als bij de ouders thuis aandacht is voor gehechtheid en dat de meiden in beide contexten positieve ervaringen opdoen.

8. Systeemgerichte aanpak. Hulpverlening is tijdelijk; een goed functionerend primair steunsysteem (ouders, gezin, familie) is een van de belangrijkste succesfactoren, ook op de langere termijn. Daarom wordt vanaf dag 1 contact gelegd met ouders (als ouders niet in staat zijn voor hun dochter te zorgen dan wordt gekeken wat nog wel kan) en anderen uit het primaire steunsysteem van het meisje.

Het zorgprogramma

Op basis van bovenstaande uitgangspunten wordt het zorgprogramma als volgt ingevuld.

Pedagogisch basisklimaat (verblijf)

De aandacht gaat in de eerste plaats uit naar het dagelijks functioneren, actueel probleemgedrag en competent gedrag. De focus ligt op normaliseren: op tijd opstaan, volgen van onderwijs, taken en verantwoordelijkheden in de huishouding, ruzies uitpraten, aandacht voor ontspanning, sport, hobby's en vrijetijdsbesteding. In huiskamerbijeenkomsten worden meiden ondersteund om over de onderlinge verhoudingen te praten en afspraken te maken over het wonen en leven in Asja. Er is een duidelijke structuur, er zijn duidelijke verwachtingen en afspraken en een transparant sanctie- en beloningsbeleid dat consequent wordt toegepast. Het pedagogisch basisklimaat wordt gekenmerkt door vier met elkaar samenhangende elementen.

1. Contact, warmte, acceptatie en respect. Door hun problematiek lokken meiden vaak negatieve reacties uit. Hulpverleners gaan hier niet in mee en bieden nieuwe ervaringen aan de meiden.
2. Een klimaat waarin de meiden zich gezien voelen. Het meisje en de onderlinge relaties staan centraal, niet de groep. De meiden ervaren dat het er toe doet wat ze wel en niet doen. Op grond van de doelen in haar behandelplan krijgt een meisje continu feedback op haar doen en laten. De relatie tussen een professional en een meisje wordt getypeerd door verticale pedagogische beïnvloeding. Horizontale pedagogische beïnvloeding tussen de meiden onderling is hier een aanvulling op.
3. Een klimaat waarin meiden zich veilig voelen. De meiden hebben veel intimidatie, bedreiging en geweld meegemaakt. Agressie en geweld worden niet getolereerd. Als een meisje agressief of gewelddadig is, moet ze vertrekken. Doordat deze regel strikt wordt toegepast is er nauwelijks of geen geweld en agressie bij Asja (en ook nauwelijks of geen uitzettingen of overplaatsingen vanwege geweld).
4. Asja is een open setting en sluit de meisjes en jonge vrouwen nooit op. Zij komen uit een situatie waarin ze voortdurend gecontroleerd en in de gaten gehouden werden en beperkingen in hun bewegingsvrijheid kregen opgelegd. Sommigen zijn opgesloten geweest. Daarom worden veiligheid en bescherming op een andere manier vormgegeven (zie veiligheid en bescherming).

In de dagelijkse gang van zaken wordt gewerkt met Gele Kaarten: een systeem waarin een meisje een gele kaart krijgt bij overtreding van regels en het niet nakomen van afspraken, maar deze ook weer ongedaan kan maken door constructief gedrag. Bij 10 gele kaarten volgt een officiële waarschuwing, bij 3 officiële waarschuwingen wordt een meisje eruit gezet. Samen met het meisje en haar ouders (en eventuele voogd) wordt dan een alternatief gezocht. Daarnaast is er een Belonings- of waarderingssysteem: de mentor schrijft zo nu en dan een kaart aan een meisje om waardering en bevestiging uit te drukken. De mentoren zien niet alleen wat er fout gaat, maar vooral ook wat er wel goed gaat en welke stappen een meisje zet; dat wordt hardop bevestigd en bekrachtigd.

Het belonings- of waarderingssysteem heeft een directe relatie met de behandeldoelen; het motiveert/stimuleert de meiden om te werken aan hun doelen en te oefenen met nieuw gedrag.

Individuele hulpverlening

Deze hulp is erop gericht om gefaseerd destructief of beschadigend gedrag af te leren, competent gedrag te ontwikkelen en verantwoordelijkheden en vrijheden te 'verdienen'. Behandeldoelen worden consequent vertaald naar doelen die betrekking hebben op:

1. de verschillende leefgebieden of domeinen in het hier-en-nu (omgang met ouders en vriend(inn)en; school en werk; dagbesteding; uitgaan en vrije tijd; relaties)
2. de psychische klachten en problemen van het meisje (als gevolg van traumatisering en onveilige en/of gedesorganiseerde gehechtheid).

De allround hulpverleners en de mentor van het meisje hebben het voortouw bij het opstellen van het behandelplan omdat zij het meisje 7x24 uur meemaken. De therapeut 'voegt in' bij het behandelplan dat de begeleider met het meisje maakt en ondersteunt de behandeldoelen vanuit de therapie. Het behandelplan geeft zowel richting aan de hulpverlening van de allround hulpverleners en mentoren als aan de behandeling van gedragswetenschappers en de (kinder- en jeugd) psychiater. Daarbij richt de mentor zich vooral op het gedrag in het hier-en-nu, terwijl de focus van de behandelaar/therapeut./psychiater bij de onderliggende problematiek ligt en de systeemtherapeut zich richt op de gezins-/familierelaties. De betrokken professionals informeren elkaar omdat gedrag in het hier-en-nu iets zegt over de onderliggende problematiek en kennis van de onderliggende problematiek noodzakelijk is om actueel (probleem)gedrag te begrijpen en hier adequaat op in te kunnen spelen (zowel bij Asja als thuis).

De sterke en zwakke kanten van een meisje, het gezin waar ze uitkomt en haar sociale omgeving worden zo snel mogelijk in kaart gebracht zodat de allround hulpverleners en de mentoren vanaf week 1 zo goed mogelijk aan kunnen sluiten bij wat een meisje nodig heeft en waaraan ze wil werken.

Wekelijks is er een mentorgesprek (zo nodig vaker), gericht op psychosociale problematiek in het hier-en-nu en in de toekomst. Eens per week of per twee weken is er individuele therapie gericht op onderliggende problematiek (afhankelijk van het meisje

en haar problematiek: traumabehandeling: trauma-focused cognitieve gedragstherapie; EMDR; vaktherapieën: psychomotore therapie; dramatherapie; creatieve therapie; schematherapie; agressieregulatietraining/emotieregulatietraining; running therapie).

Ouders als partner

Ouders worden vanaf dag 1 op de hoogte gesteld dat hun dochter is opgenomen in Asja. Interventies zijn erop gericht ouders hun ouderrol (weer) te laten innemen en de relatie tussen meisje en ouders te herstellen. De mentor heeft minimaal één keer per week telefonisch contact met ouders om uit te wisselen en af te stemmen. Het meisje onderhoudt ook zelf contact met haar ouders: telefonisch, tijdens weekendverlof en bij de systeem- of gezinsgesprekken die periodiek plaatsvinden. Deze gesprekken zijn gericht op het bespreekbaar maken van de gehechtheidservaringen tussen het meisje en haar ouders, de gehanteerde gehechtheidsstrategieën binnen het gezin en de interne werkmodellen die daaraan ten grondslag liggen. Het meisje, haar ouders en eventueel andere leden van het gezin worden gestimuleerd om te oefenen met nieuwe, veilige gehechtheidsstrategieën en zo nodig hun intern werkmodel bij te stellen.

Ouders worden ondersteund om een veilige basis te bieden aan hun dochter. Als ouders hier niet toe in staat zijn, wordt gezocht naar iemand anders in het netwerk van het meisje die voor langere tijd een veilige basis kan bieden en die proactief kan optreden als hechtingsfiguur. Als ouders geen veilige basis kunnen bieden (bijvoorbeeld door verslaving, psychiatrische problematiek, een verstandelijke beperking of doordat ze te veel in beslag worden genomen door eigen problemen) dan wordt hier expliciet bij stilgestaan. Bij voorkeur in een gesprek met het meisje en haar ouder(s). Het is van belang om ruimte te creëren voor emoties als teleurstelling, verdriet en woede, en het meisje in de gelegenheid te stellen een rouwproces door te maken (afscheid nemen; erkennen dat 'je sommige dingen niet van je ouders zal/kunt krijgen'). Het meisje moet deze emoties een plek geven om verder te kunnen.

Wanneer ouders zelf de draad weer kunnen oppakken, doet de hulpverlening een stapje terug en ondersteunt de ouders. Indien ouders zelf behoefte hebben aan ondersteuning of behandeling wordt daar altijd op ingegaan: zij kunnen terecht bij het Behandelcentrum (GGZ) of bij de ambulante hulpverlening van Fier Fryslân.

Onderwijs, leer- en behandelgroepen

Omdat de meiden voor hun veiligheid niet naar het reguliere onderwijs kunnen, volgen ze vier dagdelen per week online onderwijs op hun eigen niveau. Meiden kunnen (deel)certificaten halen maar ook examen doen tijdens hun verblijf bij Asja. Het onderwijs bij Asja is erkend door het ministerie van Onderwijs en Wetenschappen en wordt verzorgd door leerkrachten van het Hoenderloo College, waarmee Fier Fryslân samenwerkt. In 2008 is het onderwijsprogramma, met goed gevolg, getoetst aan wet- en regelgeving door de Inspectie voor het Onderwijs. Daarnaast zijn meiden verplicht om vier dagdelen per week leer- of behandelgroepen te volgen. Voorbeelden daarvan zijn: psycho-educatiegroepen, lotgenotengroepen, lichaamsgerichte groepen zoals psychofysieke weerbaarheidstraining (PFW) en psychomotore therapie, creatieve therapie en leergroepen gericht op praktische vaardigheden. De leer- en behandelgroepen worden uitgevoerd door de allround hulpverleners en gedragswetenschappers van Fier Fryslân. De groepen zijn afgestemd op de problematiek en de vraagstukken van de doelgroep.

Zodra de veiligheid en ontwikkeling van het meisje dit toelaten, wordt gezocht naar dagbesteding buiten Asja. In de praktijk duurt het vaak 6 tot 9 maanden voordat meiden hieraan toe zijn.

Ervaringen buiten

Veel meiden hebben een geschiedenis van buitengesloten en gepest worden en van 'falen' op meerdere levensgebieden. Het zorgprogramma zet erop in dat meiden - onder begeleiding - positieve ervaringen opdoen in de buitenwereld. Zo wordt bijvoorbeeld (in de fase dat de meisjes meer vrijheden krijgen) een uitgaansplan opgesteld dat gericht is op het omgaan met de verleidingen tijdens het uitgaan. Daarnaast wordt een plan opgesteld rond (weekend)verlof bij ouders, familie of vrienden en worden contacten met Bijzondere Vriend(inn)en of Big Sisters gestimuleerd. Het uitbreiden van het sociale netwerk is ook van belang. Onderdeel daarvan is dat meiden een activiteit buiten Asja moeten kiezen; meestal kiezen ze een sport. De Fier Sport Academy heeft hier een belangrijke rol in. De Fier Sport Academy werkt samen met sportclubs die meiden van Asja 'adopter' en de meiden kunnen dan meedoen met trainingen, (wedstrijden) en andere activiteiten van de club. Afhankelijk van hun gedrag en attitude worden vrijheden stapsgewijs uitgebreid. Bij minderjarigen vindt altijd afstemming plaats met de ouders/voogd. De ervaring dat je iets kunt bereiken op het terrein van sport, school of (vrijwilligers)werk is van grote waarde voor deze meiden. Door succeservaringen kunnen zij 'fier' zijn op zichzelf.

Veiligheid en bescherming

Asja biedt een alternatief voor de gesloten setting in de jeugdzorg. Vanaf dag 1 wordt ingezet op het opbouwen van een vertrouwensrelatie en het bieden van veiligheid. Als het lukt om een binding met een meisje aan te gaan en ze zich daardoor gezien en gewaardeerd voelt, is de drang om terug te gaan naar haar foute vrienden minder groot. De meeste meisjes blijken zich dan ook, onder deze condities, in een open setting te kunnen handhaven zonder weg te lopen of te verdwijnen. Om slachtoffers van loverboys in een open setting te kunnen opvangen, moeten zij buiten hun eigen regio/provincie worden geplaatst. Voorkomen moet worden dat een meisje haar loverboy of zijn vrienden letterlijk tegen het lijf loopt of dat een meisje

makkelijk opgepikt kan worden. De opvanglocatie is anoniem en er zijn maatregelen tegen het risico om getraceerd te worden. Ook zijn er (tijdelijke) beperkingen met betrekking tot telefoon- en computergebruik, uitgaan e.d. Samen met het meisje wordt een veiligheidsplan opgesteld en in samenwerking met de politie wordt een risicoanalyse/risico-inschatting gemaakt. Daarnaast is er camerabewaking rond het gebouw.

6. Materialen en links

- Zorgprogramma Asja. Handleiding
- De modules van het zorgprogramma Asja.
- Onder een dak (integrale behandelvisie)
- Wiele, D. van der & E. de Ruiters (2011). De Kleine Gids Signalering en behandeling slachtoffers loverboys. Moeilijke zaken, makkelijk uitgelegd. Amsterdam: uitgeverij Kluwer.
- Geurts, E., Terpstra, L., Dijke, A. van, & Berger, M. (2006). De betove-ring verbroken. Methodiekpreventie en aanpak meisjesprostitutie. Utrecht: NIZW Jeugd.
- Terpstra, L. & Dijke, A. van (2005). Loverboys: Feiten en cijfers. Een quick scan. Amsterdam: uitgeverij SWP.
- Terpstra, L. & Dijke, A. van (2004). Loverboys, een publieke zaak. Tien portretten. Amsterdam: uitgeverij SWP.
- Terpstra, L. & Dijke, A. van (2006). Jeugdprostitutie. Publiek Geheim. Negen portretten. Amsterdam: uitgeverij SWP.

7. Verantwoording van de doelen, de doelgroep en de aanpak

Probleemanalyse

Bij de doelgroep van Asja is sprake van een combinatie van actuele en onderliggende problematiek. De actuele problematiek bestaat uit de afhankelijkheid van een vriend of loverboy, isolement van ouders en vriendinnen, fysiek en psychisch geweld, (seksueel) grensoverschrijdend en risicogedrag, gedwongen seks en (risico op) prostitutie, en als gevolg daarvan traumatisering. Hieraan liggen vaak andere problemen ten grondslag, zoals onveilige of gedesorganiseerde gehechtheid en een geschiedenis van seksueel misbruik, mishandeling en verwaarlozing. Van deze meisjes heeft 82 tot 90 procent zo'n geschiedenis. Eén onderzoek meldt dat 45 procent van de meisjes in de jeugdprostitutie te maken heeft gehad met incest. (Gemme e.a., 1984).

Het maakt uit of een kind al op jonge leeftijd te maken heeft gekregen met een of andere vorm van misbruik of mishandeling, of dat dit pas vanaf haar elfde jaar begint. Bij mishandeling, misbruik, verwaarlozing en huiselijk geweld in de kindertijd is er niet alleen sprake van een hoog risico op vroegkinderlijke chronische traumatisering maar ook op het ontstaan van onveilige en gedesorganiseerde hechtingspatronen. Crittenden (1995) stelt dat de onveilige en gedesorganiseerde hechtingspatronen eerder leiden tot hechtingsstoornissen en deze vormen een zwaarwegende risicofactor in de ontwikkeling van psychopathologie. Gedesorganiseerde hechting wordt in verband gebracht met ernstige pathologie, zoals borderline problematiek (Van Gael, 2002) of zelfdestructief gedrag, zoals automutilatie (Erneste en Visser, 2001).

Bij meisjes en jonge vrouwen die bij Asja worden opgenomen, is naast posttraumatische stressstoornis (PTSS) ook sprake van gezags- en gedragsproblematiek en van oppositioneel gedrag. De combinatie van actuele en onderliggende problematiek brengt bij een deel van deze meisjes met zich mee dat hun persoonlijkheidsontwikkeling bedreigd wordt of dat deze al verstoord is. Zij kunnen niet normaal met andere mensen omgaan en dat leidt weer tot problemen op vrijwel elk gebied.

Hiermee samenhangende factoren

Risicofactoren

Uit (inter)nationaal onderzoek blijkt dat meisjes en jonge vrouwen die in de jeugdprostitutie terechtkomen als kind of jongere met een groot aantal belastende of risicofactoren te maken hebben gehad. Deze meisjes hebben meestal een laag zelfbeeld, emotionele problemen en een voorgeschiedenis van spijbelen, softdruggebruik, nachten wegblijven van huis, zich aan het gezag van volwassenen onttrekken, zich met 'verkeerde' vrienden ophouden en van grensoverschrijdend (seksueel) en oppositioneel gedrag. De problemen beginnen vaak aan het eind van de basisschool of het begin van de middelbare school. Dan is er vaak een omslag te zien van internaliserend naar externaliserend probleemgedrag.

Uit de veelheid van met elkaar samenhangende problemen is het lastig oorzaken en gevolgen te isoleren. Men kan wel enkele grote lijnen onderscheiden.

- Een achtergrond met een groot aantal belastende en risicofactoren.

Naast de hierboven al genoemde geschiedenis van misbruik en mishandeling zijn dat problemen in de thuissituatie, sociaaleconomische achterstand, retardatie, voortijdig schoolverlaten, uithuisplaatsingen en dak- en thuisloosheid. Naarmate kinderen en jongeren met meer risicofactoren te maken hebben (gehad), zijn ze kwetsbaarder en is de kans groter dat er problemen ontstaan. Eén stressfactor leidt tot een geringe kans op het ontstaan van gedragsproblemen; bij twee stressfactoren verviervoudigt deze kans, bij drie stressfactoren stijgt de kans al exponentieel.

- Een achtergrond van vroegkinderlijke traumatisering.

Er is sprake van vroegkinderlijke traumatisering als iemand vóór het achtste levensjaar chronisch getraumatiseerd is geraakt

als gevolg van herhaald misbruik, mishandeling, verwaarlozing of bijvoorbeeld oorlogsgeweld. Vroegkinderlijke traumatisering heeft doorgaans vergaande implicaties omdat kinderen zich hierdoor een inadequate hechtingsstijl eigen maken en er blijvende neurologische schade kan ontstaan. Hoe jonger kinderen zijn tijdens de traumatische gebeurtenissen, des te groter is de impact, onder meer op hun gehechtheid. Nederlands onderzoek wijst uit dat 40 procent van de kinderen die getuige was van huiselijk geweld een PTSS heeft. (Lamers-Winkelmann, Willemsen, & Visser, 2010). Op basis van literatuuronderzoek geven Graham-Bermann en Hughes (2003) aan dat dit percentage tussen de 13 en 60 procent ligt.

- Een achtergrond van onveilige en/of gedesorganiseerde hechting.

Bij veel meiden is sprake van een onveilig wereldbeeld, een inadequate hechtingsstijl en onvermogen om intieme relaties aan te gaan en te onderhouden. Dit gaat veelal samen met een lage zelfwaardering, (soms ook) met antisociale gedragingen én cognitieve vervormingen (denkfouten) die afwijkend gedrag rechtvaardigen. Bij meiden die misbruikt en verwaarloosd zijn, zijn de basisovertuigingen over zichzelf, de ander en de wereld (het interne werkmodel) gebaseerd op onveiligheid en angst.

- Een achtergrond van seksueel misbruik

Doorgaans aan het eind van de kindertijd, of aan het begin van de puberteit, in de vorm van seksuele grensoverschrijdingen of aanrandingen. Maar het kan ook gaan om een ouder iemand die het meisje overhaalt of onder druk zet om seksuele handelingen te verrichten of met hem naar bed te gaan. Of dat het meisje te jong in een situatie terecht komt met triootjes of gangbangs, (groeps) verkrachtingen en incest.

In stand houdende factoren

- Intern werkmodel

Om de verwaarlozing en traumatische gebeurtenissen te overleven hebben deze meisjes een impliciet wereldbeeld ontwikkeld dat de manier waarop zij in het leven staan bepaalt. Dit interne werkmodel bestaat uit basisovertuigingen of kerncognities over zichzelf, de ander en de wereld die - grotendeels onbewust - richting geven aan hun interactie met anderen. Zo creëren ze een wereld die overeenkomt met dit op angst en onveiligheid gebaseerde model en daarin worden zij steeds bevestigd. Daardoor gedragen zij zich inadequaat en lopen zelfs het risico op herhaling van misbruik en geweld.

- Seks als middel

Ervaringen met seksueel misbruik kunnen ertoe leiden dat meisjes seks als communicatiemiddel gaan beschouwen. Of als vorm van liefde en waardering. Ook kunnen meiden die misbruikt zijn via seks controle proberen te krijgen over hun traumatische ervaringen.

- Strategieën om met emoties om te gaan

Deze meisjes gaan op uiteenlopende manieren met emoties om. Vaak hebben zij zich afgesloten voor hun gevoel en laten zij vermijding, dissociatie en vervlakking zien. Maar dat betekent ook dat zij heftige emoties nodig hebben om nog iets te kunnen voelen en daarom gaan zij op zoek naar extreme prikkels: grensoverschrijdend (seksueel) gedrag en het opzoeken van (rand-)criminaliteit. Maar vaak vertonen zij ook een grote gevoeligheid voor stress en negatieve emoties. Om daarmee om te gaan zoeken zij hun toevlucht tot drank- of drugsmisbruik, vreetbuien, braken, automutilatie. Naast angst is ook woede kenmerkend voor trauma. Deze woede komt vaak ongecontroleerd en onverwacht tot uiting en is vaak het sterkst aanwezig (zichtbaar) in de puberteit en adolescentie.

- Negatieve spiraal - self-fulfilling prophecy

Veel meiden hebben pijnlijke ervaringen met hun ouders/verzorgers en zijn teleurgesteld in hen. Ook met leeftijdgenoten hebben ze vaak negatieve ervaringen. Dat leidt tot een negatieve spiraal: het negatief beeld dat zij van zichzelf hebben wordt keer op keer bevestigd. Dit begint al op de basisschool: daar zijn ze gepest en daar hadden ze weinig vriend(inn)en. Omdat ze gepest zijn/worden en geen aansluiting hebben met leeftijdsgenoten belanden ze in foute netwerken. Loverboy-problematiek geeft ook een sterke impuls aan deze negatieve spiraal.

- Motivatie

Motivatie om te veranderen is moeilijk voor meiden die in hun leven weinig warmte, genegenheid en positieve ervaringen hebben gekend. Zij hebben geen beeld en geen gevoel bij een nieuw leven waarin deze gevoelens een plek hebben. In zekere zin is de onveiligheid waaraan ze gewend zijn veiliger dan de onzekerheid die verandering meebrengt. Het is goed om onder ogen te zien dat veel meiden niet alleen traumatische ervaringen hebben gehad in het loverboy/prostitutie/criminele circuit maar ook succeservaringen: heel veel geld verdienen en bijvoorbeeld met je vriend in zijn cabrio in Parijs gaan winkelen. Het is niet altijd makkelijk om dat de rug toe te keren en om te erkennen dat er veel is dat je nog moet leren.

Beïnvloedbare factoren

De volgende factoren zijn in principe beïnvloedbaar en worden ook aangepakt in het zorgprogramma Asja.

- Dagelijks leven: normaliseren van dag-nachtritme, school, werk.
- Praktische vaardigheden en competenties.
- Motivatie, hoop en perspectief.
- Middelengebruik/middelenafhankelijkheid.
- Netwerk: herstel van relatie met ouders, andere hechtingsfiguren en het sociaal netwerk.
- Veiligheid en bescherming tegen misbruik (door derden) en grensoverschrijdingen (door het meisje zelf).
- Psychosociale problemen, zoals schulden.
- Problemen, klachten en stoornissen in het psychiatrisch spectrum, zoals: traumatisering, hechtingsproblematiek en omgaan met emoties en stress.
- Het interne werkmodel en de hechtingsstrategieën en het hechtingsgedrag dat daarbij hoort.
- Het zelfbeeld van het meisje.
- De negatieve spiraal waarin het meisje vastzit.

Verbinding probleemanalyse, doel, doelgroep en aanpak

De problemen van deze meisjes zijn complex en onderling verweven, maar ter wille van deze onderbouwing kunnen ze in de volgende kernwoorden worden samengevat.

Manifest/actueel

- (Risico op) gedwongen seks en prostitutie.
- (Risico op) kennis van of gedwongen meewerken aan criminele activiteiten.
- Middelenafhankelijkheid.
- Bedreiging met fysiek en psychisch geweld.
- Isolement ten opzichte van eigen gezin en netwerk.
- Disfunctioneel gedrag.

Laten/onderliggend

- Getraumatiseerd zijn.
- Onveilig of gedesorganiseerd gehecht zijn.
- Disfunctionele cognities en inadequate vaardigheden.
- (Risico op) persoonlijkheidsstoornis.

De doelen van Asja vloeien rechtstreeks voort uit deze problemen:

- Veiligheid en bescherming: het meisje is beschermd tegen bedreiging (door hun loverboy) met gedwongen seks en met geweld.
- Leeftijdsadequaat functioneren: het meisje beschikt over de vaardigheden en cognities om zich te gedragen naar haar leeftijd: zelfstandig en bewust, maar niet ongenaakbaar.
- Een gezonde uitgangspositie doordat de relatie met het eigen netwerk is hersteld, trauma's zijn verwerkt en de basis is gelegd voor het vermogen om veilige gehechtheidsrelaties aan te gaan. Een eventuele persoonlijkheidsstoornis of het risico daarop is onderwerp van behandeling.

De manier waarop het zorgprogramma Asja aan deze doelen werkt kan als volgt worden onderbouwd.

Veiligheid en bescherming

De meisjes bij Asja worden uit hun eigen omgeving gehaald en ondergebracht in een aparte, geborgen setting waar zij volgens een gestructureerde aanpak hun leven weer kunnen opbouwen.

In de reguliere jeugdzorg zijn deze meisjes bang om gestigmatiseerd te worden als 'dat hoertje'. Omdat alle meiden in Asja dezelfde achtergrond hebben, is dat geen onderscheidend criterium en kunnen ze niet alleen 'gewoon zichzelf zijn' maar ook 'gewoon' over hun ervaringen praten.

Uit de literatuur komt naar voren dat goede samenwerking tussen beroepskrachten en instellingen uit verschillende sectoren deze meisjes kan beschermen tegen het (opnieuw) betrokken raken bij prostitutie en criminaliteit (Cusick (2002) en vele andere auteurs: Yates et al. 1991a; O'Neill et al. 1995; Shaw et al. 1996; Barrett 1997; Brain et al. 1998; Shaw & Butler 1998; Christian & Gilvarry 1999; Melrose et al. 1999; Schissel & Fedec 1999; Swann 1999).

Daarom hanteert Asja een aanpak waarin diagnostiek, hulpverlening en behandeling integraal, multidisciplinair (jeugdzorg en jeugd-ggz) en multimodaal worden georganiseerd en gerealiseerd. Een aanpak waarin ook de sociale omgeving van het meisje betrokken wordt. In de praktijk bleek het concept van ketensamenwerking ontoereikend om het gewenste niveau van directe hulp, integraliteit en multidisciplinariteit te realiseren. Daarom is het noodzakelijk dat Asja de diverse disciplines zelf in huis heeft.

Verschillende auteurs hebben erop gewezen dat mishandelde, misbruikte en/of verwaarloosde kinderen en jongeren het beste

kunnen worden geholpen door uitgebreide, intensieve en flexibele programma's, uitgevoerd door professionals die in staat zijn met deze risicjongeren een echte relatie aan te gaan, gebaseerd op wederzijds respect en vertrouwen (Schorr 1989; Palmer 1983; Altschuler & Armstrong 1991; Ayre and Barrett 2000).

Veiligheid en bescherming zijn voorwaarden voor het aangaan van een relatie met deze meisjes. Pas als zo'n relatie gevormd is, kan met succes worden gewerkt aan hun problematiek ("First connect, then correct". (Moore & Holland, n.d., in: Schuengel e.a. 2006).

Leeftijdsadequaat

Een belangrijk aspect van Asja is het normaliseren van de situatie waarin het meisje zit en van gedrag (waaronder middelengebruik), emoties, cognities en vaardigheden van het meisje zelf. Dat gebeurt door hen rust en structuur te bieden en door voor de drie pedagogische milieus te werken aan een normaal leven. Dat gebeurt verder door op de leefgroep een vast dagelijks ritme aan te houden en door te zorgen voor een veilig en warm leefklimaat.

(Herstel van) het contact en de relatie met de ouders

Daarnaast wordt gewerkt aan (herstel van) het contact en de relatie met de ouders. Voor hulpverlening en behandeling is een goede band met ouders/verzorgers een van de belangrijke succesfactoren. Daarbij wordt gewerkt aan de kerncognities en de gehechtheidsrepresentaties van het meisje maar ook aan die van haar ouders.

Verder wordt ook geïnvesteerd in het contact met ouders als die de ouderrol niet (meer) op zich kunnen nemen, of als contact met ouders beschadigend is voor het meisje. Dit betekent erkenning van het belang en de betekenis van de ouders voor het meisje. In de praktijk kan dit betekenen dat er gewerkt wordt aan afscheid nemen (van het idee dat haar ouders de ouderrol op zich kunnen nemen) en rouw; aan inzicht waarom ouders niet voor hun dochter kunnen zorgen etc.

Accent op kansen, mogelijkheden en ambities

Het accent ligt op het realiseren van kansen, mogelijkheden en ambities. Onderwijs en het behalen van deelcertificaten en diploma's is daarbij essentieel. De meeste meiden hebben veel verzuimd van school en hebben grote gaten in hun onderwijs carrière; veel meiden hebben het idee 'dat ze niet kunnen leren'. Alle meisjes volgen onderwijs; ook als ze niet meer leerplichtig zijn. Trauma drukt het IQ en daardoor worden meiden soms zelfs als licht verstandelijk beperkt aangemerkt, terwijl dit - na traumabehandeling - niet het geval blijkt te zijn.

Er is een no nonsense houding tegenover problemen: iedereen krijgt te maken met problemen in zijn/haar leven. "Jij moet zorgen dat jij je problemen kunt beheersen in plaats dat jouw problemen jouw leven beheersen." Vanzelfsprekend moet een meisje werken aan de problemen die haar belemmeren om haar mogelijkheden en ambities te realiseren.

Gezonde uitgangspositie

Asja werkt met basisinterventies die ingezet worden bij alle meisjes. Deze kunnen worden aangevuld met meer specifieke vormen van hulp, afhankelijk van de individuele situatie van het meisje. Deze combinaties van algemene en specifieke hulp krijgt steeds vorm in een integrale en samenhangende aanpak. Daarbij gaat de aandacht uit naar het behandelen van traumatisering, het herstellen van het vermogen om gehechtheidsrelaties aan te gaan, en het werken aan andere problemen. Centraal daarbij staat het bieden van perspectief.

• Trauma

Schwarz en Perry (1994) geven aan dat vroegkinderlijke traumatisering aanzienlijke risico's met zich meebrengt op het ontwikkelen van neuropsychiatrische symptomen en ernstige emotionele, gedragsmatige, fysiologische, cognitieve en sociale problemen. Bij een groot aantal meisjes die bij Asja komen, is sprake van een PTSS. Dit heeft ingrijpende gevolgen voor het functioneren in het dagelijks leven, doordat het kan leiden tot problemen met vertrouwen, emoties en communicatie (Rosen, & Frueh, 2010; Psychowijzer, 2011), met nog meer problemen als gevolg daarvan. Er bestaat ook een relatie tussen PTSS en woede (Feeny, Zoellner, & Foa, 2000; Riggs, Dancu, Gershuny, Greenberg, & Foa, 1992).

Toch wordt een PTSS vaak niet herkend of gediagnosticeerd omdat de symptomen ook bij andere stoornissen voorkomen. Dit leidt nogal eens tot het achterwege blijven van hulp of tot een niet gepaste behandeling (Struik, 2011). Daarom is goede diagnostiek en ervaring met PTSS bij kinderen/jongeren van groot belang. Om te voorkomen dat deze meisjes langdurig last blijven houden van PTSS en de problemen die dit met zich meebrengt, moet de traumatisering goed en grondig worden aangepakt. De opbouw van het zorgprogramma Asja is gebaseerd op de indeling van de behandeling bij traumaverwerking: stabilisatie, verwerking en integratie (Struik, 2011). Afhankelijk van de draagkracht van het meisje kan traumabehandeling 'het verwerken van de traumatische ervaringen' betekenen, of 'het hanteerbaar maken van c.q. kunnen omgaan met traumagerelateerde symptomen'. Voor getraumatiseerde kinderen/jongeren is het essentieel dat de leefomgeving structuur biedt, voorspelbaar is en zorgzaam.

Uit onderzoek blijkt dat zowel cognitieve gedragstherapie als EMDR effectieve behandelingen zijn voor PTSS (Emmelkamp, Bouman, & Visser, 2009; Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009; Cloitre, Koenen, Cohen, & Han, 2002; Paunovic, & Ost, 2001). Deze worden dan ook beiden - soms in combinatie - ingezet in het zorgprogramma Asja.

• Gehechtheid

Onveilige gehechtheidsrelaties zijn een risicofactor voor de ontwikkeling. Correctie van gehechtheidsstrategieën zodat deze veiliger worden, vermindert het risico op instabiele, onbevredigende en/of bedreigende relaties met ouders, partner, en later de eigen kinderen (Moore & Holland, n.d., in: Schuengel e.a. 2006).

Deze meisjes hebben strategieën ontwikkeld om confrontatie met (mogelijk pijnlijke) gehechtheidservaringen te voorkomen (Schuengel e.a. 2006:13). Die hebben ze zich eigen gemaakt om niet gekwetst te worden of om zich te onttrekken aan pijnlijke situaties. Daarbij speelt het interne werkmodel een cruciale rol: dit kleurt hun interpretatie van wat ze meemaken en wat ze meegemaakt hebben, en het stuurt hun gedrag in sociale relaties. Behandeling concentreert zich dan ook op het doorbreken van de negatieve spiraal van: afwijzing verwachten, daarnaar handelen en feitelijk afgewezen worden. Het gaat erom niet te voldoen aan de verwachtingen van de jongere, en tegelijk nieuwe cognities aan te dragen die groei bevorderen in plaats van groei belemmeren. Basiselementen zijn: het bieden van een veilige basis, het doorbreken van verwachtingspatronen en vervangen van kerncognities, en het realiseren van een ondersteunend netwerk (Schuengel e.a. 2006).

- Andere problemen

Bij deze meisjes komt naast de traumatisering en de gehechtheidsproblematiek een scala aan andere problemen voor, zoals schuldenproblematiek, eetstoornissen, automutilatie, gezondheidsproblemen, verslavingsproblematiek, het niet of beperkt beschikbaar zijn van ouders vanwege overlijden, scheiding, psychiatrische of verslavingsproblematiek, detentie of een licht verstandelijke beperking. Een algemeen zorgprogramma kan dan ook onmogelijk aansluiten bij de behoeften van elk individueel meisje. Het zorgprogramma Asja bestaat daarom uit een deel dat alle meisjes doorlopen en een deel dat is toegesneden op ieder meisje afzonderlijk. Het individuele deel krijgt vorm in het mentoraat, individuele behandeling en hulpverlening binnen Asja of door andere instellingen en instanties zoals de verslavingszorg en de gemeentelijke kredietbank. Door gespecialiseerde intake en diagnostiek kan al snel worden vastgesteld welke hulp een meisje nodig heeft. Vervolgens kan die hulp ook daadwerkelijk worden ingezet, door Asja zelf (gespecialiseerd in deze problematiek en met geïntegreerde jeugdzorg-jeugd-ggz-modules) en waar nodig door andere instellingen. Zie voor de inzet van de verschillende behandelingsmodules Bijlagen bij het Werkblad Asja. Belangrijk is dat de uitvoering van deze modules - maar ook de hulpverlening/behandeling die door samenwerkingspartners wordt geboden - integraal onderdeel van het zorgprogramma is en niet een geïsoleerde plaats inneemt. Deze meisjes krijgen de gelegenheid om tegelijk een gewone puber of adolescent te zijn en een gespecialiseerde behandeling te ondergaan. Deze combinatie en de multimodale aanpak maken het mogelijk om de actuele én de onderliggende problematiek in samenhang aan te pakken.

Werkzame factoren

Bij doel 1: veiligheid

- Normaliseren en stabiliseren: de meisjes als 'gewone' puber/adolescent benaderen en hen rust, regelmaat en veiligheid bieden, en onderwijs op hun eigen niveau.
- Veiligheid en bescherming: de meisjes beschermen tegen misbruik (door derden) en grensoverschrijdend gedrag (van henzelf).
- Verbeteren weerbaarheid, onder meer door actieve sportbeoefening.

Bij doel 2: leeftijdsadequaat gedrag.

- Liefde en grenzen: de meisjes een leefklimaat, interacties en ervaringen bieden die hun basisovertuigingen niet bevestigen en op grond waarvan ze hun interne werkmodel kunnen bijstellen.
- Succeservaringen opdoen: een omgeving creëren waarin meisjes succes kunnen ervaren, binnen en buiten Asja.
- Versterken van praktische vaardigheden en competenties.
- Leeftijdsadequaat met vriendschap, intimiteit, liefde, seksualiteit, geld, vrije tijd en drank kunnen omgaan.

Bij doel 3: goede uitgangspositie.

- Signaleren en (h)erkennen van verwaarlozing, misbruik en mishandeling.
- Traumagerelateerde diagnostiek en behandeling; en daarna nagaan wat er nog 'overblijft' aan problemen, klachten en stoornissen.
- Behandelen van klachten, problemen, beperkingen en stoornissen die het meisje belemmeren om haar ambities te realiseren.
- Verandering van kerncognities over hechting, hechtingsstrategieën en hechtingsgedrag.
- Herstel van vertrouwen.
- Leren om op een 'gezonde' manier met stress en emoties om te gaan.
- Herstel van 'natuurlijke' steunsystemen (ouders, familie en sociaal netwerk).
- Versterken zelfbeeld en weerbaarheid

8. Samenvatting van de onderbouwing

Bij de doelgroep van Asja is sprake van (vroegkinderlijke) traumatisering vaak gecombineerd met hechtingsproblematiek en of inadequate hechtingsstrategieën. Deze meisjes hebben inadequate strategieën en mechanismen ontwikkeld om te overleven. Asja helpt deze meisjes door gelijktijdig de onderliggende en de actuele problematiek aan te pakken door middel van een categorale, multimodale en systeemgerichte benadering, door basisinterventies in combinatie met specialistische kennis, en door een integrale en samenhangende aanpak waarin jeugdzorg en jeugd-ggz worden gecombineerd.

9. Randvoorwaarden voor uitvoering en kwaliteitsbewaking

Eisen ten aanzien van opleiding

Basisopleiding, achtergrond en werkervaring

Basisopleiding

Het team is multidisciplinair samengesteld.

- Allround hulpverleners hebben een opleiding op HBO-niveau (of volgen deze).
- Nachtdiensten hebben een opleiding op MBO- of HBO-niveau.
- Vaktherapeuten hebben een opleiding op HBO-niveau (psychomotore therapie, creatieve therapie etc.).
- Systeemtherapeuten.
- Behandelaren hebben een opleiding als orthopedagoog of psycholoog, zo mogelijk aangevuld met een opleiding voor GZ-psycholoog.
- Afgestudeerd psychiater of kinder- en jeugdpsychiater.

Aanvullende scholing, training en opleidingen

- Opleiding voor systeemtherapie.
- Zo mogelijk aanvullende opleidingen voor gedragswetenschappers, zoals klinisch psycholoog, EMDR-therapeut, familie- of systeemtherapeut of een opleiding voor cognitieve gedragstherapie of psychotherapie.
- Opleidingen in specifieke methodieken zoals Signs of Safety.

Achtergrond en werkervaring

Om een monocultuur te voorkomen bestaat het multidisciplinaire team uit professionals met verschillende achtergronden en werkervaring; bijvoorbeeld jeugdzorg, maatschappelijk werk, OGGZ, hulpverlening bij geweld in afhankelijkheidsrelaties, verslavingszorg, jeugd-ggz, ggz en forensische zorg. Het is aan te bevelen om ook professionals aan te trekken die niet alleen uit de hulpverlening komen, maar bijvoorbeeld ook werkervaring hebben bij de politie, de rechtelijke macht, de reclassering e.d. en die een relevante opleiding (gaan) volgen.

Certificering

Asja is een gecertificeerd programma. Organisaties die het zorgprogramma willen gaan uitvoeren, maken afspraken met Fier Fryslân over de noodzakelijke opleiding en ondersteuning bij de implementatie. Deze afspraken zijn op maat, verschillen per organisatie en zijn afhankelijk van de visie en uitgangspunten die de organisatie hanteert en de beschikbare kennis en ervaring. De opleiding en ondersteuning bij de implementatie hebben in ieder geval betrekking op:

- paradigma's in de hulpverlening;
- visie en uitgangspunten en de vertaalslag naar het visiedocument van de organisatie, de werkplannen, het zorgprogramma, de modulen etc.
- consequenties voor management en bestuur; verantwoordelijkheidsverdeling;
- de inrichting van de scholing, werkbegeleiding, supervisie en intervisie, noodzakelijk om zich het zorgprogramma eigen te maken;
- orthopedagogisch basisklimaat, liefde en grenzen;
- professionele attitude: contact maken, meisjes alternatieve ervaringen bieden;
- competentiegerichte begeleiding;
- focus op kansen en mogelijkheden, empowerment en activering;
- ouders als partner; systeembenadering;
- bescherming bieden tegen negatieve ervaringen en hertraumatisering;
- verwaarlozing, misbruik en mishandeling, hertraumatisering en traumatische verbintenissen;
- loverboyproblematiek en gedwongen prostitutie;
- behandeling van (vroegkinderlijke) traumatisering, hechtingsproblematiek etc.
- cursus kinder- en jeugdpsychiatrie;
- de samenhang tussen onderliggende en bovenliggende problematiek.

Protocol / handleiding

Hiervoor is al aangegeven dat de overdracht en implementatie afhankelijk zijn van het paradigma dat de organisatie hanteert, het kennisniveau en de beschikbare expertise. Er is veel materiaal beschikbaar dat gebruikt kan worden bij de overdracht en implementatie. Onder andere: de verwijskaart; het zorgprogramma Asja; de modules van het zorgprogramma; werkinstructies; de behandelvisie; de cursus kinder- en jeugdpsychiatrie; de startdeskundigheidstraining; het methodieboek De betovering verbroken, protocollen etc.

Verder heeft Fier Fryslân trainers en supervisors beschikbaar die in een train de trainers constructie medewerkers trainen en opleiden.

De interventie is overdraagbaar. In september 2009 is een tweede Asja-voorziening geopend. Deze voorziening is een co-productie van RIWIS Zorg en Welzijn en Fier Fryslân.

Eisen ten aanzien van kwaliteitsbewaking

Het zorgdossier bevat de aanmelding, de diagnostische intake, de hulpverleningsdoelen, de voortgang van de hulpverlening, de periodieke evaluaties en de eindevaluatie.

- Iedere hulpverleningsactiviteit wordt inhoudelijk en in tijd geregistreerd in het zorgdossier.
- Er wordt gebruik gemaakt van een Routine Outcome Measurement (begin-, tussentijdse en einddiagnostiek) (niet verplicht).
- Periodieke bespreking in het Multi Disciplinair Overleg (MDO).
- Werkbegeleiding, interventie, supervisie en interne scholingen.

Kosten

Op jaarbasis kost een Asja-plaats 75.000 euro.

Kosten voor materialen, training, deskundigheidsbevordering en implementatie zijn afhankelijk van de afspraken die met een organisatie worden gemaakt.

10. Onderzoek naar de uitvoering van de interventies

De meiden van ASJA. Een studie naar subtypen en behandelingsmogelijkheden . J. Terbog en A. Pheiffer. Leeuwarden, februari 2007

Het diagnostisch onderzoek dat gedurende een half jaar is uitgevoerd bij cliënten van Asja is geanalyseerd. Op basis hiervan is een advies voor diagnostiek en behandeling opgesteld.

Op dit moment wordt er onderzoek verricht naar de achtergronden en de problematiek van de meisjes en jonge vrouwen die zijn opgenomen bij Asja. Het onderzoek wordt uitgevoerd door prof. dr. F. Lamers-Winkelmann, dr. C. van der Gaag en S. Werson Msc.

11. Nederlandse effectstudies

Studies naar de effectiviteit van de interventie in Nederland

Niet bekend

12. Buitenlandse effectstudies

Niet bekend

13. Uitvoering van de interventies

Asja is onderdeel van Fier. Fier is een behandel- en expertisecentrum op het terrein van geweld in afhankelijkheidsrelaties. Er zijn twee Asja-locaties: een in het noorden van het land en een in het oosten van het land. Het betreft 2 groepen van acht meiden. Vanwege de anonimiteit worden de adresgegevens niet vermeld. Eind 2011 wordt een van de Asja-voorzieningen in De Veilige Veste gehuisvest. De Veilige Veste is een nieuw concept voor veiligheid en bescherming (zie www.fier.nl).

14. Overeenkomsten met andere interventies

Er zijn geen gegevens over soortgelijke interventies.

15. Lijst met aangehaalde literatuur

Bandura, A. (1977). Social learning theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1986). Social foundations of thought and action: a social-cognitive theory. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Baumrind, D. (1967). Room to grow. Contemporary psychology: a journal of reviews, 12, 475.

Besten, C. den, & Vulpen, A. van. (2007). Competent begeleiden van mensen met een verstandelijke beperking. Soest: Nelissen.

Bisson, J., & Andrew, M. (2007). Psychological treatment of post-traumatic stress disorder. Canada: John Wiley & Sons.

- Bloem & Ponsteen (2011). Handboek "Omgaan met pesten en groepsdruk in het basisonderwijs". Ede: NIVM.
- Bloem, J., Moget, P.C.M. & Petzold, H.G. (2004). Budo, Aggressionreduktion und psychosociale Effekte: Faktum oder Fiktion? *Forschung, Aggressionspsychologie, Neurobiologie. Integrative Therapie* 1-2/ 2004, p. 101-149. Düsseldorf: FPI-Publikationen.
- Bloem, J., Moget, P. & Reynders, K. (1999). Budo als therapeutisch middel in de lichaamsgerichte psychotherapie en psychomotore therapie: een beschouwing. *Bewegen & Hulpverlening*, 16, 302-318.
- Boendermaker, L., & Bruinsma, W. (2007). Aanbieders van gesloten jeugdzorg. Een overzicht van de stand van zaken. Verslag van de kenniskring gesloten jeugdzorg. Utrecht: Nederlands Jeugd-instituut.
- Borg, J. ter, & Pheiffer, A. (2007). De meiden van Asja. Een studie naar subtypen en behandelingsmogelijkheden. Leeuwarden: Fier Fryslân.
- Bovenkerk, F., San, M. van, Boone, M., Boekhout van Solinge, T., & Korf, D.J. (2004). *Loverboys' of modern pooierschap in Amsterdam*. Utrecht: Willem Pompe Instituut voor strafrecht.
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care en mental health*. Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol 1: Attachment*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol 2: Separation: anxiety and anger*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss. Vol 3: Loss, sadness and depression*. London: Hogarth Press.
- Bowlby, R.P.L., Bowlby, R.J.M., & Gaitling, A. (1988). *Bowlby: a securebase*. Oxon: Routledge.
- Bruce, P., & Szalavitz, M. (2007). *De jongen die opgroeide als hond en andere verhalen uit het dagboek van een kinderpsychiater*. Schiedam: Scriptum.
- Cloitre, M., Koenen, K.C., Cohen, L.R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology*, 70, 1067-1074.
- Comensha. (2009). *Jaarverslag 2008*. Amersfoort: Comensha.
- Crittenden, P.M. (1995). 'Attachment and psychopathology'. In: Goldberg S., Muir R. & Kerr, J. *Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives*. New York: The Analytic Press.
- Dijke, A. van., & Terpstra, L. (2010). *De dochters van Zahir. Tussen traditie en wereldburgerschap*. Amsterdam: SWP.
- Dijke, A. van., & Terpstra, L. (2008). *Zorgprogramma Valor*. Utrecht: Bureau Terpstra & Van Dijke.
- Dijke, A. van., & Terpstra, L. (2007). *De meisjes van De Lindenhorst. Zorgprogramma voor Meisjes met Grensoverschrijdend (Seksueel) Gedrag*. Utrecht: Bureau Terpstra & Van Dijke.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, N. (2011) *Stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling. Handboek*. Amsterdam: Pearson.
- Dorrepaal, E., Thomaes, K. & Draijer, N. (2011) *Stabilisatiecursus na misbruik of mishandeling. Werkboek*. Amsterdam: Pearson.
- Emmelkamp, P.M.G., Bouman, T.K., & Visser, S. (2009). *Behandeling van posttraumatische stressstoornis. Angststoornissen en Hypochondrie*, 201-207.
- Erneste, D. & Visser S. (2001). Hoe te hechten als iemand snijdt? Over zelfdestructief gedrag in de therapeutische relatie. In: *Tijdschrift voor cliëntgerichte psychotherapie*, 2001, 4:253-264.
- Feeny, N.C., Zoellner, L.A., & Foa, E.B. (2000). Anger, dissociation, and posttraumatic stress disorder among female assault victims. *Journal of traumatic stress*, 13, 89-100.
- Felitti, V., Anda, T., Nordenberg, K., Williamson, D., Spitz, A., Edwards, V., Koss M. & Marks, J. 'Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study'. *American Journal of Preventive Medicine*, 1998; 14(4): 245-257
- Foa, E.B., Keane, T.M., Friedman, M.J., & Cohen, J.A. (2009). *Effective treatments for PTSD*. New York: The Guilford press.
- Van Gael, M. (2002). 'De missing link tussen trauma en borderlineproblematiek. Een benadering vanuit de hechtingstheorie'. In: *Tijdschrift voor psychotherapie*, 28, 365-384.
- Gerrits, L.A.W., Dekovic, M., Groenendaal, J.H.A., & Noom, M.J. (1996). *Opvoedingsgedrag*. In: Rispens, J., Hermanns, J.M.A., & Meeus, W.H.J., *Opvoeden in Nederland*. Assen: Van Gorcum.
- Geurts, E., Terpstra, L., Dijke, A. van., & Berger, M. (2006). *De betovering verbroken. Methodiek preventie en aanpak meisjesprostitutie*. Amsterdam: NIZW Jeugd.
- Graham-Bermann, S.H., & Hughes, H.M. (2003). *Intervention for Children Exposed to Interparental Violence (IPV): Assessment of Needs and Research Priorities*. *Clinical Child & Family Psychology Review*, 6, 189-204.
- Groenendaal, H., & Dekovic, M. (2000). *Risicofactoren voor de kwaliteit van de opvoeding*. *Pedagogiek*, 20.
- Haaf, P.G.J. ten. (1993). *Child-rearing dimensions: Convergent and discriminant validity*. Nijmegen: Katholieke Universiteit Nijmegen.
- Hamerlynck, S.M.J.J., Jansen, L.M.C.K., Doreleijers, Th.A.H., Vermeiren, R.R.J.M. & Cohen-Kettenis, P.T. (2009). *Civiel- en strafrechtelijk geplaagde meisjes in justitiële jeugdinrichtingen; psychiatrische stoornissen, traumatisering en psychosociale problemen*. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 51, 87-96.

Hermanns, J. (2001). Het sociale kapitaal van jonge kinderen: jonge kinderen, opvoeders en opvoedingsondersteuning. Amsterdam: SWP.

Hermanns, J. (2006). Opvoedingsondersteuning: van pedagogische preventie naar empowerment. In: Samen op een hobbelpaard.

Heyse, B. Tussen dader en slachtoffer. Visie van een traumatherapeut. Verkregen op 15 december, 2010, van <http://users.skynet.be/kern/dadart.html>

IJzendoorn, M.H. van, Juffer, F. & Duyvesteyn, M.G.J. (1995). Breaking the intergenerational cycle of insecure attachment: a review of the effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant security. In: *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*. 1995 Feb;36(2):225-48.

IJzendoorn, M.H. van., Tavecchio, L.W.C., Goossens, F.A. & Vergeer, M.M. (1988). Opvoeden in geborgenheid - Een kritische analyse van Bowlby's attachmenttheorie, Deventer: Van Loghum Slaterus.

Inspectie van het Onderwijs. (2009). De staat van het Nederlandse onderwijs. Onderwijsverslag 2007/2008. Utrecht: Inspectie van het Onderwijs.

Jong, E. de (2010). Kwetsbaarheid overbrugd. Een verkennend onderzoek naar de zorgbehoeften van cliënten met een licht verstandelijke beperking en hun kinderen in de vrouwenopvang. Breda: Avans Hogeschool/Valkenhorst.

Koot, J.M. (1988). Relaties tussen sensitiviteit van moeders, de competentie van het kind en gehechtheid: observatie aan een instructietaak. In: Van Acker, J. & Gerris, J.R.M. *Gezinsrelaties onderzocht, gezinsonderzoek 2*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Korvinus, A.G., Dijk, E.M.H. van., Koster, D.A.C., & Smit, M. (2004). Mensenhandel. Derde rapportage van de Nationaal Rapporteur. Den Haag: Bureau NRM.

Lamers-Winkelmann, F. (2001). Het seksueel mishandelde kind. Uit: *Trauma diagnostiek en behandeling*.

Lamers-Winkelmann, F., Willemsen, A.M., & Visser, M. (2010). Adverse Childhood Experiences of Referred Children Exposed to Intimate Partner Violence: Consequences for their Wellbeing. *Journal of Child Abuse & Neglect* (under review).

Lindauer, R. J., Beer, R., & Boer, F. (2006). Posttraumatic stress disorder in adolescents after sexual abuse is readily treated. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 150, 1154-1155.

Marcus, S.V., Marquis, P., & Sakai, C. (1997). Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. *Psychotherapy: theory/research/practice/training*, 34, 307-315.

Maslow, A.H. (1970). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.

Ministerie van Justitie. (2004). Plan van aanpak: ordening & bescherming prostitutiesector. Aanvullende maatregelen voor het bereiken van de doelstellingen bij de opheffing van het algemeen bordeelverbod. Den Haag: Ministerie van Justitie.

Nicolai, N.J. (2001) Hechting en psychopathologie: een literatuuroverzicht. *Uit: Tijdschrift voor Psychiatrie*, 43 (2001) 5, 333-342.

Oudenhoven, J.P. van., & Hofstra, J. (2004). De Hechtingsstijlijst (HSL): Handleiding. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.

Perry, B. & Szalavitz, M. (2007). De jongen die opgroeide als hond en andere verhalen uit het dagboek van een kinderpsychiater. Schiedam: Scriptum.

Perry, B., Pollard, R., Blakeley, T., Baker, W., Vigilante, D. (1995) Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and "use-dependant" development of the brain: How "states" become "traits". *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271-291.

Paunovic, N., & Ost, L-G. (2001). Cognitive-behavior therapy vs exposure therapy in treatment of PTSD in refugees. *Behavior research and therapy*, 39, 1183-1197.

Petzold, H.G., Bloem, J. & Moget, P.C.M. (2004). Budokünste als "Weg" und therapeutisches Mittel in der körper- und bewegungsorientierten Psychotherapie, Gesundheitsförderung en Persönlichkeitsentwicklung. *Transversale und integrative Perspektiven. Integrative Therapie 1-2/ 2004*, p. 24 - 100. Düsseldorf: FPI-Publikationen Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C.

(1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy*. Homewood: Dow-Jones-Irwin.

Rappaport, R.L. (1997). *Motivating clients in therapy: Values, move and the real relationship*. London, New York: Routledge.

Raudsepp, L., Liblik, R., Hannus, A. (2002), "Children's and adolescents' physical self-perceptions as related to moderate-to-vigorous physical activity and physical fitness", *Pediatric Exercise Science*, Vol. 14 pp.97-106.

Riggs, D.S., Dancu, C.V., Gerhuny, B.S., Greenberg, D., & Foa, E.D. (1992). Anger and post-traumatic stress disorder in female crime victims. *Journal of traumatic stress*, 5, 613-625.

Rosen, G.M., & Frueh, B.C. (2010). *Clinician's guide to posttraumatic stress disorder*. Canada: John Wiley & Sons.

Rosenbaum, R.L., & Horowitz, M.J. (1983). Motivation for psychotherapy: A factorial and conceptual analysis. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 346-354.

Schoorl, P.M. (1993). *Opvoeding en opvoedingsproblemen in het gezinsleven*. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Schwarz, E and Perry, B.D. (1994). The post-traumatic response in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 17 (2), 311-326.

Schuengel, C., Venmans, J., IJzendoorn R. van, & Zegers, M. (2006) *Gehechtheid strategieën van zeer problematische jongeren. Onderzoek, diagnostiek en methodiek*. Amsterdam: SWP.

Spatz Widom, C. (1999). Posttraumatic Stress Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1223-1229.

Struik, A. (2011) *Slapende honden? Wakker maken! Een stabilisatiemethode voor chronisch getraumatiseerde kinderen*. Amsterdam: Pearson.Systeemtherapie. (2011). *Wat is systeemtheorie?* Verkregen op 16 februari, 2011, van

<http://www.systeemtheorie.nl/systeemtheorie.php>

Terpstra, L., & Dijke, A. van. (2006). Buitengesloten. Jonge vrouwen vertellen over eengerelateerd geweld. Tien portretten. Amsterdam: SWP.

Terpstra, L. & Dijke, A. van (2006). Jeugdprostitutie. Publiek Geheim. Negen portretten. Amsterdam: SWP.

Terpstra, L., & Dijke, A. van. (2005). Loverboys: Feiten en cijfers. Een quick scan. Amsterdam: SWP.

Terpstra, L., Dijke, A. van., & San, M. van. (2004). Loverboys, een publieke zaak. Tien portretten. Amsterdam: SWP.

Thoomes-Vreugdenhil, A. (1999). Relationeel gestoorde jongeren. Deventer: Bohn Stafleu Van Loghum.

Trew, K., Scully, D., Kremer, J., Ogle, S. (1999), "Sport, leisure and perceived self-competence among male and female adolescents", Euro-pean Physical Education Review, Vol. 5 pp.53-74.

Vanwesenbeeck, I., & Venicz, L. (1998). Aard en omvang van (gedwongen) prostitutie onder minderjarige (allochtone) meisjes. Utrecht: NIS-SO.

Veldhoven, N.H.M.J. van (1998). Children with asthma and Physical Exercise. Effects of a physical exercise program for children with asthma. Proefschrift, Universiteit Utrecht.

Whitehead, J.R., Corbin, C.B. (1997), "Self-esteem in children and youth: the role of sport and physical education", in Fox, K.R. (Eds), The Physical Self: From Motivation to Well-Being, Human Kinetics, Champaign, IL, pp.59-82.

Wiele, D. van der., De Ruiters, E. (2011). De Kleine Gids Signalering en behandeling slachtoffers loverboys. Moeilijke zaken, makkelijk uitgelegd. Amsterdam: uitgeverij Kluwer.

Yperen, T. van., Steege, M. van der., Addink, A., & Boendermaker, L.(2010). Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie. Utrecht: NJI.

Yperen, T. van. (2010). 55 Vragen over effectiviteit. Antwoorden voor de jeugdzorg. Utrecht: NJI.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen (NISB) en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

