

Het perspectief van de expert en de diagnostiek van het geweten

*Julia Tiemersma**

Uit onderzoek van de gemeente Amsterdam komt naar voren dat een derde van de jonge veelplegers uit de Top600 intensieve aanpak voor criminele jeugd een ernstig verstoorde gewetensfunctie heeft (zie het GGD-rapport *In de nesten* uit 2014). Deze cijfers wekken de indruk dat de diagnostici de gewetensfunctie op gestandaardiseerde wijze in kaart brengen. Het is dan ook zo dat pro Justitia-rapporteurs en diagnostici in de (forensische) geestelijke gezondheidszorg worden geacht het 'geweten' te beoordelen (Doreleijers e.a. 2013; Matthys & Van de Glind 2013; richtlijn Nederlands Jeugdinstituut). Maar in de klinische praktijk blijkt dat het begrip 'geweten' zich niet eenvoudig laat definiëren, laat staan diagnostisch in kaart brengen. Mede door het dossieronderzoek van Le Sage (2005) is duidelijk geworden dat de kwaliteit van de diagnostiek van gewetensontwikkeling mager is en dat professionals in het klinische veld behoefte hebben aan een handreiking voor het systematisch in kaart brengen van het geweten. Immers, dit onderdeel van de klinisch psychologische (forensische) rapportages bepaalt voor een belangrijk deel of behandeling dan wel een strafmaatregel wordt geïndiceerd.

In dit artikel worden de kenmerken van een nieuw ontwikkeld instrument beschreven waarmee de kwaliteiten van jongeren met betrekking tot empathie, zelfbewuste emoties als schaamte en schuld, en morele ontwikkeling kunnen worden beoordeeld. Hierna wordt eerst een overzicht gegeven van relevante theorievorming rond het geweten. Vervolgens wordt ingegaan op de gehanteerde werkwijze bij de ontwikkeling van het instrument. Ook worden de drie geïdentificeerde hoofddomeinen van het geweten en de wijze van toepassing daarvan beschreven. Er wordt afgesloten met een conclusie.

* J. Tiemersma MSc is GZ-psycholoog, en in opleiding tot klinisch psycholoog.

Theorievorming rondom het geweten

De wetenschappelijke theorievorming rondom het geweten nam de laatste jaren een vlucht. Decennialang vigeerde het cognitieve morele ontwikkelingsmodel van Kohlberg. In dit model worden drie niveaus met steeds twee fasen beschreven. Op het laagste niveau staat het eigenbelang voorop en is het morele oordeelsvermogen gebaseerd op het vermijden van straf. Het middelste niveau wordt gekenmerkt door het zich willen conformeren aan de geldende regels en de sociale norm. Op het hoogste ontwikkelingsniveau is het geweten geïnternaliseerd en gecentreerd rondom moraal-filosofische en ethische principes (Kohlberg 1984).

Het van oorsprong zeer cognitief geënte model is vervolgens door de integratie van interne morele emoties, zoals empathie, verder ontwikkeld (Hoffman 2000). Het geweten wordt dan gedefinieerd als het proces waarin gevoelens van schuld en activatie van empathie leiden tot pro-sociale acties. Bovendien is het sterk hiërarchische karakter van Kohlbergs model in de loop der tijd verzacht door de invloed van de context op de werking van het geweten erin te verwerken. Mensen functioneren immers op verschillende morele niveaus in verschillende situaties (Gibbs 2019). Zelfbewuste emoties kregen een centrale rol in de werking van het geweten door het werk van Eisenberg. Zelfbewuste emoties zijn recursief en gaan over *het zelf*. Bij het ervaren van trots, schaamte, schuld of gêne wordt de identiteit geëvalueerd, dit in tegenstelling tot de primaire emoties zoals boosheid. Door in een verleidingssituatie na te gaan welke zelfbewuste emoties dit zal oproepen, wordt het geweten als het ware geactiveerd en stuurt dit het gedrag (Cole e.a. 1992; Eisenberg e.a. 1994).

Literatuurstudies laten zien dat de cognitieve, sociale en affectieve factoren deel uitmaken van het geweten van een jeugdige delinquent (Schalkwijk 2011; Spruit e.a. 2016; Stams e.a. 2008; Van Langen e.a. 2014). Schalkwijk beschreef in 2011 een integratief theoretisch raamwerk met als doel hiermee een instrument te ontwikkelen. De literatuurstudie in de forensische setting toont dat met name empathie, zelfbewuste emoties als schuld en schaamte, en moreel redeneren worden geassocieerd met het geweten van jeugdige delinquenten. Meta-analyses maakten de relatieve bijdrage van elk van die domeinen duidelijk (Van Langen e.a. 2014; Spruit e.a. 2016; Stams e.a. 2008; Vugt e.a. 2011).

Schalkwijk stelt het geweten voor als een psychische functie die het evenwicht van de zelfwaardering bewaakt. Het geweten is als een thermostat van onze zelfwaardering, die in sluimerstand staat tot er iets gebeurt wat onze zelfwaardering uit balans brengt. Bijvoorbeeld in de situatie dat je een fiets ziet staan met de sleutel nog in het slot. Je indenken dat je de fiets meeneemt, zal een aantal domeinen van het geweten activeren. Zou me een schuldgevoel bekruipten? Wil ik iemand zijn die fietsen van anderen meeneemt? Hoe zal de eigenaar zich voelen bij het ontdekken van de verdwijning? Voel ik me trots dat ik een nieuwe fiets heb weten te bemachtigen? Door een samenspel van empathie, de geneigdheid tot het ervaren van zelfbewuste emoties en het niveau van moreel redeneren worden we in staat gesteld om in actie te komen om onze zelfwaardering weer in evenwicht te brengen. Onderzoek toont aan dat voor een gezond functionerend geweten de mate van integratie van de domeinen van belang is (De Brauw e.a. 2022, in druk).

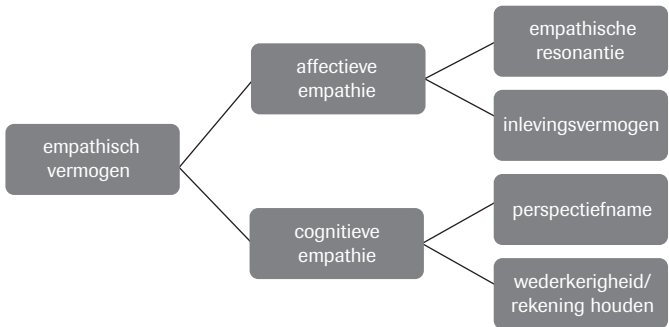
De ontwikkeling van een instrument voor de klinische praktijk

Voor de ontwikkeling van een instrument dat de klinische praktijk moet gaan ondersteunen, is naast een gedegen theoretisch raamwerk ook de praktijkkennis van deskundigen nodig. Omdat op dit moment de diagnostiek naar het geweten nog sterk gebaseerd is op klinische indrukken, wilden we deze ervaringskennis van de klinisch deskundigen verzamelen, ordenen en systematisch weergeven. Op basis van kwalitatieve onderzoeksmethoden zetten we een onderzoek op waarbij op basis van een aantal vooraf gestelde criteria geschikte kandidaten werden geselecteerd (*purposive sampling*, Boeije 2014). In totaal werden zeven klinische deskundigen, onder wie drie forensisch rapporteurs, twee klinisch psychologen en twee psychiaters, geïnterviewd aan de hand van een vooraf bepaalde onderwerpenlijst (*topiclist*). Uit de thematische analyse van de uitgeschreven interviews werden drie afzonderlijke hoofddomeinen geïdentificeerd. Hieronder worden de drie domeinen van het geweten en hun methode van toepassing beschreven.

Domein 1: empathisch vermogen

Het empathisch vermogen wordt door alle deskundigen van het grootste belang gevonden bij het in kaart brengen van de gewetensontwikkeling. Sommigen vinden dat met het in kaart brengen van het empathisch vermogen het geweten eigenlijk al beschreven is. Anderen menen dat de empathie het vermogen is je cognitief en affectief in te leven in de ander en het geweten de rem die in werking treedt in een ‘verleidingssituatie’ (zie het voorbeeld van de fiets). De deskundigen veronderstellen dat in principe iedereen in aanleg het vermogen tot empathie heeft, maar dat dit pas met een voldoende veilige hechting tot rijping komt. Mits tot rijping gekomen, is het empathisch vermogen als het ware altijd aanwezig, maar voorzien van een (volume)knop, waardoor de feitelijk beleefde of getoonde empathie een fenomeen is dat zich tijdelijk manifesteert. Factoren die van invloed zijn, zijn onder andere middelengebruik, (trauma)triggers en of de persoon op wie de empathie is gericht onderdeel is van de groep waarmee wordt geïdentificeerd. Opmerkelijk was dat de deskundigen die hoofdzakelijk werken als pro Justitia-rapporteur meer geneigd zijn om te kijken of empathische activiteit optreedt in situaties waarin deze uitgelokt wordt, terwijl deskundigen die tevens werken als behandelbaar meer geneigd zijn om op zoek te gaan tot waar de empathie nog (wel) reikt.

Figuur 1 Factoren van belang volgens deskundigen bij het in kaart brengen van het empathisch vermogen



Affectieve empathie

Deskundigen hanteren in de klinische praktijk het onderscheid tussen cognitieve en affectieve empathie (zie figuur 1). *Affectieve empathie* wordt gezien als een zeer basaal vermogen om je emotioneel in de ander te kunnen verplaatsen; dit ontwikkelt zich in de vroege kindertijd (Cuff e.a. 2016). In de diagnostiek wordt de affectieve empathie door de deskundigen op twee niveaus benaderd. Het eerste niveau betreft de (basaal neurale) *empathische resonantie*. Voor het verzamelen van diagnostische informatie over de empathische resonantie wordt tijdens het contact gelet op spontane reacties op onverwachte situaties. Vindt een soort visceraal emotionele reactie plaats bij bijvoorbeeld een ongelukje in de gesprekskamer of in het spel, of lijkt het de cliënt koud te laten? Beschrijft de cliënt of observeert de diagnosticus ongemak bij immorele situaties, of blijkt een sociale onverstoortbaarheid? Beschrijven ouders in de heteroanamnese dat ‘niets hun kind lijkt te raken’, of juist dat hun kind ‘snel aangedaan is’?

Het tweede niveau betreft het (hogere-ordeniveau) *inlevingsvermogen*, waarbij wordt nagegaan of de cliënt zich emotioneel kan inleven in de ander. De deskundige is alert op gevoel dat bij hem- of haarzelf wordt opgeroepen door het verhaal of het gedrag van de cliënt en analyseert dit gevoel (tegenoverdracht) om een inschatting te maken van het *inlevingsvermogen* van de cliënt. Ontstaat er een beeld van de ander waarmee rekening wordt gehouden? Of blijft het vlak en weinig ingeleefd? In het contact let de deskundige op hoe iemand vertelt over het ten laste gelegde/grensoverschrijdend gedrag. Roept het verhaal ook gevoelens van medeleven op bij de deskundige, of blijft dit vlak? Zijn de verbale en non-verbale signalen congruent of incongruent? Waaruit blijkt dat de cliënt medeleven kan tonen? Lukt dit wel bij de ouders of ook bij het slachtoffer?

Cognitieve empathie

De *cognitieve empathie* is het vermogen om te begrijpen wat iemand anders voelt of beleeft. Ook dit wordt op twee niveaus ingeschat. Het eerste niveau betreft de *perspectiefname*, waarbij wordt nagegaan of de cliënt (überhaupt) in staat is andermans perspectief in te nemen. Op het tweede niveau gaat de deskundige na of de cliënt snapt dat zijn *gedrag van invloed is op het welzijn van de ander*, of hij kan beredeneren hoe het voor de ander zal zijn. De cognitieve empathie heeft de eigenschap later nog aangeleerd te kunnen worden. Toch is de

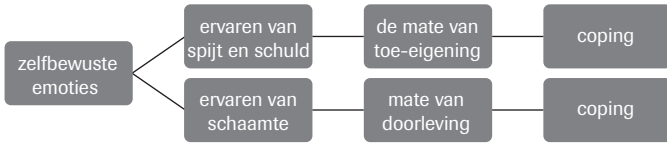
inschatting dat deze minder als rem op het gedrag in verleidingssituaties zal functioneren. De deskundige gaat na of de cliënt in staat is tot *perspectiefname* door te letten op perspectiefwisselingen in het verhaal. Wordt het incident louter vanuit het eigen standpunt beschreven, of is er ook plaats voor de denkwereld van een ander? Ook kan de diagnosticus zichzelf hiervoor inzetten en nagaan of de cliënt de denkwereld van de deskundige in ogenschouw neemt. Wordt deze informatie ook gebruikt om het gedrag op af te stemmen? Of toont de cliënt hierin rigiditeit? Deze signalen geven informatie over de mate waarin begrepen wordt dat het gedrag van de cliënt invloed heeft op het welzijn van de ander. Het vermogen tot het vertonen van sociaal wenselijk gedrag is hiervan een kenmerk.

Als de cliënt emotioneel en/of cognitief snapt dat iets voor de ander betekenisvol is, leidt dit dan tot motivatie om daarmee rekening te houden en de persoonlijke behoeften tijdelijk te parkeren? Daartoe wordt tot slot naar de *wederkerigheid/rekening houden met de ander* gekeken. Wanneer de deskundige observeert dat de cliënt gemotiveerd is om rekening te houden met de ander, ook al is dit (tijdelijk) ten koste van hemzelf, dan blijkt uit deze empathische activiteit een samenspel van aspecten van de affectieve en cognitieve empathie. Bij het in kaart brengen van de *wederkerigheid* wordt gelet op aanwijzingen waaruit blijkt dat de cliënt gedrag aanpast op de (onverenigbare) behoefte van de ander. Kan de cliënt zichzelf tijdelijk wegcijferen ten gunste van de ander, of prevaleren, ondanks een begrip van de (emotionele) binnenwereld van de ander, de eigen behoeften? In welke mate voegt de cliënt zich naar regels van ouders, omdat hij deze ook kan zien als een teken van zorg.

Domein 2: zelfbewuste emoties

De deskundigen letten bij het in kaart brengen van de gewetensontwikkeling op de zelfbewuste emoties als schaamte, schuld en spijt, de mate van toe-eigening of doorleving en de wijze van omgaan met deze emoties (figuur 2). Zij veronderstellen dat hoe beter zelfbewuste emoties waarneembaar zijn, des te meer gewetensgevormd de cliënt waarschijnlijk is. Dit ligt in lijn met de literatuur. Prosociale emoties hebben een remmende werking op antisociaal gedrag en propageren gewetensvol gedrag.

Figuur 2 Factoren van belang bij het in kaart brengen van de zelfbewuste emoties



Soms is bij een jongere duidelijk zichtbaar dat hij zelfbewuste emoties ervaart. Signalen van schaamte zijn wegkijken, zachter praten of het neerslaan van de ogen. Uitdagend of provocerend gedrag laten zien is vaak juist een teken van weinig schaamte. Net zoals een ouder het 'sorry' van zijn kind soms niet vertrouwt als hij zijn kleine zusje weer omver heeft gekegeld, zo moet een woordelijke uiting van de jongere over zich schuldig voelen ook worden gewogen en niet op voorhand worden geaccepteerd. Wat laten zijn non-verbale gedragingen zien, en ervaart de deskundige die geuite schuld als oprecht? Schalkwijk schrijft in dit themanummer al dat de deskundige altijd moet meewegen of de jongere überhaupt wel in staat is emoties te voelen of zich voor kan stellen dat een ander een eigen gedachte- en gevoelswereld heeft. Als dat niet het geval is, is het ervaren van schuld of schaamte ook niet vanzelfsprekend. In dezelfde lijn ligt de mogelijkheid dat de jongere wel schuld of schaamte voelt, maar een beperkte taal/woordenschat voor zijn innerlijke wereld heeft. Van een andere orde is dat de termen schaamte en schuld zelf ook schaamte beladen kunnen zijn, omdat ze raken aan het (vaak kwetsbare) zelfbeeld en de identiteit van de cliënt. Cliënten geven niet graag toe dat ze zich ergens voor schamen. 'Zij schamen zich nergens voor', zegt een deskundige. Deskundigen gebruiken daarom vaak omschrijvende termen als 'in het krijt staan bij iemand' voor schuld, of 'je onrustig en naar over jezelf voelen' voor schaamte. Zo kan het stoere imago worden behouden. Het observeren van bijvoorbeeld krenking en vernedering helpt hierbij. Hierbij kan een overmatige trots (overcompensering) worden gezien als omkering van de (onverdraagbare) zelfbewuste emotie. Deskundigen houden daarnaast rekening met op cultuur gebaseerde verschillen in uitingsvormen van cliënten, zie het artikel van Schalkwijk in dit themanummer.

Het komt regelmatig voor dat de cliënt door zijn of haar advocaat wordt verteld dat hij of zij spijt moet betuigen, en als in dat geval een

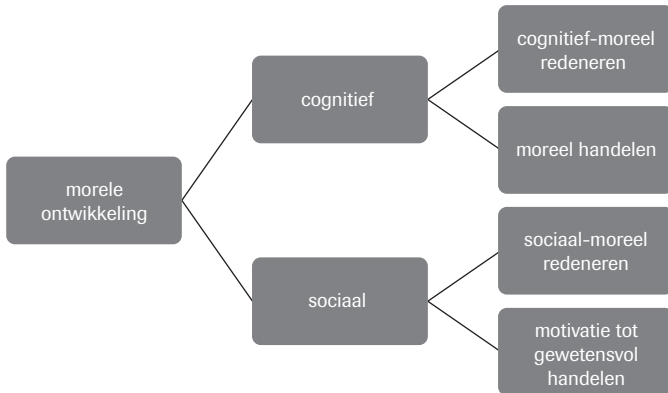
zelfbewuste emotie wordt waargenomen, wordt gekeken naar de mate van doorleving van die emotie. Of, in geval van spijt en schuld, de mate van toe-eigening. Verschillende gedragingen worden door sommige deskundigen herkend als mogelijke afweer van het voelen van de zelfbewuste emoties. Het gedrag goedpraten (externaliseren/rationaliseren), trots op criminele identiteit (internalisatie), respect afdwingen door geweld, stoer doen en overschreeuwen (narcistische zelfwaardering) zijn hier kenmerken van. Drugsgebruik kan als functie hebben de zelfbewuste emoties niet te hoeven voelen (blowen). Is er sprake van problematisch/chronisch drugsgebruik als vorm van zelfmedicatie?

Domein 3: morele ontwikkeling

Iedere jongere weet dat stelen, pesten, vernielen, bedreigen, slaan, schoppen en dergelijke gedragingen niet mogen. Althans, dat nemen we meestal vanzelfsprekend aan. Dat een jongere dit soort dingen toch doet, roept dan ook verbazing op. Daarom wordt de morele ontwikkeling beoordeeld, er wordt gekeken hoe het denken van een jongere over waarden en normen is ontwikkeld. Conform het cognitief-morele fasemodel van Lawrence Kohlberg dat sinds de jaren 60 het discours bepaalde, bekijken deskundigen de morele ontwikkeling van de cliënt over de algemeen geldende regels en afspraken en maatschappelijke normen en waarden (figuur 3).

Het vermogen cognitief- en sociaal-moreel te handelen is als het ware een stabiel aspect van de persoonlijkheid. Maar of een jongere daadwerkelijk daardoor zijn handelen, denken of voelen laat leiden, hangt sterk af van de situatie. Naarmate de jongere dichterbij is, sympathieker gevonden wordt of tot de binnengroep behoort, wordt de neiging moreel juist te handelen vanzelfsprekender en kwalitatief beter. Middelengebruik is een situatief kenmerk dat de kwaliteit van dit vermogen aantast.

Figuur 3 Factoren van belang bij het in kaart brengen van de morele ontwikkeling



Cognitief-moreel redeneren gaat over het vermogen te kunnen beredeneren wat moreel wenselijk is op basis van breed geldende waarden, normen, regels en afspraken ('conventies'). Denk bijvoorbeeld aan Kohlbergs model voor niveaus van omgaan met conventies: pre-conventioneel, conventioneel en post-conventioneel. Het gaat hier dus puur om moreel redeneren, los van reële andere personen of feitelijk gedrag. Aanvankelijk is de motivatie zich aan regels en afspraken te houden nog extrinsiek (voorkomen van straf) bepaald, later wordt dit meer intrinsiek (identiteit). Het vermogen om sociaal wenselijk te antwoorden of zich te gedragen wordt door de deskundige opgepikt als signaal van (toegepaste) kennis.

Maar om de gevolgen van je gedrag te kunnen inschatten, vergt een cognitief complexere bewerking. Deskundigen onderzoeken of de cliënt in staat is om niet alleen naar de letter van de wet te handelen, maar ook naar de geest van de wet.

Bij het *moreel handelen* gaat de deskundige na of de cliënt moreel gedrag baseert op het voorkomen van straf (laag niveau van Kohlberg), en verondersteld wordt dat meer geïdentificeerd wordt met de dader. Of dat eerder identificatie met het slachtoffer optreedt (hoger niveau van Kohlberg) en vanuit meer algemeen geldende ethische principes moreel gedrag wordt beredeneerd. Vrijwel iedere jongere handelt voor korte of langere tijd op een lager moreel niveau dan dat hij of zij cognitief- of sociaal-moreel kan beredeneren. Kohlberg (1963) meende zelfs

dat moreel redeneren in principe geen enkele relatie heeft met moreel gedrag.

Bij *sociaal-moreel redeneren* wordt vanuit het sociale aspect naar de morele ontwikkeling gekeken. De deskundige ziet de gevoeligheid voor straf en beloning in het sociaal leren als belangrijk signaal. Is de cliënt gevoelig voor sociale acceptatie/afwijzing, of laat deze de cliënt onverschillig. Vanuit de sociaal-lerentheorie wordt gekeken naar de mate waarin de jongere ontvankelijk is voor beloning of straf. Soms is een jongere door een tekort aan lichamelijke opwinding daarvoor ongevoelig. Hij of zij zoekt dan stimulatie door middel van antisociaal en agressief gedrag, of is onbevreesd en voelt te weinig angst. Door een geringe vrees en dus ook ongevoeligheid voor straf zal de jongere weinig gemotiveerd zijn zich te willen veranderen in de richting van meer gewetensvol handelen.

De deskundige gaat tot slot bij *motivatie tot gewetensvol handelen* na waar de cliënt het vervullen van de eigen behoeften plaats laat maken voor maatschappelijke normen en waarden. Dit veronderstelt een gelaagdheid in moraliteit, waarbij het morele gedrag afhankelijk is van de situatie en omstandigheid. Hierbij zijn het onderscheid van de *in & out group*, toezicht en *peer pressure* van belang. In het *klinisch interview* worden (persoonlijk toegespitste) morele dilemma's voorgelegd en wordt gelaagd doorgevraagd. Begrijpt de cliënt vanuit een reflectieve positie dat niet altijd op de meest rechtvaardige manier wordt geoordeeld, door bijvoorbeeld de leerkracht? Is de cliënt – zelfs dan – in staat zich te voegen naar figuren die vanuit hun maatschappelijk gedefinieerde rol de autoriteit hebben iets te zeggen over het kind? Wanneer maakt het vervullen van de eigen behoeften plaats voor het maatschappelijk belang? Verbindt de cliënt normen en waarden met de identiteit?

Conclusie

In dit project verzamelden we de ervaringskennis van Nederlandse klinische experts op het gebied van de diagnostiek van het geweten. Aan de hand van kwalitatieve onderzoeksmethoden werden drie domeinen en hun toepassingsmethoden geïdentificeerd die belangrijk worden geacht voor de diagnostiek. Deze ervaringskennis wordt verwerkt in het instrument, dat wordt ontworpen naar het voorbeeld van een *clin-*

ical structured judgment-instrument, zoals bijvoorbeeld de SAPROF (De Vries Robbé e.a. 2014), en leidt tot een gewogen klinisch oordeel in de vorm van een beschrijvende sterkte-zwakteanalyse.

Met het instrument kan de diagnosticus een beschrijvende diagnose van het geweten maken. Hij of zij beschrijft dan de kwaliteiten van de jongere met betrekking tot empathie, zelfbewuste emoties als schaamte en schuld, en morele ontwikkeling. Als die goed zijn beschreven, is het mogelijk een diagnostische conclusie te trekken over hoe het geweten bij de jongere werkt. Zo worden meer nuance en definitie aan de term gebrekkig geweten gegeven.

Momenteel wordt er wetenschappelijk onderzoek gedaan naar de psychometrische kwaliteiten van het nieuwe instrument. Gedragswetenschappers gebruiken het instrument bij de diagnostiek naar het geweten bij hun cliënten en de resultaten worden verzameld om uitspraken te kunnen doen over de validiteit en betrouwbaarheid. Vanuit Level (voorheen De Bascule), academisch centrum voor kinder- en jeugdpsychiatrie, Youz, kinder- en jeugdpsychiatrie, Parnassia Groep en de onderzoeksafdeling van het Nederlands Instituut voor Forensische Psychiatrie en Psychologie (NIFP) is er groot draagvlak voor dit onderzoek. Het project sluit goed aan bij de behoeften van gedragswetenschappers, zo blijkt uit expertmeetings in de genoemde instellingen. Met het instrument wordt de diagnostiek gestandaardiseerd en een inhoudelijke aanzet gegeven tot het verbeteren van de indicatiestelling en strafadviezen.

Hoopgevend is daarbij dat de eerste reacties vanuit het werkveld positief zijn. Het instrument lijkt een bijdrage te kunnen leveren aan de inhoudelijke verbetering van praktijkdeskundigen, doordat het een raamwerk biedt om heldere afwegingen te maken en tot betere diagnoses te komen. Zo kan een bijdrage worden geleverd aan de zorg op maat voor kinderen met gedragsproblemen.

Literatuur

Boeije 2014

H. Boeije, *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*, Amsterdam: Boom 2014.

De Brauw e.a. 2020

W.J.M. de Brauw, C. Peeters, A. Popma, J. Peen & F. Schalkwijk (ingediend), 'Mapping conscience. Network analysis into the differences in maturation of offending and non-offending adolescents' (2020).

Cole e.a. 1992

P. Cole, K. Barrett & C. Zahn-Waxler, 'Emotion displays in two-year-olds during mishaps', *Child Development* (63) 1992, afl. 2, p. 314-324, <https://doi.org/10.2307/1131481>.

Cuff e.a. 2016

B.M.P. Cuff, S.J. Brown, L. Taylor & D.J. Howat, 'Empathy: A review of the concept', *Emotion Review* (8) 2016, afl. 2, p. 144-153, <https://doi.org/10.1177/1754073914558466>.

Doreleijers e.a. 2013

T. Doreleijers, F. Boer, J. Huisman & E. de Haan, *Leerboek psychiatrie kinderen en adolescenten*, Utrecht: De Tijdstroom 2013.

Eisenberg e.a. 1994

N. Eisenberg, R.A. Fabes, B. Murphy, M. Karbon, P. Maszk, M. Smith, C. O'Boyle & K. Suh, 'The relations of emotionality and regulation to dispositional and situational empathy-related responding', *Journal of Personality and Social Psychology* (66) 1994, afl. 4, p. 776-797, <https://doi.org/10.1037/0022-3514.66.4.776>.

Gibbs 2019

J.C. Gibbs, *Moral development and reality: Beyond the theories of Kohlberg, Hoffman and Haidt*, New York: Oxford University Press 2019.

Hoffman 2000

M.L. Hoffman, *Empathy and moral development: Implications for caring and justice*, Cambridge: Cambridge University Press 2000.

Kohlberg 1984

L. Kohlberg, *Essays on moral development: The psychology of moral development*, San Francisco, CA: Harper & Row 1984.

Van Langen e.a. 2014

M.A.M. van Langen, I.B. Wissink, E.S. van Vugt, T. van der Stouwe & G.J.J.M. Stams, 'The relation between empathy and offending: A meta-analysis', *Aggression and Violent Behavior* (19) 2014, afl. 2, p. 179-189, <https://doi.org/10.1016/j.avb.2014.02.003>.

Matthys & Van de Glind 2013

W.C.H.J. Matthys & G. van de Glind (red.), *Richtlijn oppositio- neel-opstandige stoornis (ODD) en gedragsstoornis (CD) bij kinderen en jongeren*, Utrecht: De Tijdstroom 2013, www.nji.nl.

Le Sage 2005

L. le Sage, *De gebrekkige gewetensontwikkeling in het jeugdstrafrecht. Implicaties voor de toerekening en behandeling*, Amsterdam: SWP 2005.

Schalkwijk 2011

F. Schalkwijk, *Emoties bij jongeren. Theorie en diagnostiek van het geweten*, Amsterdam: Boom 2011.

Spruit e.a. 2016

A. Spruit, F. Schalkwijk, E. van Vugt & G.J. Stams, 'The relation between self-conscious emotions and delinquency: A meta-analysis', *Aggression and Violent Behavior* (28) 2016, p. 12-20. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.03.009>.

Stams e.a. 2008

G.J.J.M. Stams, M. Deković, D. Brugman, E.A. Rutten, G.L.H. van den Wittenboer, L.W.C. Tavecchio, J. Hendriks & M. van Schijndel, 'The relationship of punishment- and victim-based moral orientation to prosocial, externalizing, and norm trespassing behaviour in delinquent and non-delinquent adolescents: A validation study of the Moral Orientation Measure', *Journal of Experimental Criminology* (4) 2008, afl. 1, p. 41-60, <https://doi.org/10.1007/s11292-007-9045-x>.

De Vries Robbé e.a. 2014

M. de Vries Robbé, M. Geers, M. Stapel, E. Hilterman, & V. de Vogel, *SAPROF – Youth Version*, Utrecht: Van der Hoeven Kliniek 2014.

Van Vugt e.a. 2011

E. van Vugt, J. Gibbs, G.J. Stams, C. Bijleveld, J. Hendriks & P. van der Laan, 'Moral development and recidivism: A meta-analysis', *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* (8) 2011, afl. 55, p. 1234-1250, <https://doi.org/10.1177/0306624X1139644>.