

Interventie

Agressie Regulatie op Maat Ambulant voor Volwassenen

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 28 maart 2018

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Dr. L.M. Hoogsteder en prof. dr. S. Bogaerts (2018).

Justitieinterventies.nl: beschrijving Agressie Regulatie op Maat Ambulant voor Volwassenen. Utrecht:
Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van www.justitieinterventies.nl.

Inhoud

Colofon	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Samenvatting	4
Korte samenvatting van de interventie	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	9
2. Uitvoering	15
3. Onderbouwing	19
4. Onderzoek	25
4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden per onderzoek.....	25
5. Samenvatting Werkzame elementen – maximaal 250 woorden	26
6. Aangehaalde literatuur	27

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

Agressie Regulatie op Maat Ambulant voor Volwassenen (vanaf nu AROPmaatAV) is bedoeld voor volwassenen cliënten met (ernstige) agressieproblematiek die binnen de ambulante forensische zorg worden behandeld. Het primaire doel van AROPmaat-AV is het verminderen van agressief gedrag en het reduceren van (de kans op) recidive van gewelddadig gedrag. AROPmaat-AV is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness oefeningen) waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Voor het leveren van maatwerk wordt een set van standaard en optionele modules aangeboden. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van vier maanden tot maximaal 1,5 jaar.

Doelgroep

AROPmaatAV is bedoeld voor volwassen cliënten met ernstige agressieproblematiek en een IQ boven de 80. Cliënten zijn veelal vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie. Er is sprake van een matig, matig tot hoog of hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag. Het agressieprobleem is onderdeel van een psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Zo is er sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis, een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een normoverschrijdend-gedragsstoornis of cluster-B persoonlijkheidsstoornis al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik. Er is tevens sprake van een tekort aan executieve functies, waaronder een geringe impulscontrole en emotieregulatie, beperkte probleemoplossing en disfunctionele cognities en scripts die leiden tot agressief gedrag.

Doel

Het primaire doel van AROPmaat-AV is gericht op het verminderen of stoppen van agressief gedrag in het heden en het reduceren van (de kans op) recidive van gewelddadig gedrag in de toekomst.

Aanpak

AROPmaat-AV is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness oefeningen) waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Voor het leveren van maatwerk wordt een set standaard en optionele modules aangeboden. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van minimaal vier maanden tot maximaal 1,5 jaar. Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een hoog recidiverisico.

Materiaal

Het materiaal van de interventie bestaat uit diversie handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een programma- en managementhandleiding voor de behandelaar en managers van een instelling en een opleidingshandleiding. Verder is de inhoud van het programma voor de cliënt en de behandelaar nauwkeurig beschreven in tien standaard en optionele modules. Er bestaan ook videofragmenten die ter ondersteuning van de behandeling gebruikt kunnen worden. Voor de werving kan er gebruik gemaakt worden van een folder en een PowerPointpresentatie.

Onderbouwing

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag worden verklaard vanuit het biopsychosociaal model BPS-model; Dodge & Pettit, 2003). Hierbij wordt ter verdieping gebruik gemaakt van de theorie over het verstoorde sociale informatie verwerkingsproces. Volgens het BPS-model is chronische agressie het gevolg van een interactie tussen enerzijds de biologische, psychologische en sociale factoren en anderzijds de kwetsbaarheid voor deze factoren. In de eerste plaats vormen bepaalde biologische predisposities een risico voor de ontwikkeling van agressief gedrag, zoals ADHD, ASS, en de mate van impulsiviteit (executieve functie). Ten tweede spelen hierbij psychologische factoren, zoals cognitieve en emotionele processen een rol. Ten derde kunnen ongunstige sociale omstandigheden (denk aan schulden,

geen inkomen en/of vaste woning) en negatieve opgedane levenservaringen een criminogene risicofactor vormen voor de ontwikkeling van agressieproblematiek. De AROPMaatAV werkt aan het verminderen van aanwezige dynamische criminogene risicofactoren en het versterken van beschermende factoren, hierbij zijn de RNR-principes leidend (risk-need-responsivity; zie voor uitleg kopje onderbouwing).

Onderzoek

Er heeft een procesevaluatie plaatsgevonden naar de uitvoering van de AROPMaatAV bij de Waag (forensische ambulante zorg; Hoogsteder, 2017). Bij het onderzoek waren 20 cliënten en 12 behandelaars betrokken die werkzaam waren op vijf verschillende vestigingen. De resultaten toonden aan dat de beoogde doelgroep grotendeels is bereikt en dat de programma-integriteit redelijk in orde was. De behandelaars voldeden aan de basisvoorwaarden qua opleiding, het volgen van intervisie, de eisen omtrent de caseload en de nodige ervaring (zo niet dan werd extra werkbegeleiding aangeboden). De uitvoering van de sessies scoorden gemiddeld genomen 80,6%, terwijl er een minimale score van 80% gehaald moest worden.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

ARopMaatAV is bedoeld voor volwassen cliënten (mannen en vrouwen) met ernstige agressieproblematiek en een IQ boven de 80. Het agressieve gedrag uit zich op minimaal twee leefgebieden en kan instrumenteel of emotioneel van aard zijn of een combinatie van beide. Cliënten zijn veelal vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie. Er is sprake van een matig, matig tot hoog of hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag. Het agressieprobleem is onderdeel van een psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Zo is er sprake van een (andere gespecificeerde) disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis (denk aan een oppositioneel opstandige gedragsstoornis en een normoverschrijdend-gedragsstoornis), een cluster-B persoonlijkheidsstoornis al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik. Er is sprake van een tekort aan executieve functies, waaronder een geringe impulscontrole en emotieregulatie, beperkte probleemoplossing en disfunctionele cognities en scripts die leiden tot agressief gedrag. Door de ervaringen en voorgeschiedenis van een deel van deze cliënten is veelal een diepgeworteld wantrouwen jegens de omgeving, de bredere samenleving en in het bijzonder de hulpverlening ontstaan.

Intermediaire doelgroep

ARopMaatAV richt zich naast de cliënt, ook op een eventuele partner en/of een betrokken systeemlid van de cliënt (indien aanwezig). Eventuele betrokken systeemleden worden tijdens de behandeling gestimuleerd om een bijdrage te leveren aan het veiligheidsplan en het bieden van emotionele steun.

N.B. Als er kinderen in het spel zijn en ervoor hen mogelijk sprake is van onveiligheid, dan is samenwerking met behandelaren die werken aan het stoppen van de (eventuele) kindermishandeling en Veilig Thuis vereist.

Selectie van doelgroepen

De cliënt wordt meestal in overleg met de verwijzer aangemeld bij een forensische zorginstelling. Tijdens het intakegesprek wordt vervolgens onderzocht of ARopMaatAV voorlopig geïndiceerd is. De uitkomst wordt bepaald door de regiebehandelaar in overleg met een multidisciplinaire teamoverleg. Vervolgens wordt een initieel behandelplan opgesteld dat leidend is voor de pre-behandelingsfase waarin risicotaxatie en assessment plaatsvinden, een eventuele partner of andere systeemleden worden betrokken, er aandacht is voor het motiveren en empoweren van de cliënt en een veiligheidsplan wordt opgesteld. De uitkomst van de risicotaxatie (en indien nodig diepgaandere diagnostiek) wordt wederom ingebracht in een multidisciplinair teamoverleg en dient als basis voor het opstellen van het behandelplan voor de behandelingsfase. De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de definitieve indicatie en de inhoud van het behandelplan voor de behandelingsfase en zorgt ervoor dat de bevindingen worden teruggekoppeld naar de cliënt. Het kan dus voorkomen dat een cliënt na de pre-behandelingsfase toch voor een andere behandeling geïndiceerd blijkt te zijn. In de praktijk komt dit echter zelden voor, aangezien al vrij snel duidelijk is of onderstaande indicatiecriteria van toepassing zijn.

1.2.3 Indicatiecriteria

Indicatiecriteria

1. De cliënt beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate zodat hij de gegeven instructies en aanwijzingen van de AR-behandelaar kan begrijpen;
2. De cliënt heeft een minimale IQ-score van 80. Indien er geen recente gegevens zijn over de IQ-score, wordt dit in eerste instantie geschat met de SCIL (Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking). Als de uitkomst van de SCIL aangeeft dat er mogelijk sprake is van een IQ onder de 80 wordt er een volledige IQ-meting gedaan;
3. De cliënt heeft een matig (3), middelhoog (4) of hoog (5) recidiverisico op geweld (gemeten met de FARE; Forensisch Ambulante Risico Evaluatie);
4. De cliënt scoort matig tot hoog op de volgende dynamische risicofactoren van de FARE: D8: Gebrekkige impulscontrole en D9: Disfunctionele oplossingsvaardigheden;

5. De cliënt scoort matig tot hoog op minstens twee van de volgende risicofactoren van de FARE: D5: Problematische partnerrelatie, D10: Antisociale houding, D2: Financieel wanbeleid, D3: Delinquent sociaal netwerk, D11: Regelovertredend gedrag;
6. De cliënt heeft één of meerdere geweldsdelicten gepleegd of de uitkomst van de risicotaxatie (matig of hoog) geeft aan dat de dreiging hiertoe groot is;
7. Er is volgens de DSM-5 sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis, een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een normoverschrijdend-gedragsstoornis, een andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis of cluster-B persoonlijkheidsstoornis al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik.

Contra-indicatiecriteria

1. De aanwezigheid van ernstige suïcidaliteit, acute homocidaliteit of een acute psychose;
2. De aanwezige problemen zijn alleen veroorzaakt door afhankelijkheid aan middelen (er is sprake van primaire verslavingsproblematiek);
3. Een structurele weigering door de cliënt om met AROPMaat aan de slag te gaan, ook nadat de AR-behandelaar diverse motivatietechnieken heeft toegepast. Let op: dit kan pas tijdens de pré-behandeling goed worden beoordeeld. De AR-behandelaar moet dus eerst kunnen investeren in het motiveren;
4. Agressie die uitsluitend op zichzelf wordt gericht (automutilatie).
5. Als het agressieve gedrag uitsluitend plaats vindt in huiselijke kring, kan een andere interventie van toepassing zijn¹.

Contra-indicatiecriteria tot gedeeltelijk aanbieden van groepsbehandelingen

Het is mogelijk om enkele modules in groepsverband aan te bieden. Dit is echter contra-geïndiceerd als het werken in een groep te bedreigend is voor de cliënt of als uit (dossier)informatie blijkt dat de cliënt regelmatig negatief gedrag vertoont in een groep. Hetzelfde geldt als er sprake is van specifieke vaardigheidstekorten en/of psychische problemen die belemmerend werken bij het leren in groepsverband.

Om te bepalen of een cliënt voldoet aan de (contra-)indicatiecriteria voor het werken in groepsverband, wordt gebruik gemaakt van dossierinformatie die afkomstig is van de verwijzer, de informatie verkregen uit het intakegesprek en de pre-behandelingsfase, en de klinische blik van de regiebehandelaar. Daarnaast is de uitkomst van de risicotaxatie nodig, er wordt zoals al eerder genoemd gebruik gemaakt van de FARE (Forensisch Ambulante Risico Evaluatie). Voor het stellen van diagnoses wordt de DSM-5 gebruikt.

Indicatiecriteria optionele modules

Om te bepalen welke optionele modules geïndiceerd zijn, wordt gebruik gemaakt van een checklist 'indiceren optionele modules' (te vinden in de algemene programmahandleiding) en classificaties die door de DSM-5 of FARE zijn vastgesteld. Zo is bijvoorbeeld de module impulscontrole geïndiceerd als er sprake is van ADHD of ASS en de module Partner in beeld als de cliënt volgens de FARE matig tot hoog scoort op problematische partnerrelatie.

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep is op verschillende manieren betrokken geweest bij de (door)ontwikkeling van de interventie. De eerste versie van het zorgprogramma (2013) is na zeven maanden geëvalueerd met diverse behandelaars door ook aan cliënten om feedback te vragen. Uit deze evaluatie werd duidelijk dat zowel behandelaars als cliënten het prettig vonden om onderdelen van de behandeling ook in groepsverband aan te kunnen bieden (was eerst allemaal individueel). Aangezien leren in groepsverband soms ook meerwaarde heeft. Om die reden is ervoor gekozen om enkele modules in groepsverband aan te kunnen bieden. Verder kwam er commentaar op cartoons en plaatjes die waren gebruikt, deze werden niet begrepen en/of te kinderachtig gevonden. In 2014 heeft er nogmaals overleg met een groep cliënten plaatsgevonden over het

¹De AROPMaat biedt voldoende houvast om agressie tussen partners in huiselijke kring te stoppen en/of te verminderen doordat AROPMaat zich richt op persoonlijkheidsfactoren die gerelateerd zijn aan agressie en enkele modules ook gericht (kunnen) zijn op de relatie met de partner. Bij kindermishandeling zijn er extra maatregelen nodig, denk aan het opstellen en naleven van een veiligheidsplan in samenwerking met veilig thuis en het bieden van adequate begeleiding aan de kinderen / partner. De Waag heeft een apart zorgprogramma ontwikkeld voor het behandelen van huiselijk geweld en kindermishandeling.

zorgprogramma. Uit deze evaluatie kwam naar voren dat cliënten gebruik wilden maken van meer filmfragmenten, ze wilde dat ondersteunende plannen en werkbladen persoonlijker werden geformuleerd (zoals het toevoegen van een kopje ‘mijn veiligheidsplan’, etc.). Verder gaven ze aan dat ze behoefte hadden aan simpele uitleg met weinig woorden en veel doe-opdrachten. Ook wilde ze dat mindfulness oefeningen anders genoemd werden, omdat het met zweverigheid werd geassocieerd. Om die reden wordt het nu ‘het focussen of het richten van de aandacht genoemd’. Tijdens de procesevaluatie in 2017 Hoogsteder, 2017) werd de AROPmaat-AV door de cliënten beoordeeld met een gemiddelde van 7,2. Enkele cliënten gaven aan dat het materiaal dat via eHealth wordt aangeboden, nog minder talig mag en met meer filmfragmenten.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het primaire doel van AROPmaat-AV is gericht op het verminderen of stoppen van agressief gedrag van de cliënt in het heden en het reduceren van (de kans op) recidive van gewelddadig gedrag in de toekomst. Dit wordt gemeten met de FARE en de AROPmaatAV-doelenlijst. Op een later moment (effectonderzoek) zullen recidivecijfers worden opgevraagd bij het WODC.

Subdoelen

Hieronder worden de concrete subdoelen beschreven die helpen om het hoofddoel te realiseren. De subdoelen zijn gekoppeld aan de modules die binnen AROPmaat-AV worden aangeboden. Of de subdoelen van een module zijn bereikt, wordt per module aan de hand van vaste criteria geëvalueerd. Daarnaast worden aan het begin en aan het einde van de behandeling verschillende vragenlijsten afgenomen, namelijk de FARE, de AROPmaatAV-doelenlijst, AR-vaardighedenlijst, de Forensische Klachten Lijst (is inmiddels gevalideerd en meet o.a. mate van boosheid, de actieve coping en executieve functies gericht op gedragsregulatie; Van Horn, Hendriks, & Kraanen, 2015), en de Lijst Irrationale Gedachten (V-LIG; Hoogsteder, Wissink, Stams, Van Horn, & Hendriks, 2014).

De AROPmaatAV werkt aan de volgende standaard subdoelen:

1. Bij de cliënt is sprake van verandermotivatie. De cliënt toont inzet tijdens de behandeling en doet moeite om te werken aan verandering. De cliënt heeft zicht op de nadelen voor zichzelf van agressief handelen;
2. De cliënt ervaart emotionele steun van één of meer mensen uit zijn netwerk. Indien gewenst kan het ook gaan om praktische ondersteuning;
3. De cliënt heeft afstand genomen van risicosystemen uit zijn netwerk, waaronder (een deel van) zijn vriendenkring en is weerbaarder tegen eventuele negatieve invloeden;
4. De cliënt is in staat tot het innemen van perspectief van anderen. Dit betekent o.a. dat de cliënt lastige gebeurtenissen vanuit verschillende kanten kan bekijken en dat een cliënt kan bedenken hoe een ander over een situatie denkt;
5. De cliënt kan adequate oplossingen (manieren van reageren) bedenken en toepassen als er sprake is van lastige situaties /structurele problemen;
6. De cliënt beschikt over meer adequate beheersingsvaardigheden (manieren om zichzelf in te houden om agressief of ander delictgedrag te voorkomen);
7. De cliënt hanteert geen cognitieve vervormingen die het antisociale gedrag in stand houden. Dit betekent o.a. dat de cliënt functionele (helpende) gedachten kan toepassen.

Algemene doelen voor betrokken systeemleden (indien aanwezig)

1. Betrokken systeemleden hebben kennis en inzicht in het probleemgedrag van de cliënt
2. Betrokken systeemleden herkennen acute risicofactoren bij de cliënt en helpen de cliënt bij het naleven van het veiligheidsplan.
3. Betrokken systeemleden bieden emotionele steun

De AROPmaatAV werkt aan de volgende optionele subdoelen:

1. De cliënt reduceert gevoelens van stress en spanning; er is geen sprake van chronische stress / verhoogde arousal. Hij past functionele copingvaardigheden toe;
2. De cliënt kan eigen impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen;

3. De cliënt kan het gedrag van anderen waarnemen met een ruime blik en via rationele gedachten interpreteren;
4. De cliënt kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is;
5. De cliënt beschikt over adequate vaardigheden in het omgaan met conflicten. Dit betekent o.a. dat de cliënt weinig ruzie heeft met andere mensen, adequaat (assertief) met autoriteiten om kan gaan en kritiek kan ontvangen zonder boos te worden;
6. De interactie tussen partner en de cliënt is verbeterd. Partner en cliënt beschikken over vaardigheden voor het verbeteren van het contact en het adequaat hanteren en oplossen van conflicten. Dit betekent o.a. dat beiden elkaar kunnen valideren (begrip tonen voor gevoelens en gedachten) en conflictremmers kunnen toepassen;
7. Er is geen sprake van stressoren die veroorzaakt worden door het hebben van een instabiele woonplek, te weinig inkomen en/of schulden;
8. ADHD en/of middelenafhankelijkheid en/of traumagerelateerde klachten van de cliënt is onder controle en versterkt het externaliserende probleemgedrag niet;
9. De cliënt ervaart dagelijks momenten van zelfvertrouwen.

Mocht een cliënt niet geïndiceerd zijn voor de optionele modules (er wordt dan verondersteld dat de cliënt al voldoende over deze vaardigheden beschikt), dan is het volgen van de standaard modules voldoende om het primaire doel te realiseren.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Algemeen

ARopMaat-AV is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van de RNR-principes (*risk-need-responsivity*; zie voor uitleg kopje *onderbouwing*), een cognitief gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken, rollenspelen, en aangepaste mindfulness oefeningen) waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Ook worden er thuiswerk-oefeningen meegegeven en wordt forensisch maatschappelijk werk ingezet als er problemen zijn op het gebied van werk, huisvesting en inkomen. Onder het kopje inhoud wordt uitgebreide informatie gegeven over de inhoudelijke aanpak.

Fasering

ARopMaat-AV bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. Voorlopige indicatiestelling Meer informatie over het indiceren en de betrokken behandelaren is te vinden onder het kopje indicatiecriteria. In deze fase gaat het om het inzien van dossierinformatie, het voeren van gesprekken met de verwijzer, het verzorgen van een intakegesprek en het opstellen van een initieel behandelplan (als er geen sprake is van contra-indicatie / afwijzing) voor de volgende fase. Als tijdens deze fase een voorlopige indicatie voor ARopMaat-AV is gesteld, volgt de pre-behandelfase;
2. Pre-behandeling. Deze fase wordt uitgevoerd door de AR-behandelaar en is gericht op risicotaxatie, assessment en zo nodig verdiepende diagnostiek, het aangaan van contact, het motiveren en empoweren, het bieden van psycho-educatie, en het opstellen van een veiligheidsplan. Aan het einde van deze fase is een definitieve indicatie en diagnose gesteld en een definitief behandelplan voor de volgende fase. De eerste twee fasen mogen in totaal niet meer dan 12 weken in beslag nemen;
3. Behandeling. Het aanbieden van de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules. In deze fase wordt indien van toepassing ook een signaleringsplan (gericht op stress of andere negatieve emoties) opgesteld. De duur van deze fase varieert en is afhankelijk van het recidiverisico van de cliënt en het leertempo. De praktijk leert dat cliënten die de ARopMaat-AV aangeboden krijgen, gemiddeld genomen een behandeling van 45 weken ontvangen (exclusief de nazorgfase).
4. Afronding van de behandeling. Dit betreft een overgangsfase van maximaal twee weken en wordt ingezet als de doelen van de behandeling zijn behaald. In deze fase wordt er een toekomstplan opgesteld (of geactualiseerd) en vindt er een eindevaluatie plaats;
5. Nazorg. De lengte van de nazorgfase is afgestemd op het recidiverisico na afronding van de behandeling en kan twee tot vier maanden duren, tenzij tijdens deze periode blijkt dat de periode verlengd moet

worden, omdat er sprake is van terugval. De intensiteit van de contactmomenten variëren, dit hangt af van de problemen die spelen en de behoefte en noodzaak aan begeleiding.

Frequentie en duur van de interventie

Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. Dit geldt bij een matig recidiverisico en een grote responsiviteit (ontvankelijkheid) om te leren / te veranderen. De intensiteit kan oplopen tot drie keer per week als het gaat om een hoog recidiverisico en/of een cliënt die langzaam of moeizaam leert (bijvoorbeeld door een vrij laag IQ of ADHD). Een groepsaanbod (bijvoorbeeld bij de module Waarnemen en Interpretieren en Conflicthantering) duurt anderhalf uur. De behandeling duurt minimaal 4 maanden tot maximaal 1,5 jaar. Gemiddeld genomen gaat het om 45 weken (exclusief de nazorgfase). Mocht de module Partner in beeld of het gedeeltelijk werken in groepsverband geïndiceerd zijn, dan kan er voor gekozen worden om het individuele aanbod in deze periode te reduceren naar eens per twee weken en in te korten tot 45 minuten.

Standaard en optionele modules

Voor het bieden van maatwerk bestaat het programma van AROPMaat-AV uit een set standaard modules (Introductiemodule, Netwerk, Beheersingsvaardigheden, Anders denken) en een set optionele modules (Stressreductie, Impulscontrole, Waarnemen en Interpretieren, Emotieregulatie, Conflicthantering, Partner in Beeld en Zelfbeeld). Onderdelen uit de introductiemodule worden al tijdens de pre-behandelfase ingezet. De overige modules worden ingezet vanaf de behandelfase. Om te bepalen of de optionele modules zijn geïndiceerd, worden zoals al eerder genoemd concrete indicatiecriteria gebruikt. De optionele module Stressreductie wordt vrijwel altijd geïndiceerd als er overwegend reactieve agressie aan de orde is, zo ook de module Waarnemen en interpretieren.

Individueel aanbod versus groepsbehandeling

Er wordt grotendeels individueel behandeld. Als een cliënt gemotiveerd is voor een groepsgericht aanbod en er geen sprake is van een contra-indicatie (zie kopje indicatiecriteria), dan kan het laatste onderdeel van Anders denken, en indien geïndiceerd de modules Waarnemen en Interpretieren en Conflicthantering in groepsverband worden aangeboden. Het is hierbij wel van belang dat er een veilig leerklimaat wordt gerealiseerd en dat de cliënt niet te lang hoeft te wachten totdat er een groep start. Sommige cliënten vinden een individuele behandeling erg onveilig, er mag dan onderzocht worden of het samen volgen van een module beter werkt. Er is al sprake van een groep als de module aan twee cliënten wordt aangeboden. De ervaring leert het groepsgericht werken het effectiefst is qua veiligheid en leerrendement bij een groep van maximaal vier cliënten.

Inhoud van de interventie

Algemene informatie

Basishouding en rode draad qua aanbod

Een essentieel deel van de behandeling bestaat uit het blijvend investeren in het motiveren en het opbouwen van een adequate werkalliantie. Hierbij is het nodig om structureel motiverende gesprekstechnieken, waaronder het stimuleren van 'het geloof in eigen kunnen' toe te passen en het valideren, inclusief het bieden van aandacht en het kunnen opschorten van het eigen oordeel. Op die manier wordt voorkomen dat de cliënt zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met zijn antisociale denkwijze en levensstijl. Ook helpt deze houding om gevoelens van wantrouwen te verminderen, en om voldoende aandacht te geven aan de emoties en gedachten van de cliënt, zodat de cliënt makkelijker contact aangaat en meer openstaat om te leren en positieve veranderingen door te maken.

De cliënt krijgt bij de start van een bijeenkomst (al vanaf de pre-behandelfase) de mogelijkheid om situaties in te brengen die boosheid of irritatie hebben opgeroepen. Een cliënt kan op die manier zijn gevoelens ventileren en op een rij zetten, dit draag bij aan een adequate emotieregulatie. Daarnaast worden er samen met de behandelaar adequate oplossingen / reacties bedacht (en indien wenselijk geoefend) voor als het probleem nog voortduurt of zich mogelijk herhaald. Naast dit onderdeel worden verschillende modules aangeboden die elk gericht zijn op het behalen van een subdoel. De standaard modules en de geïndiceerde modules worden indien mogelijk in een vaste volgorde aangeboden (zie onderstaand overzicht bij kopje inhoud behandelfase). Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, heeft

immers invloed op de leerbaarheid. Als een cliënt bijvoorbeeld nog niet in staat is tot het verminderen van gevoelens van stress, dan zal het werken aan beheersingsvaardigheden minder effect hebben dan wanneer een cliënt dit wel kan. In het kader van de responsiviteit kan echter voor een andere volgorde worden gekozen, bijvoorbeeld als een cliënt weerstand toont tegen een specifieke module en de sterke voorkeur heeft om met een andere module te starten. Ook komt het vaak voor dat een cliënt een probleem inbrengt die vraagt om een reactie waarbij vaardigheden uit verschillende modules voor nodig zijn. De module Partner in Beeld wordt ingezet zodra beiden hiervoor gemotiveerd zijn (hier zet de behandelaar zich actief voor in door de partner ook apart te spreken als de cliënt dit goedkeurt). Het moment waarop de module Zelfbeeld wordt aangeboden, zal per cliënt verschillend zijn. De inhoud kan gefaseerd worden aangeboden, bijvoorbeeld tegelijkertijd met de module stressreductie of daarna. Soms is het wenselijk om hier pas later mee te beginnen, bijvoorbeeld als de stress en impulsiviteit beter onder controle is of na de module Anders denken. Om die reden is de module onderaan de lijst gezet.

Behandeling van een psychiater (farmacotherapie), de inzet van forensisch maatschappelijk werk (bijvoorbeeld in verband met schulden of het vinden van werk en/of huisvesting), de verslavingszorg en/of een trauma-interventie kan parallel aan de AROPmaat-AV worden ingezet, indien geïndiceerd. Dit gebeurt vooral in fase 3 en soms al in fase 2. Deze ondersteunende behandelvormen worden ook opgenomen in het behandelplan en worden door de AR-behandelaar uitgevoerd (indien bekwaam) of door behandelaren/psychiaters die eveneens werkzaam zijn binnen de forensische zorginstelling en onderdeel uitmaken van het behandelteam. Soms komt het voor dat forensisch maatschappelijk werk door een andere instelling wordt aangeboden evenals de verslavingszorg (indien de problematiek zeer ernstig is) De ingezette aanvullende behandelvormen kunnen nog actief zijn als de cliënt in de nazorgfase van de AROPmaat-AV zit.

Opbouw module

Elke module is op dezelfde wijze opgebouwd. Eerst wordt er uitleg gegeven over de inhoud van de module. Dan worden de vaste onderdelen van een sessie beschreven. Hierbij kan voor het evalueren van de afgelopen periode gevarieerd worden met de oefening die je doet. Dit is afhankelijk van de leerstijl, de leerdoelen en de wensen van de cliënt. In elke module wordt theorie besproken afgewisseld met verschillende oefeningen. Ook bestaat er een hoofdstuk met thuis-opdrachten. De cliënt en de behandelaar beslissen welke opdracht het meest passend is.

Continuïteit

Een eventuele partner (zie ook module Partner in beeld) en relevante betrokken systeemleden worden indien mogelijk al vanaf de eerste fase bij de behandeling betrokken. Dit betekent echter niet dat dit altijd lukt. Er wordt gepoogd om hen vooral een belangrijke positie in te laten nemen bij de uitvoering van het veiligheidsplan en/of het signaleringsplan. Als dit lukt worden zij regelmatig uitgenodigd om mee te komen naar een sessie, tevens worden zij gestimuleerd de cliënt te ondersteunen bij het doen van thuisopdrachten en het oplossen van problemen. Verder worden cliënten gestimuleerd om mensen uit hun netwerk te benaderen voor het krijgen van meer (emotionele) steun. Partners of een andere betrokken systeemlid kunnen indien gewenst ook enkele sessies zonder de cliënt worden gezien. Dit kan zorgdragen voor het vergroten van de motivatie, het ontvangen van psycho-educatie en het leren van de-escalerende technieken (indien nodig). Als partners de module partner in beeld volgen dan zullen ze gemiddeld genomen 15 sessies volgen. Verder worden relevante netwerkleden standaard elke vier maanden uitgenodigd voor het evalueren van het behandelplan.

Cliënten kunnen onderdelen van de AROPmaat ook via eHealth aangeboden krijgen in een blended care vorm (er blijft altijd face to face contact). Dit helpt bij het stimuleren van het doen van oefeningen.

Het contact (via de telefoon, mail en evaluatie-overleggen) met eventuele ingezette ketenpartners wordt onderhouden om zo met elkaar de nodige begeleiding te bieden gericht op herstel en het verminderen van de agressieproblematiek.

Afronding en nazorg

Tijdens het afronden van de behandeling wordt voor de nazorgfase een toekomstplan ontwikkeld dat gericht is op het voorkomen van terugval. Tijdens het opstellen van dit plan wordt rekening gehouden met mogelijke lastige situaties in de toekomst. Met de cliënt en eventuele betrokken systeemleden worden deze situaties besproken en wordt er geoefend om hier op een adequate manier mee om te gaan. In de nazorgfase werkt de cliënt zoveel mogelijk zelfstandig aan zijn toekomstplan, eventueel met steun van een relevant systeemlid of

een professionele ketenpartner. De AR-behandelaar ziet de cliënt in deze fase minder vaak en onderhoudt vooral contact via de telefoon, blended care of beeldbellen. Bij terugval is echter face tot face contact geïndiceerd.

Inhoud (pre)behandelfase

Opbouw sessie

Elke bijeenkomst wordt een transfer gemaakt naar de vorige bijeenkomst en stilgestaan bij de afgelopen dagen of week. Hierbij kan gekozen worden uit een drietal oefeningen. In de regel wordt gevraagd naar situaties waar de cliënt boos over is geweest. Zie ook 'Basishouding en rode draad qua aanbod' voor meer uitleg. Als er doorgedaan kan worden met het aanbieden van de module, wordt er altijd gezocht naar een balans in het bieden van inzicht en het doen van een oefening. Elke sessie moet er een doe-oefening worden aangeboden. Aan het einde van de sessie wordt er gezorgd voor een samenvatting van de bijeenkomst en wordt er besloten welke thuis-opdracht voor de cliënt passend is om mee aan de slag te gaan.

In elke sessie wordt er in ieder geval aandacht besteed aan:

A. Het leren innemen van perspectief, dit wordt tijdens de interventie getraind door de cliënt zich te laten verplaatsen in mensen die anders (tegenovergesteld) denken en door het doen van rollenspelen;

B. Het werken aan oplossingsvaardigheden.

C. Er is blijvend aandacht voor het motiveren. Denk hierbij ook aan het valideren en het behouden van inzicht in de nadelige gevolgen van het vertonen van agressief gedrag.

1. Introductiemodule (standaard).

Onderdelen uit deze module worden al ingezet tijdens de pre-behandeling. Als de module in deze fase nog niet is afgerond, wordt het aanbod voortgezet tijdens de behandelfase. Deze module staat in het teken van het motiveren, empoweren, het opstellen van een veiligheidsplan, het bieden van psycho-educatie, inzicht krijgen in eigen agressieketen, veiligheidsmanagement en het opbouwen van een behandelrelatie. In deze module worden de cliënten bijvoorbeeld gevraagd een filmpje te maken waarin mensen worden opgenomen die iets positiefs zeggen over de cliënt en die voor de cliënt belangrijk zijn.

2. Module Netwerk (standaard)

Er wordt samen met de cliënt een netwerkanalyse verricht. De zorgen die er zijn kunnen immers niet los worden gezien van de sociale omgeving van de cliënt. Er wordt in beeld gebracht welke netwerkleiden steun kunnen bieden en op welke manier. Denk in eerste instantie vooral aan emotionele en validerende steun, maar misschien zijn er ook mensen nodig die kunnen helpen bij het afstand nemen van antisociale vrienden of het op orde houden van de financiën. Naast het realiseren van een meer steunend netwerk is het de bedoeling dat er zicht komt op mogelijke netwerkleiden die gevoelens van stress of negatieve emoties versterken of die de cliënt aanzetten tot agressief gedrag. Vervolgens wordt bekeken wat de cliënt nodig heeft om hier weerbaarder in te worden. Dit laatste onderdeel wordt vaak pas later in het behandeltraject aangepakt, zodra de stress is verminderd en de cliënt gemakkelijker beheersingsvaardigheden kan toepassen.

3. Module stressreductie, inclusief signaleringsplan (optioneel).

De cliënt leert meer greep te krijgen op eigen spanningen en stress en past vaardigheden toe om stress en boosheid te verminderen. Hierdoor zal de informatieverwerking beter verlopen en neemt het agressieve gedrag af. Er wordt tijdens deze module o.a. gewerkt met diverse ontspanningsoefeningen, bewerkte mindfulness oefeningen, en de oefening 'wisselen van aandacht' met als doel het snel verminderen van boosheid / hoge arousal. Bedoeling is dat de cliënt minimaal twee tot drie oefeningen toepast die werken en dit regelmatig herhaalt waardoor chronische stress verdwijnt en/of boosheid gereduceerd wordt.

4. Module Impulscontrole (optioneel).

De impulscontrole wordt verbeterd door onder andere te werken met bewerkte mindfulness oefeningen gericht op het leren aandacht richten (langer kunnen concentreren). De cliënt leert zijn impulsen beter te herkennen en oefent met vaardigheden om deze gemakkelijker te kunnen uitstellen en te beheersen.

N.B. Parallel behandelen van ADHD door een psychiater is nodig, indien hier sprake van is.

5. Module Beheersingsvaardigheden (standaard).

Er wordt geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. Hierbij wordt wederom gebruik gemaakt van bewerkte mindfulness oefeningen. Voor het leren toepassen van beheersingsvaardigheden oefent de cliënt met triggers die boosheid oproepen. De moeilijkheidsgraad wordt hierbij langzaam opgevoerd. Bedoeling is dat de cliënt uiteindelijk minimaal twee trucs kan toepassen die hem helpen zichzelf te beheersen in verschillende situaties die bij hem agressief gedrag oproepen. Ook wordt er geoefend met het tijdig leren nemen van een time-out.

6. Module Anders denken (standaard).

Via CGT-technieken wordt er gewerkt aan het verminderen van cognitieve vervormingen. De invloed van het denken op emoties en gedrag wordt uitgelegd (RET; Rationeel Emotieve Therapie) met het model van de vijf G's. De cliënt wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties. Ook wordt de cliënt uitgedaagd zich te identificeren met iemand die tegenovergesteld denkt aan zichzelf als het gaat om disfunctionele cognities. Dit helpt om meer flexibiliteit in denken te realiseren.

7. Module Waarnemen en Interpretieren (optioneel).

De module is gericht op het leren begrijpen van het verschil tussen het te snel oordelen en het onderbouwd een mening vormen. Verder is er aandacht voor bewustwording van niet-helpende gedachten die het waarnemen en interpreteren negatief beïnvloeden en dat dit kan leiden tot onnodige negatieve emoties of ruzies. Daarnaast wordt er geoefend met het neutraler interpreteren van de bedoelingen van anderen. Bijvoorbeeld door naar een filmfragment te kijken en vervolgens na te denken over mogelijke interpretaties. Ook wordt bijvoorbeeld gevraagd om iemand waar je een hekel aan hebt eerst met al je oordelen te beschrijven, dit vervolgens te doen zonder oordelen en daarna zoveel mogelijk redenen te bedenken waarom iemand doet zoals hij/zij doet. Ook in deze module wordt gewerkt met bewerkte mindfulness oefeningen.

8. Module Emotieregulatie (optioneel).

Het doorlopen van deze module draagt bij aan het verminderen van stemmingswisselingen en/of het beter kunnen differentiëren en vormgeven/uiten van emoties die gerelateerd zijn aan boosheid en agressie. De module helpt om emoties beter te leren herkennen (bij de cliënt zelf en bij anderen), meer greep te krijgen op emoties en emoties gemakkelijker los te kunnen laten. Een oefening is bijvoorbeeld het leren benaderen van een situatie vanuit het "emotionele denken en het 'verstandige' denken.

9. Module Conflicthantering (optioneel; eventueel in groep).

In deze module wordt gewerkt aan diverse vaardigheden, die nodig zijn om op een constructieve wijze conflicten te hanteren. Denk aan het adequaat communiceren, het leren kennen van de eigen stijl in omgaan met conflicten. Er wordt inzicht gestimuleerd in weke stijl strategisch gezien het handigst is bij verschillende situaties. Hierbij is specifiek aandacht voor het leren onderhandelen. Er is ook aandacht voor het omgaan met autoriteiten, omgaan met kritiek. Bij conflicten die vaker voorkomen, wordt er eerst bekeken welke conflict-uitlokkers de cliënt toepast. Vervolgens wordt aan de cliënt gevraagd hiermee te stoppen en na te denken welke conflictremmer helpend zou zijn om in het vervolg escalatie te voorkomen. Vervolgens wordt er geoefend met het toepassen van deze conflictremmer.

10. Module Partner in Beeld

Tijdens deze module wordt eerst stil gestaan bij de motivatie. Dit gebeurt vaak door de partner eerst alleen te spreken. Ook is het zo makkelijker om zicht te krijgen op de veiligheid en of er sprake is van partnergeweld. Als dit speelt dan wordt er al snel samen gewerkt aan een veiligheidsplan en/of signaleringsplan en het werken met de time-out procedure. Verder wordt in ieder geval gewerkt aan het leren kennen van elkaars triggers (rode knoppen) en het leren toepassen van beheersingsvaardigheden voor als je als partner te maken krijgt met een rode knop. Door het aanbieden van de module zullen de cliënt en de partner meer veiligheid ervaren (inzet veiligheidsplan, leren toepassen time-out procedure en/of signaleringsplan). De mogelijkheid tot bieden van psycho-educatie aan partner is aanwezig. Verder ligt bij hen de focus op het leren toepassen van de-escalerende technieken (conflictremmers), helpende gedachten en het leren adequater communiceren. De cliënt en partner gaan ook aan de slag met het benoemen van elkaars positieve eigenschappen en het leren onderhandelen. De rode draad wordt gevormd door te werken aan het verbeteren van de communicatie, de kwaliteit van het contact en het verminderen van conflicten.

11. Module Zelfbeeld (optioneel)

Deze module is enerzijds gericht op het verbeteren van de responsiviteit. Een beter zelfbeeld vergroot immers de zelfeffectiviteit (geloof in eigen kunnen) en dit leidt tot het gemakkelijker aanleren van nieuwe vaardigheden. Anderzijds is het hebben van een laag zelfbeeld bij een deel van de doelgroep gerelateerd aan het delictgedrag. Zo kunnen cliënten juist vanuit onzekerheid meer stress ervaren en hier uiteindelijk met agressie op reageren. Er worden verschillende oefeningen aangeboden die helpen om het zelfvertrouwen te vergroten. De cliënt leert hierbij een positieve herinnering (of fictieve situatie) op te roepen en dit onder andere te versterken door lichaamshouding en helpende gedachten. N.B. deze module werkt lang niet bij alle cliënten, denk bijvoorbeeld aan cliënten met sterke narcistische trekken.

Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)

De cliënt krijgt elke sessie de onderdelen aangeboden die beschreven staan bij het kopje opbouw sessie. Daarnaast wordt de inhoud aangeboden van de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules, de cliënt doet in ieder geval de meest belangrijke oefeningen die hierbij horen. In de algemene programma handleiding is een overzicht te vinden met oefeningen / onderdelen die in elk geval gedaan moeten worden bij een module. De oefeningen die hierboven bij elke module staan beschreven zijn daar een voorbeeld van. Daarnaast kan er altijd gekozen worden voor extra oefeningen als een cliënt meer tijd nodig heeft om de doelen van een module te behalen. De behandelaar bekijkt welke oefeningen goed aansluiten bij de leerstijl, leertempo en de cognitieve mogelijkheden van de cliënt. Na de behandelfase volgt de nazorg. Deze fase is belangrijk, omdat er dan getoetst kan worden of er geen terugval plaatsvindt. De focus ligt dan op het naleven van het toekomstplan.

Werving

Voor elke instelling / vestiging die met AROPmaat-AV werkt, kan het soms nodig zijn om voor het verkrijgen van voldoende verwijzingen bekendheid over de interventie te realiseren bij potentiële verwijzers. De wijze waarop een instelling dit verzorgt, is verschillend. De ontwikkelaar van de AROPmaat-AV kan voorbeelden van een folder en een PowerPoint leveren (bruikbaar bij het geven van een presentatie).

2. Uitvoering

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding. Deze handleiding bevat vrijwel alle informatie die ook in dit werkblad is te vinden, maar gaat uitgebreider in op de doelgroep, het verklarings- en veranderingsmodel en de wijze waarop de fasering en nazorg wordt vormgegeven;
2. Algemene programmahandleiding. Dit is een handleiding voor de behandelaar gericht op de individuele modules. Deze handleiding bevat ondersteunende informatie over het aanbieden van de modules. Deze handleiding bevat ondersteunende informatie over het aanbieden van AROPMaat met specifieke aandacht voor de basistechnieken, veiligheidsmanagement, het motiveren en richtlijnen over het aanbieden van de modules. Ook worden er algemene richtlijnen meegegeven voor het behandelen van traumagerelateerde klachten en problematisch middelengebruik, etc.
3. Elf verschillende modules voor de cliënt (en soms ook zijn/haar partner). **N.B.** De modules zijn geschreven voor de cliënten (mocht het lezen van de inhoud passen bij hun leerstijl). De modules bieden echter ook handvatten voor de behandelaar. Samen met het hoofdstuk in de algemene programma handleiding waar enkele richtlijnen over de verschillende modules staan beschreven, krijgt de behandelaar een duidelijk beeld en kader aangereikt over de inhoud;
4. Managementhandleiding. Deze handleiding biedt vooral zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord;
5. Opleidingshandleiding. Deze handleiding beschrijft de nodige eisen omtrent de opleiding en competenties. Eveneens wordt in deze handleiding de inhoud van de driedaagse basisopleiding voor toekomstige AROPMaat-AV behandelaren beschreven.

Naast dit materiaal bestaat er ter ondersteuning een aanbod via eHealth die altijd via een blended-care aanbod wordt aangeboden. Het gaat om onderdelen (vooral oefeningen) uit de standaard modules en de meest toegepaste optionele modules. Er zijn ondersteunende filmfragmenten leverbaar om theoretische onderdelen of oefeningen beter uit te kunnen leggen. Verder bestaat er een PowerPoint die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners uit te leggen. Ook is er een folder over de AROPMaat-AV leverbaar.

Locatie en type organisatie

De interventie kan worden uitgevoerd door een forensische ambulante zorginstelling die beschikt over de inzet van een psychiater en voldoende (ervaren) behandelaren die affiniteit hebben met de doelgroep. Mocht een cliënt tijdens de behandeling tijdelijk vast komen te zitten, dan kan de interventie voor die periode aangeboden worden in de inrichting waar de cliënt op dat moment verblijft. (Er wordt dan gebruik gemaakt van deze ambulante versie). Om de behandeling uit te kunnen voeren is het nodig om te beschikken over een reguliere behandelkamer en een kleine groepsruimte.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Voor het krijgen van een AROPMaat-AV certificaat, dienen behandelaren universitair (psychologie of orthopedagogiek) of hbo (sociaal-agogisch: PMT, dramatherapeut of systeemtherapeut) opgeleid te zijn en kennis van en ervaring te hebben met cognitieve gedragstherapie. Naast deze reguliere opleidingseisen is het voor het behoud van de programma-integriteit noodzakelijk om de driedaagse AROPMaat-basisopleiding te volgen. De basisopleiding kan alleen gericht zijn op deze variant, soms gaat het om een combi met de ARK-V (klinische versie) variant. In deze opleiding wordt eerst uitleg gegeven over het theoretische kader van de AROPMaat-AV en de wijze waarop verandering wordt gerealiseerd. Vervolgens worden de modules doorgenomen en verschillende oefeningen uitgeprobeerd en van feedback voorzien en/of gedemonstreerd. Ook wordt de deelnemer gestimuleerd sensitiever te worden voor leerstijlen (door doornemen theorie, casuïstiek en geven van concrete voorbeelden). Tijdens jaarlijkse boosters worden meer oefeningen doorgenomen en is er aandacht voor specifieke thema's, onder andere transcultureel behandelen.

Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

Een AROPMaat-AV-behandelaar wordt op deze competenties getoetst tijdens een selectieprocedure (gesprek) door de instelling die de interventie uitvoert.

- De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het behandelen van cliënten met ernstige agressieproblematiek;

- De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen, hierbij zijn sensitiviteit, geduld en doorzettingsvermogen relevant;
- De behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder het valideren (o.a. tonen van empathie);
- De behandelaar is in staat om een adequate werkalliantie op te bouwen;
- De behandelaar kan zijn/haar eigen waardeoordeel opschorten als dit nodig is om te voorkomen dat de cliënt zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met een antisociale denkwijze;
- Ervaring in het toepassen van dramatherapeutische technieken is een pre. Mocht dit niet het geval zijn, dan is het belangrijk om na te gaan of een behandelaar geen problemen heeft met het doen van rollenspelen en andere doe-oefeningen;
- De behandelaar heeft een functie waarin hij/zij onder andere individuele behandelingen aanbiedt, hierdoor is het mogelijk om te voldoen aan de vereiste case-load;
- De programmaverantwoordelijke beschikt over dezelfde competenties als de behandelaar, maar heeft ruime ervaring in het behandelen van cliënten binnen een forensische setting en het begeleiden van behandelaren.

Kwaliteitsbewaking

De kwaliteit van het programma wordt bewaakt door zorg te dragen voor de volgende onderdelen/handelingen:

1. Per vestiging van een instelling wordt een programmaverantwoordelijke (PV) aangesteld die extra taken heeft gericht op het borgen van de programma-integriteit. De PV volgt jaarlijks minimaal twee PV-dagen en krijgt naar behoefte begeleiding van de hoofdontwikkelaar;
2. Behandelaren en PV voldoen aan de gestelde opleidings- en competentie-eisen (zie vorige kopje). Zij krijgen na het volgen van de basisopleiding een certificaat (kan een certificaat zijn die ook geldt voor de klinische variant) dat twee jaar geldig is. Dit certificaat wordt verlengd door de hoofdontwikkelaar als de behandelaar jaarlijks een booster volgt en voldoet aan de voorwaarde omtrent de caseload (zie randvoorwaarden)
3. De PV verzorgt het eerste jaar elke twee weken een uur intervisie om de AROPMaat-methoden en bijbehorende oefeningen voldoende onder de knie te krijgen. Na een jaar wordt dit eens per maand aangeboden;
4. De PV biedt naast intervisie eens in de twee weken werkbegeleiding aan als hier behoefte aan is bij de behandelaar. De PV kan 'meekijken' tijdens behandelsessies of vragen om het maken van video-opnames die tijdens intervisie worden getoond. Een cliënt dient hier wel toestemming voor te geven. Ook is het mogelijk om een periode de sessie-checklist te gebruiken en deze ook door de cliënt in te laten vullen;
5. Door te voldoen aan de caseload (zie voorwaarden) krijgt de AR-behandelaar meer ervaring, dit komt ten goede van de kwaliteit;
6. AROPMaat-AV wordt aangeboden aan cliënten die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
7. Tijdens het aanbieden van een AROPMaat-AV wordt de behandeling gemonitord aan de hand van een sessie-checklist (indien gewenst, minimale gebruik per behandeling is drie keer) en een evalueerlijst, zodat er zicht is of er is voldaan aan de meest essentiële AROPMaat-methoden en technieken. Deze lijsten worden door zowel de behandelaar als de cliënt ingevuld. Aan cliënten wordt bovendien specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden en of zij nog tips hebben. Als het gaat om bruikbare tips die de inhoud niet wezenlijk veranderen, dan worden deze verwerkt.

Randvoorwaarden

Om de interventie op een goede manier uit te kunnen voeren, is het nodig dat de instelling ervoor zorgt dat bij alle medewerkers voldoende kennis is over de interventie en dat er voldaan wordt aan onderstaande randvoorwaarden:

1. De AR-behandelaren en ook binnen andere lagen in de instelling is voldoende bereidheid en enthousiasme om met deze interventie te werken, ook zijn de nodige financiële middelen (zie kopje over de kosten) beschikbaar;
2. Per instelling zijn minimaal twee AR-behandelaren actief;

3. De AR-behandelaren voldoen aan de minimale eis om twee tot drie cliënten per week een AROpMaat variant aan te bieden (minimaal één cliënt werkt met de AROpMaat-AV variant);
4. De AR-behandelaren dienen voldoende indirecte tijd (zie paragraaf over de kosten) te krijgen voor het afstemmen met de ketenpartners en andere relevante betrokkenen;
5. De PV registreert naar verhouding meer indirecte uren en besteedt twee uur per week tijd aan het verrichten van ondersteunende werkzaamheden, zoals het begeleiden van beginnende AR-behandelaren (naast de intervisie), het zorgdragen voor de (interne) PR, het laten invullen van nul- en eindmetingen en evaluatieformulieren (ROM-en);
6. De behandelingsruimte moet groot genoeg zijn om met de behandelaar(s) en cliënt(en) rondom tafels te kunnen zitten. Dit is vooral een issue als het gaat om het groepsonderdeel. Daarnaast moet ruimte zijn voor het doen van de verschillende doe-oefeningen. Als de behandeling thuis bij de cliënt wordt aangeboden of op een andere locatie dan de poli, zijn er minder eisen. Wel moeten er dan afspraken gemaakt worden over het realiseren van een 'rustige plek' zonder de zorg voor eventuele kinderen;
7. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen;
8. Voor elke deelnemer is er werkmateriaal (de modules) aanwezig voor het geval de cliënt dit gebruikt;
9. De behandelaar maakt gebruik van ondersteunende producten die aanwezig dienen te zijn. Het gaat om een fysibol, een gewone bal, gevoelswereldspel, kwaliteitsspel, vaardighedenspel en relatiespel.

Implementatie

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:

Op het moment dat een instelling interesse toont in AROpMaat-AV is het mogelijk om met de hoofdontwikkelaar een gesprek te voeren voor uitleg over de aard van het programma. Als blijkt dat het aanbod passend is voor een instelling, wordt er overlegd of het voor een instelling haalbaar is om zowel aan de randvoorwaarden te voldoen als aan het verrichten van de noodzakelijke acties om de kwaliteitsbewaking te waarborgen. Er wordt meegedacht over wat hiervoor nodig is en welke obstakels eventueel weggenomen moeten worden. Voor een instelling die met het zorgprogramma begint is het behulpzaam als er ook aandacht is voor de interne PR, zodat verschillende functiegroepen op de hoogte zijn. De behandelaren krijgen een basisopleiding aangeboden en worden op die manier verder op weg geholpen. De programma-verantwoordelijke krijgt -naast de basisopleiding- apart uitleg van de ontwikkelaar over zijn taken en verantwoordelijkheden.

Ondersteuning tijdens de opstartfase:

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden door behandelaren als zij de basisopleiding hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken dan immers al over enige behandelervaring, bovendien bieden de modules en de handleidingen voldoende houvast. In de opstartfase is het echter wel essentieel dat de PV extra werkbegeleiding aanbiedt en dat er tweewekelijks intervisie plaatsvindt, zodat de AR-behandelaar het materiaal voldoende leert kennen en kan toepassen. In deze periode is er rekening gehouden met extra begeleiding vanuit de opleider aan de programmaverantwoordelijke voor het beantwoorden van vragen. Ook helpen de PV-dagen (3 keer per jaar) hierbij. Verder bestaat één dag van de basisopleiding uit een terugkomdag die na drie maanden wordt aangeboden met aandacht voor de vragen en ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan.

Kosten

Totale tijdsinvestering (personele kosten) van een AR-behandelaar per cliënt is:

Behandelduur = 50% directe tijd X 50% indirecte tijd (zoals voorbereiding, verslaglegging, evalueren, intervisie, overdracht en afstemming met eventuele regiebehandelaar, mede-behandelaren, ketenpartners, verwijzers (reclassering), etc. X loonkosten behandelaar =

Extra tijdsinvestering programma-verantwoordelijke:

Een PV besteedt naast de kosten die gemaakt worden als AR-behandelaar (zie hierboven) twee uur per week aan extra taken (zoals zorgdragen voor extra werkbegeleiding en PR).

Kosten opleiding

Het kost 450 euro (exclusief btw) per persoon om iemand te certificeren in AROpMaat-AV (eventueel gecombineerd met de klinische variant). Er kan ook een in company opleiding worden aangeboden. Deze

kost 3600 euro (exclusief btw). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de opleiding (ontwikkelaar of een ervaren PV) door één trainer wordt aangeboden aan een groep die niet groter is dan twaalf personen. De kosten voor een jaarlijkse in company booster bedraagt 1000 euro (exclusief btw) als er aangesloten wordt bij een reguliere training voor verschillende instellingen dan komt het neer op 150 euro per persoon (exclusief btw). De PV-en krijgt drie keer per jaar een speciale dag aangeboden en indien nodig ondersteuning door de hoofdontwikkelaar. Dit kost in totaal 550 euro (exclusief btw).

Kosten materiaal

Er dient rekening te worden gehouden met de kosten voor het vervaardigen van de modules (dit doet de instelling zelf, het materiaal wordt digitaal aangeleverd), het aanschaffen van de meetinstrumenten en enkele tablets om filmfragmenten te laten zien en rollenspelen op te nemen (zie randvoorwaarden). Zo ook de fysiobal, een gewone bal en de genoemde spelen die eveneens bij het kopje randvoorwaarden worden beschreven.

3. Onderbouwing

Probleem

ARopMaatAV richt zich op volwassen cliënten met ernstige agressieproblematiek. Agressie kan worden opgevat als het inadequaat uiten van woede d.m.v. slaan, trappen en schelden, of iemand bespotten, afkraken, bedreigen of bang maken, maar ook als gedrag dat bedoeld is om een ander daadwerkelijk (fysiek) te schaden of eigen voordeel mee te halen (Anderson & Bushman, 2002). Bij cliënten die agressief gedrag vertonen, wordt onderscheid gemaakt tussen agressief gedrag dat al in de vroege kindertijd begint, en door blijft gaan en agressief gedrag dat tijdens de adolescentie begint en daarna geleidelijk afneemt. De eerste vorm wordt Life Course Persistent (LCP) of chronische agressie genoemd, de tweede vorm Adolescence Limited (AL; Aguilar, Sroufe, Egeland, & Carlson, 2000; Moffitt, Caspi, Harrington, & Milne, 2002). Bij de ARopMaat-AV doelgroep is veelal sprake van chronische agressie; dit betekent dat de kans op terugval groot is en intensieve behandeling nodig is om het gedrag om te kunnen buigen. Chronische agressie gaat gepaard met psychische problemen (Brand, a'Campo & Van den Hurk, 2013; Coccaro, Lee & McCloskey, 2014) en verschillende criminogene risicofactoren waaronder problematische middelengebruik (Plattner et al., 2012), gedragsstoornissen, impulsbeheersingsstoornissen of persoonlijkheidsstoornissen (Andrews & Bonta, 2010).

Specifieke kenmerken gericht op ernst, spreiding en prevalentie

Ondanks het gegeven dat het aantal misdaden de laatste jaren is gedaald, is er een kleine toename zichtbaar in geweldsdelicten, zoals bedreiging, mishandeling, vernieling en verstoring van de openbare orde (Wartna et al., 2014).

Uit ervaring blijkt dat zeker 25% van de volwassen cliënten die aangemeld worden voor ambulante forensische behandeling voldoen aan de indicatiecriteria (ook qua eisen omtrent IQ-score) van de ARopMaat-AV. Dit betekent echter niet dat zij allemaal deze behandelvorm krijgen aangeboden. De AR-doelgroep bestaat voor circa 80% uit mannen, ruim 36% heeft een migratieachtergrond. De gemiddelde leeftijd is bijna 32 jaar. Cliënten met een cluster-B persoonlijkheidsstoornis vertonen duidelijk meer agressie; bij hen is de kans op recidive na twee (17%) en vijf jaar (27,5%) hoger dan bij cliënten met overige persoonlijkheidsstoornissen (range 13,2%-21,6%), zo blijkt uit Nederlands validatieonderzoek naar de HKT-R (Spreen, Brand, Ter Horst & Bogaerts, 2014).

Middelenmisbruik of -afhankelijkheid in relatie tot persoonlijkheidsstoornissen (25,2%, waarvan 17,7% ernstig) is een veel voorkomende diagnose (Mulder, Brand, Bullens, Van Marle, 2010; Van der Knaap, Weijters, & Bogaerts, 2007) en blijkt van invloed op het ontwikkelen en persisteren van antisociaal gedrag (Delisi, Angton, Behnken, Usow, 2013). Cluster-B persoonlijkheidsstoornissen in combinatie met middelenafhankelijkheid vormt een groter recidiverisico in vergelijking met cliënten bij wie sprake is van persoonlijkheidsstoornissen NOA en middelenafhankelijkheid (Spreen et al., 2014).

Ook ADHD en autismespectrum stoornissen (ASS) is een veel voorkomende As 1-diagnose bij de ARopMaatAV-doelgroep en is eveneens gerelateerd aan de ontwikkeling van agressief gedrag (e.g., Chang et al., 2015; Miller et al., 2008). Tenslotte, wordt op basis van (inter)nationale bevindingen (Bogaerts, Henrichs & Klerkx, 2011) verwacht dat de prevalentie van traumagerelateerde problematiek hoog is.

Er zijn weinig verschillen in de aard en ernst van gedragsproblemen tussen landen en culturen. Wel komen gedragsproblemen relatief vaker voor in lagere sociaaleconomische klassen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014).

Gevolgen

De agressieproblematiek heeft bij de doelgroep al vaak geleid tot geweldsdelicten, denk hierbij aan bedreiging, mishandeling, zware mishandeling en poging tot doodslag. Niets doen betekent dat de kans op terugval hoog is (Garrido & Morales, 2007; Schubert, Mulvey, Loughran, & Loyosa, 2012; Wartna, et al., 2010; Wartna et al., 2014). Daarnaast hebben cliënten die crimineel gedrag (waaronder cliënten met gewelddadig gedrag) vertonen een verhoogd risico om in een criminele buurt te blijven wonen en om te gaan met mensen die drugs gebruiken (Brook Lee, Finch, Brown, & Brook, 2013). Gewelddadig gedrag dat nog steeds plaatsvindt in de volwassenheid leidt relatief vaker tot het negatief beïnvloeden van andere leefgebieden, zoals het hebben van problemen op het gebied van woonruimte, werk en een relatie (Piquero, Farrington, Nagin, & Moffitt, 2010).

Gewelddadig kan serieuze psychische en fysieke schade aanrichten aan slachtoffers (Loeber et al., 2009). Agressief gedrag heeft dus om diverse redenen een grote impact op de samenleving en leidt tot een grote kostenpost voor de samenleving (Loeber et al., 2009).

Oorzaken

Het biopsychosociaal model

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag kunnen worden verklaard vanuit het biopsychosociaal model (BPS-model; Dodge & Pettit, 2003). Hierbij wordt ter verdieping gebruik gemaakt van de theorie over het verstoorde sociale informatieverwerkingsproces (SIV; Crick & Dodge, 1994). Volgens het BPS-model is chronische agressie het gevolg van een interactie tussen enerzijds de biologische, psychologische en sociale factoren en anderzijds de kwetsbaarheid voor deze factoren. Hierbij is het van belang hoe de omgeving reageerde op het agressieve gedrag (sociaal-cognitieve leertheorie; Bandura, 1997). In de eerste plaats vormen bepaalde biologische predisposities een risico voor de ontwikkeling van agressief gedrag, zoals ADHD, ASS, en de mate van impulsiviteit (executieve functie). Ten tweede spelen hierbij psychologische factoren, zoals cognitieve en emotionele processen (de mate van mentaliseren, wederom executieve functies, waaronder cognitieve vervormingen), een rol (McGuire, 2008; Taylor & Novaco, 2005). Ten derde kunnen ongunstige sociale omstandigheden (schulden, geen inkomen en/of vaste woning en een beperkt of risicovol sociaal netwerk) een criminogene risicofactor vormen voor de ontwikkeling van agressieproblematiek. De sociale omstandigheden kunnen ook bestaan uit negatieve opgedane levenservaringen met betrekking tot de interactie met opvoeders, leeftijdsgenoten en op latere leeftijd met maatschappelijke instituties en een eventuele partner. Het BPS-model is systemisch, de ontwikkeling van de agressieproblematiek wordt gezien als onderdeel van het hele systeem waar de mens zich in bevindt. Daarnaast is het model ook circulair, dit betekent dat de verschillende factoren onderling invloed op elkaar hebben.

De theorie over het (verstoorde) sociale informatieverwerkingsproces

De theorie over het (verstoorde) sociale informatieverwerkingsmodel (SIV; Crick & Dodge, 1994) is een noodzakelijke toevoeging op het BPS-model, aangezien het specifieker verklaart welke factoren een rol spelen bij de problematiek van de doelgroep. Het SIV veronderstelt dat agressieproblematiek gerelateerd is aan selectieve en disfunctionele informatieverwerking en laat zien hoe zowel biologische als psychische en sociale factoren (denk ook aan context en omgevingsfactoren) hierbij een rol spelen. Als een verstoorde SIV structureel wordt, kan dit leiden tot het ontwikkelen en in stand houden van agressief gedrag.

Crick en Dodge (1994) hebben het sociale-informatieverwerkingsproces inzichtelijk gemaakt door zes fases te onderscheiden. De wijze waarop deze stappen worden gezet is afhankelijk van de emoties die worden ervaren en hoe onze database erop reageert. De database van een mens bestaat o.a. uit (epi-)genetisch materiaal, de invloed van eerdere (sociale) ervaringen, de aangeleerde normen en waarden, het gevoel van eigenwaarde en de cognitieve schema's die worden gehanteerd (Dodge & Pettit, 2003). Samenvattend kan worden gesteld dat de aard van de gebeurtenis interacteert met cognitieve en sociale processen. Denk aan hoe de persoon zich voelt in combinatie met de input vanuit zijn database, de mate waarin stress wordt ervaren, maar ook de mate waarin de persoon in staat is tot zelfcontrole (impulscontrole) en het toepassen van sociale vaardigheden. Deze genoemde processen bepalen voor een groot deel hoe de stappen van de sociale informatieverwerking worden doorlopen (Hofmann et al., 2012; Lemerise en Arsenio, 2000).

Wisselwerking biologische, psychologische en sociale factoren

Het blijkt dat individuele risicofactoren, die betrekking hebben op iemands houding en denkwijze (o.a. impulsiviteit en cognitieve vervormingen; Wallinius, Johansson, Lardén, & Dernevik, 2011), direct samenhangen met delinquent gedrag (Van der Horn et al., 2016). Verder is bekend dat chronische agressie zelden optreedt zonder dat genetische factoren daarin een aandeel hebben. Bij cliënten met agressieproblematiek gaat het onder andere om een tekort aan executieve functies ((Chang, Larsson, Lichtenstein, & Fazel, 2015; Syngelaki, Moore, Savage, Fairchild, & Van Goozen, 2009). De tekort heeft vaak te maken met aanleg (maar is ontwikkelbaar) in combinatie met een tekort aan oefening. Executieve functies zijn cognitieve processen die nodig zijn om doelgericht, efficiënt en sociaal aangepast gedrag te organiseren in nieuwe, onbekende situaties (Huijzinga, 2007). Volgens Diamond (2013) zijn vooral het werkgeheugen, de cognitieve flexibiliteit en de inhibitie relevant voor het verminderen van agressieproblematiek. Als bij de genoemde functies sprake is van disfunctioneren leidt dit onder andere tot verstoringen in de sociale

informatieverwerking (Andrews & Bonta, 2010; Crick & Dodge, 1994) en dit vergroot de kans op agressief gedrag.

Stoornissen in de sociale verwerking worden versterkt door een tekort aan het vermogen om perspectief in te nemen (mentaliseren; Jolliffe & Farrington, 2004) en een tekort aan oplossingsvaardigheden. Uit recent onderzoek blijkt opnieuw dat een gebrek aan adequate probleemoplossende vaardigheden (Horn et al., 2016) en andere adequate coping strategieën positief samenhangen met de kans op algemene en gewelddadige recidive (Coid, Kallis, Doyle, Shaw, & Ullrich, 2015). Het gaat hierbij ook om copingvaardigheden die een beroep doen op de executieve functies, namelijk jezelf kunnen beheersen, het kunnen reguleren van emoties en het adequaat omgaan met stress² (Kovacs et al., 2006). Het niet adequaat omgaan met (chronische) stress belemmert de ontwikkeling van de zelfregulatie. Dit is aan de orde bij cliënten met overwegend reactie agressie. Chronische stress is ook gerelateerd aan stressoren, denk aan het hebben van schulden, geen inkomen of vaste verblijfsplaats (Fischer, Captein, & Zwirs, 2012). Verder wordt een tekort aan oplossingsvaardigheden versterkt door een 'ongezond' netwerk, vooral in de vorm van een vriendenkring die een negatieve invloed uitoefent (Fischer et al, 2012).

Aan te pakken factoren

Het BPS-model gaat ervan uit dat de kans op chronische agressie steeds groter wordt als er meer dan één stressfactor en/of criminogene risicofactor aanwezig is. Elke extra stressfactor of criminogene risicofactor vergroot de kans sprongsgewijs op het ontwikkelen van (ernstige) agressieproblematiek (Murray & Farrington, 2010). De draaglast wordt dan namelijk steeds kleiner, tenzij er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de draaglast te compenseren. In de meeste gevallen bestaan beschermende factoren uit het tegengestelde van risicofactoren: het risico is afwezig of er is sprake van een positieve tegenhanger. AROPMaat-AV is dus zowel gericht op het verminderen van dynamische (veranderbare) criminogene risicofactoren (DCRF) als het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren³ (Loeber et al., 2008). Ook wordt er gewerkt aan factoren die invloed hebben op de responsiviteit, denk aan het structureel aanpakken van de verandermotivatie ter vergroting van de leerbaarheid (doel 1 van de algemene doelen) en indien helpend het verbeteren van het zelfvertrouwen via de module zelfbeeld (doel 9 van de optionele doelen : Bandura, 1997).

Hieronder wordt kort beschreven welke criminogene risicofactoren worden aangepakt.

De afwezigheid van een steunend en beschermende netwerk en/of de aanwezigheid van een risicovol netwerk: Dit is gerelateerd aan doel 2 en 3 van de algemene AROPMaat-doelen, er wordt via de module Netwerk aan gewerkt en door het betrekken van één of meer relevante systeemleden (*doelen 1,2 en 3 voor betrokken systeemleden*, indien aanwezig).

De aanwezigheid van een negatieve interactie tussen cliënt en partner: Dit is gerelateerd aan doel 6 van de optionele AROPMaat-doelen, er wordt via de module Partner in beeld aan gewerkt.

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen die leiden tot negatieve emoties en/of agressief gedrag: Dit is gerelateerd aan doel 7 van de algemene AROPMaat-doelen, er wordt via de module Anders denken aan gewerkt.

De afwezigheid van sociale vaardigheden gericht op adequate conflicthantering (ook beschermend): Dit is gerelateerd aan doel 5 van de optionele AROPMaat-doelen, er wordt via de module Conflicthantering aan gewerkt. Er wordt echter ook via doel 5 (algemeen) aan gewerkt.

De aanwezigheid van een stoornis in de sociale informatieverwerking, waaronder een tekort aan vaardigheden gericht op perspectief in nemen van een ander en het oplossen van problemen: Dit is gerelateerd aan doel 3, 5 en 9 van de optionele AROPMaat-doelen en de doelen 4,5, 6 en 7 van de algemene doelen. Er wordt via diverse ingangen gewerkt aan het verbeteren van de stappen die doorlopen worden tijdens het verwerken van sociale informatie. Er wordt tijdens alle modules gewerkt aan het leren innemen van het perspectief van een ander en het verbeteren van oplossingsvaardigheden. Door het verminderen van cognitieve vervormingen wordt in de regel het gedrag van anderen minder snel negatief uitgelegd (module Anders denken). Voor een deel van de doelgroep is het nodig om ook aan optionele modules te werken. Denk aan de module Juist Waarnemen en Interpreteren, de Module Conflicthantering en Zelfbeeld (helpt om met

² Stress is gerelateerd aan agressie, stress gaat immers gepaard met het vrijkomen van spanningshormonen, die het lichaam paraat maken om te reageren op een bedreigende omgeving, door te vluchten of door aan te vallen (Miller & O'Callaghan, 2002).

meer zelfvertrouwen te dealen met lastige situaties en om situaties minder snel te interpreteren als ik ben niets waard, etc.).

De aanwezigheid van executief disfunctioneren. Denk vooral aan een beperkte impulscontrole (dus beheersingsvaardigheden), dit wordt versterkt door een tekort aan oplossingsvaardigheden en bij reactieve agressie ook door problemen met het reguleren van stress en emoties. De criminogene risicofactor is gerelateerd aan doel 1, 2, en 4 van de optionele AROPMaat-doelen en de doelen 5 en 6 van de algemene AROPMaat-doelen. Aan de oplossingsvaardigheden wordt structureel gewerkt bij alle modules. Verder via de inzet van de standaardmodule Beheersingsvaardigheden. Indien geïndiceerd kan het aanbod worden uitgebreid met de module Stressreductie, Impulscontrole, en Emotieregulatie.

De aanwezigheid van stressoren door het hebben van schulden en/of geen inkomen en/of geen stabiele woonsituatie: Dit is gerelateerd aan doel 7 van de optionele AROPMaat-doelen. De inzet van forensisch maatschappelijk werk is geïndiceerd als aan dit doel wordt gewerkt.

De aanwezigheid van problematisch middelengebruik en/of ADHD en/of traumagerelateerde klachten. Dit is gerelateerd aan doel 8 van de optionele AROPMaat-doelen. Als dit aan de orde is, is meestal de inzet van een ondersteunende behandelvormen noodzakelijk.

Verantwoording

Om zorg te dragen voor een effectieve behandeling heeft de AROPMaat-AV relevante interventie-onderdelen geïntegreerd die uit verschillende meta-analyses als recidive-verlagend naar voren komen bij cliënten met (ernstige) agressieproblematiek. Zo is de interventie gebaseerd op de RNR principes (*risk-need-responsivity*; Andrews & Bonta, 2010) die leiden tot significant meer recidivevermindering in vergelijking tot interventies die geen gebruik hebben gemaakt van deze principes (Bonta & Andrews, 2007).

Volgens de RNR-principes is het van belang dat de intensiteit van de behandeling (frequentie en duur) is afgestemd op het recidiverisico (risicoprincipe). Dit betekent dat de behandeling van cliënten met een hoog recidiverisico vraagt om een meer intensieve en langdurige behandeling in vergelijking tot cliënten met een matig recidiverisico. Daarnaast dienen de behandeldoelen gerelateerd te zijn aan de dynamische criminogene risicofactoren (behoefteprincipe) die een rol spelen bij de cliënt. Dit kan dus bijvoorbeeld betekenen dat een cliënt met (ernstige) agressieproblematiek ook behandeling moet krijgen aangeboden gericht op het verminderen van traumagerelateerde klachten, ADHD en problematisch middelengebruik. De regiebehandelaar van AROPMaat-AV is hier verantwoordelijk voor en kan afhankelijk van de expertise een deel zelf uitvoeren. Vervolgens is het relevant dat er rekening wordt gehouden met de ontvankelijkheid van een individu voor een bepaalde interventie (Menger & Krechtig, 2008; Verdonck & Jaspert, 2009; responsiviteitsbeginsel). Het responsiviteitsbeginsel is onder te verdelen in algemene en specifieke responsiviteit. Algemene responsiviteit is gericht op het toepassen van technieken die bij een soortgelijke doelgroep effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2007). Specifieke responsiviteit staat voor het zorgdragen voor een goede werkalliantie en afstemming tussen de cliënt en de behandelaar (Menger & Krechtig, 2008). Om dit te realiseren is het van belang dat je als behandelaar kijkt naar de persoonlijkheid (Van den Hurk & Nelissen, 2004), de intellectuele cognitieve en sociale (on)mogelijkheden (Verdonck & Jaspert, 2009), de aard van de problematiek (Bonta & Andrews, 2007), de behandelmotivatie en de leerstijl van de cliënt (Menger & Krechtig, 2008).

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de AROPMaat-AV

De RNR-principes zijn zo vormgegeven dat er enerzijds behandeling op maat kan worden aangeboden die aansluit bij de problematiek en leerstijl van een cliënt, anderzijds biedt het een kader om werkzame elementen (voortkomend uit diverse meta-analyses) aan te bieden die helpen bij het behalen van het hoofddoel en de subdoelen.

A: Risicobeginsel

Het is van belang dat de behandelaar via de FARE (risicotaxatie-instrument; Van Horn et al., 2016) ontrafelt **hoe** de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een matig of hoog risicoprofiel. Aan de hand van de uitkomst kan al grotendeels worden ingeschat hoe lang en intensief de behandeling zal zijn. Er wordt elke vier maanden geëvalueerd om te bepalen of de eerder ingeschatte duur en intensiteit nog klopt met de huidige situatie.

B: Behoeftebeginsel

De behandeling zal gericht zijn op de dynamische criminogene risicofactoren die op de cliënt van toepassing zijn. Uit de diagnose volgens de DSM-5 en de score van de FARE wordt duidelijk welke criminogene risicofactoren bij een cliënt kritisch zijn en dus behandeld moeten worden. Meestal is een kritische risicofactor gekoppeld aan een module van de AROPMaat-AV. Het zal nodig zijn om ook andere behandelvormen ter ondersteuning in te zetten als er sprake is van kritische risicofactoren waar AROPMaat-AV niet voldoende in toegerust is. Denk bijvoorbeeld aan het inzetten van ondersteuning door forensisch maatschappelijk werk (bijvoorbeeld voor het aanpakken van schulden en het verkrijgen van werk/inkomen), farmacotherapie, bijvoorbeeld in verband met ADHD of het aanbieden van EMDR wegens het behandelen van een trauma en CGT bij problematisch middelengebruik en gokken.

C. Responsiviteitsbeginsel

Algemene responsiviteitsprincipe

Om zorg te dragen voor de algemene responsiviteit maakt de AROPMaat-AV gebruik van technieken die bij de forensische doelgroep effectief blijken te zijn (Andrews & Bonta, 2010), waardoor de kans groter wordt dat de doelen worden gerealiseerd. Bovendien blijkt de AROPMaat voor Jongvolwassenen in een residentiële setting effectief (Hoogsteder, Kuijpers, Stams, Van Horn & Hendriks, 2014; Hoogsteder Stams, Schippers, & Bonnes, 2018) en doeltreffend in een ambulante setting. Dit impliceert dat de ARK-V ook zal bijdragen aan het verminderen of stoppen van agressief gedrag van de cliënt in het heden en het reduceren van (de kans op) recidive van gewelddadig gedrag in de toekomst. Hieronder wordt beschreven welke specifieke technieken worden ingezet om aan de algemene responsiviteit te voldoen:

1a. Cognitief Gedragstherapeutische Elementen (CGT-elementen)

Uit verschillende meta-analyses en studies over het behandelen van (ernstige) agressieproblematiek blijkt dat de forensische doelgroep responsief is voor een behandelaanbod met cognitieve gedragstherapeutische (CGT) elementen (e.g., Andrews & Bonta, 2010; Landenberger & Lindsey, 2005; Lipsey, 2009). CGT is onder andere gebaseerd op de sociale en cognitieve leertheorie. Bij de cognitieve leertheorie / cognitieve psychologie staat het weten en de gedachten (de cognitie) centraal gecombineerd met het begrijpen van emoties (Beck, 1999). De cognitieve psychologie richt zich direct op het interne denkgedrag van de mens en gaat ervan uit dat disfunctioneel gedrag ontstaat door de wijze waarop mensen het gedrag van anderen interpreteren en de wijze waarop deze informatie wordt verwerkt en sluit daarmee perfect aan op de sociale informatieverwerkingstheorie. Het leren toepassen van adequate cognities (DiGiuseppe & Tafrate, 2003) is een belangrijk CGT-onderdeel die door de AROPMaatAV wordt toegepast. Zo ook het aanleren van probleemoplossingsvaardigheden (Blake & Hamrin, 2007) en gedragsalternatieven en het werken met rollenspelen (dramatherapeutische technieken; Andrews & Bonta, 2010; DiGiuseppe & Tafrate, 2003) en het verbeteren van executieve functies (Mullin & Simpson, 2007).

b. Mindfulness voor stressreductie en het leren richten van de aandacht.

Om stressreductie te realiseren wordt er o.a. gewerkt met (bewerkte) elementen uit de mindfulness-based-stress-reduction (MBSR), deze is ontwikkeld door Kabat-Zinn (1998). Mindfulness heeft als doel het verminderen van stress door het leren richten van de aandacht (focussen) en het bewust worden van dat wat je waarneemt en doet. Hierdoor heeft mindfulness in potentie een gunstige invloed op het werkgeheugen en een verminderd vermogen tot inhibitie. Uit onderzoek van Davidson et al. (2003) blijken mindfulness oefeningen te leiden tot het verbeteren van stemmingen en volgens Chiesa en Serretti (2009) leiden deze oefeningen tot vermindering van stress. Tevens zijn er recent enkele single-subject studies uitgevoerd waarin wordt gesteld dat mindfulness een reducerende werking zou hebben op boosheid en agressie (Deffenbacher, 2011). Het is echter nog veel te vroeg om te spreken over generaliseerbare effect-sizes (Fix & Fix, 2013).

Inzicht versus ervaringsgericht werken

Verandering ontstaat door het geven van inzicht en het toepassen van verschillende ervaringsgerichte oefeningen en middelen. Er wordt concreet geoefend met diverse vaardigheden, zoals het innemen van verschillende perspectieven, rolinleving in een persoon die tegenovergesteld denkt aan de cliënt, ontspanningsoefeningen, oefeningen ter beheersing van de impulsen, imaginatie oefeningen en het oefenen met het toepassen van helpende-gedachten.

Specifieke responsiviteitsprincipe

a. Sensitief voor maatwerk / een responsief aanbod

ARopMaat-AV bestaat grotendeels uit een intensief individueel behandelaanbod (McQuire, 2008). Dit blijkt effectiever en maakt het makkelijker om maatwerk te leveren (responsief te behandelen). ARopMaat-AV voldoet aan het specifieke responsiviteitsprincipe door het werkmateriaal en de inhoud van de behandeling af te stemmen op de behandelmotivatie, cognitieve capaciteiten, leerstijl en leertempo van de cliënt. Het werkmateriaal is bijvoorbeeld geschikt voor zowel cliënten met een vrij lage intelligentie als voor cliënten met een hoge intelligentie. In het laatste geval wordt er uitgebreider op theoretische onderdelen ingegaan en meer diepgang aangeboden. Rollenspellen kunnen variëren in moeilijkheidsgraad, bovendien worden er in de modules diverse oefeningen beschreven voor het behalen van hetzelfde subdoel. De behandelaar kiest samen met de cliënten voor oefeningen die het beste aansluiten op de leerstijl, maar is ook in staat om daar waar nodig oefening enigszins aan te passen. De duur van de module wordt bepaald door de hardnekkigheid van de problematiek en het leertempo van de cliënt. Er wordt gewerkt met keuze uit verschillende thuisopdrachten, wederom afhankelijk van leerstijl en de hulpvraag.

b. Verbeteren van zelfeffectiviteit (vergroten 'geloof in eigen kunnen (zelfvertrouwen)')

De theorie van Bandura (1997) wordt als onderdeel ingezet om verandering te bereiken. Bandura stelt dat verbetering in 'zelfeffectiviteit' een belangrijk mechanisme is voor het veranderen van gedrag. Een goede en realistische zelfeffectiviteit vergroot de leerbaarheid, waardoor nieuw gedrag gemakkelijker aan te leren is. Zelfeffectiviteit gaat over het geloof in het eigen kunnen op het gebied van de zelfregulatie en de mate van motivatie. Zelfeffectiviteit wordt gevormd door ervaring, sociale modellen, kerngedachten, de mate van ervaren stress en negatieve emoties (Bandura, 1997).

c. Doorlopend motiveren

Aangezien een deel van de doelgroep gedemotiveerd is, zet de ARopMaat-AV-behandelaar doorlopend verschillende motivatietechnieken in om motivatieverandering te stimuleren. Hierbij is het van belang dat de toegepaste technieken aansluiten bij het motivatieniveau van de cliënt en inspelen op de verschillende domeinen die de motivatie kunnen beïnvloeden. De ARopMaat-AV benadert motivatie als een veranderbaar begrip dat o.a. wordt bepaald door een proces waarbij de cliënt, zijn omgeving en de behandelaar interacteren (Rovers, 2010). Voorbeelden van relevante motivatietechnieken zijn:

1. Het valideren en het aangaan van contact en het opbouwen van een werkaliantie.
2. Aansluiten bij het eigenbelang van de cliënt. Tot welke nadelen leidt het agressieve gedrag voor de cliënt?
3. Er wordt actief met de cliënt gezocht naar motivatoren (redenen die voor de cliënt belangrijk zijn en maken dat het volgen van de ARopMaat-AV als voordelig wordt gezien);
4. Het werken aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit (geloof in eigen kunnen).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

- A.** Procesequaaluatie Agressie op Maat Ambulant voor Volwassenen
Hoogsteder, L.M.
De Waag, Utrecht
Oktober, 2017
- B.** De procesevaluatie beschrijft hoe de ontwikkeling van Agressie op Maat Ambulant voor Volwassenen (ARopMaatAV) tot stand is gekomen en op welke wijze de feedback van o.a. cliënten en behandelaars is verwerkt. Hiervoor is door de loop der jaren gebruik gemaakt van verschillende momenten. De interventie wordt dus al langer uitgevoerd. Vervolgens is getoetst of er voldaan is aan de randvoorwaarden van ARopMaatAV. Denk hierbij aan de gestelde opleidingseisen, ervaring in het werken met de forensische doelgroep, het volgen van de maandelijkse intervisie en het krijgen van werkbegeleiding, indien gewenst. Ook werd stilgestaan bij de vraag of de beoogde doelgroep daadwerkelijk is bereikt. Verder is voor het beoordelen van de mate van programma-integriteit (PI) onderzocht in hoeverre (een groot deel van) de werkzame ingrediënten zijn toegepast. Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van enkele methoden gebruikt, namelijk het analyseren van dossier-informatie vanuit het elektronisch patiënten dossier, de uitkomst van evaluatiegesprekken met de programmaverantwoordelijken van ARopMaat-AV en de uitkomst van de gebruikte evaluatieformulieren. De data is verzameld bij de Waag in de periode van november 2016 tot en met september 2017. Er is dossierinformatie gebruikt en twee verschillende formulieren om de programma-integriteit te beoordelen. De sessie checklist toetst de mate waarop een sessie of een serie sessies zijn uitgevoerd. Het eind-evaluatieformulier toets het gehele aanbod en beoordeelt in welke mate het RNR-model en de overige werkzame elementen zijn toegepast. Deze lijsten maken het mogelijk om de programma-integriteit per cliënt, maar ook op groepsniveau te beoordelen. Er waren 20 cliënten betrokken bij het onderzoek, twaalf behandelaars en vijf vestigingen.
- C.** Uit de procesevaluatie komt naar voren dat er grotendeels aan de randvoorwaarden was voldaan. Zo voldeden de behandelaars aan de eisen omtrent de opleiding, er werd indien nodig werkbegeleiding aangeboden, behandelaars volgden maandelijks intervisie (als er geen sprake was van overmacht), en zorgden voor een goede samenwerking met de ketenpartners. ARopMaat-AV werd aangeboden aan de beoogde doelgroep en de programma-integriteit bleek voldoende. Bij de gebruikte eind-evaluatieformulieren werd een gemiddelde score van 83,6% gehaald. Bij de sessie-checklisten ging het om een score van 80,7%. In beide situaties werd als criteria gehanteerd dat de programma-integriteit in orde is als de gemiddelde score hoger of gelijk is aan 80%. Uit beide lijsten kwamen diverse aandachtspunten naar voren. Zo kon er beter voldaan worden aan het recidivebeginsel (intensiever behandelen bij een hoog risico profiel), ook bleek dat cliënten nog vaker gestimuleerd mogen worden in het bedenken van oplossingen voor het omgaan met lastige situaties. Uit de feedback van de behandelaars werd ook duidelijk dat zij onvoldoende zorgen voor een transfer; zij vragen niet elke bijeenkomst aan cliënten wat hen is bijgebleven van de vorige bijeenkomst. Tevens is er winst te behalen door aan het einde van een sessie vaker de rode draad van de bijeenkomst samen te vatten. De interventie werd door de cliënten beoordeeld met een gemiddelde van 7,2. 85,7% van de cliënten zegt minder boosheid te ervaren na het volgen van de ARopMaat-AV en 92,8% vindt dat de behandeling heeft geholpen. De mate waarin cliënten hun agressie konden beheersen werd bij aanvang gescoord met een 4.4 en bij afronding van de behandeling met een 7.1 (gemeten met een 10-puntschaal). 85,7% van de cliënten denkt door de behandeling minder vaak in aanraking te komen met de politie. De aandachtspunten die uit deze procesevaluatie naar voren zijn gekomen, zijn medegedeeld aan alle AR-programmaverantwoordelijken. De uitkomst is inmiddels door hen tijdens intervisies besproken met de AR-behandelaars, per team is afgesproken dat zij zich inspannen om de genoemde aandachtspunten te verbeteren (als zij deze herkennen).

5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Toepassen van het RNR-model (Andrews & Bonta, 2010; Hoogsteder et al., 2015).
2. Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie / werkalliantie;
3. Valideren ((empathie tonen en oordeelsvrij benoemen wat de ander voelt en denkt; Linehan et al., 1999);
4. De behandelaar is in staat zijn/haar waardeoordeel op te schorten als dit nodig is om te voorkomen dat de cliënt zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met deze denkwijze;
5. Doorlopend motiveren door het toepassen van motiverende gesprekstechnieken en specifieke AROPmaat-motivatietechnieken, waaronder het versterken van het 'geloof in eigen kunnen';
6. Het kunnen herkennen van cognitieve vervormingen (irrationele gedachten) in combinatie met het flexibeler leren denken (rol aannemen van iemand die tegenovergesteld denkt) en het aanleren van helpende gedachten (CGT-techniek);
7. Het werken aan probleemoplossingsvaardigheden (Van Horn et al, 2016). De cliënt wordt elke bijeenkomst gestimuleerd om te denken vanuit het perspectief van de ander en om mogelijke oplossingen te bedenken voor een specifieke situatie en oefent hiermee (CGT-techniek);
8. Het aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen (dramatherapeutische technieken, denk aan rollenspellen; Andrews & Bonta, 2010; Hoogsteder et al, 2014, Landenberger & Lindsey, 2005);
9. Grotendeels individueel behandelaanbod (DiGiuseppe & Tafrate, 2001);
10. Toepassen van bewerkte mindfulness-oefeningen (gericht op bewustwording, ontspanning en het focussen van de aandacht);
11. Veel aandacht voor verminderen van executieve functies, waaronder stressreductie (Bonnes, 2015; Deffenbacher, 2011), impulscontrole, beheersingsvaardigheden, en emotieregulatie.

6. Aangehaalde literatuur

- Anderson, C.A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*. Vol. 16(1), 39-55. Ottawa: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy; the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Bell, M. A., & Deater-Deckard, K. (2007). Biological systems and the development of self-regulation: Integrating behavior, genetics, and psychophysiology. *Journal of Deviant Behavior Pediatrics*, 28, 409-420.
- Beck, A.T., & Haigh, E.A.P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-14
- Blake, C.S., & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 209-221.
- Bogaerts, S., Henrichs, J., & Klerx, F. (2011). Huiselijk geweldplegers in een poliklinische forensisch psychiatrische setting delictinformatie en persoonlijkheidspathologie. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Justitie en Veiligheid: WODC: Den Haag
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. (User Report 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Brand, E.F.J.M., a'Campo, A.M.G., Van den Hurk, A.A. (2013). *15 jaar PIJ-ers in beeld: Kenmerken en veranderingen van jeugdigen die de PIJ-maatregel opgelegd kregen in de periode 1995-2010*. Dienst Justitiële Inrichtingen: Den Haag.
- Brook, J. S., Lee, J. Y., Finch, S. J., Brown, E. N., Brook, D. W. (2013). Long-term consequences of membership in trajectory groups of delinquent behavior in an urban sample: Violence, drug use, interpersonal and neighborhood attributes. *Aggressive Behavior*, 39, 440-452.
- Chang, Z., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2015). Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. *The Lancet Psychiatry*, 2(10), 891-900.
- Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74 – 101.
- Coccaro, E.F., Lee, R., & McCloskey, M.S. (2014). Relationship between Psychopathy, Aggression, Anger, Impulsivity and Intermittent Explosive Disorder. *Aggressive Behavior*, 40, 526-536.
- Coid, J. W., Kallis, C., Doyle, M., Shaw, J., & Ullrich, S. (2015). Identifying causal risk factors for violence among discharged patients. *PloS one*, 10(11), e0142493.
- Davidson, R.J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Deffenbacher, J.L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 212-221.
- Delisi, Angton, Behnken, & Kusow (2013). Do adolescent drug users are fare the worst? Onset type, juvenile delinquency, and criminal careers. *International Journal of offender therapy and comparative criminology*, 1-16.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.
- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R.C. (2001). A comprehensive treatment model for anger disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 262-271.
- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R.C. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 70-84.
- Dodge, K.A. (1986). A social information-processing model of social competence in children. In M. Perlmutter (Eds.), *Eighteenth annual Minnesota symposium on child psychology. Cognitive perspectives on children's social and behavioural development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Fischer, T.F.C., Captein, W.J.M., Zwirs, B.W.C. (2012) Gedragsinterventies voor volwassen justitiabelen. Erasmus Universiteit Rotterdam en WODC. Boom Lemma: Den Haag.
- Fix, R.L. & Fix, S.T. (2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 219-227.
- Deffenbacher, J.L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 212-221.
- Garrido, V., & Morales, L. A. (2007). Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treat. *Campbell Systematic Reviews*, 7, 1-47.

- Granic, I., & Patterson, G.R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: a dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113, 101-131.
- Hofmann, W., Schmeichel, B.J., & Baddeley, A.D. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in Cognitive Sciences*, 16, 174-180.
- Hoogsteder, L.M. (2017). *Procesevaluatie AROPmaat-AV*. Utrecht: De Waag.
- Hoogsteder, L.M., Van Horn, J.E., Stams, G.J.J.M., Wissink, I.B., & Hendriks, J. (2015). The relationship between the level of program integrity and pre-post-test changes of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Ambulant: a pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. doi: 10.1177/0306624X14554828
- Hoogsteder, L.M., Kuijpers, N., Stams, G.J.J.M., Van Horn, J.E., & Hendriks, J. (2014). Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 25-35.
- Hoogsteder, L.M., Stams, G.J.J.M., & Bonnes, D. (2017). Aggressie Regulatie op Maat: Een Evaluatie Studie in een Justitiële Jeugdinstelling met harde uitkomstmaten. Manuscript submitted for publication.
- Hoogsteder, L. M., Wissink, I. B., Stams, G. J. J., van Horn, J. E., & Hendriks, J. (2014). A validation study of the Brief Irrational Thoughts Inventory. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 32(3), 216-232.
- Huizinga, M. (2007). De ontwikkeling van executieve functies tussen kindertijd en jongvolwassenheid. *Neuropsychologie* 3, 74-82.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 441-476.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T.G., Hosmer, D., & Bernhard, J. (1998). Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kawabata, Y., Alink, L. R., Tseng, W. L., Van IJzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31(4), 240-278.
- Kovacs, M., Sherrill, J., George, C. J., Pollock, M., Tumuluru, R. V., & Ho, V. (2006). Contextual emotion-regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (8), 892-903.
- Landenberger, N.A., & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Lemerise, E. A., & Arsenio, W. F. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development*, 71, 107-118.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter J., Comtois, K.A. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal of Addictions*, 8, 279- 292.
- Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. In: *Victims and Offenders*, 4, 124-147.
- Lipsey, M.W., Landenberger, N.A., & Wilson, S.J. (2007). *Effects of Cognitive Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Philadelphia, Pennsylvania: Campbell Collaboration.
- Loeber, R., Slot, W., & Stouthamer-Loeber, M. (2008). A cumulative developmental model of risk and promotive factors. In Loeber, R., Slot, W. Laan, P.H. van der en Hoeve, M. (red.) *Tomorrow's criminals: The development of child delinquency and effective interventions*. Ashgate: Ashgate Press.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence, *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2577-2597.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *The delict as basic assumption: methodology for working in an forced setting*. Amsterdam: Publisher SWP/Probation Netherland.
- Miller, D.B. and O'Callaghan, J.P. (2002) Neuroendocrine Aspects of the Response to Stress. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 51, 5-10.

- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B.J. (2002) Males of the life-course persistent and adolescence limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years, *Development Psychopathology*, 14(1), 179-207.
- Mulder, E., Brand, E., Bullens, R., Van Marle, H. (2010). Risk Factors for overall recidivism and severity of recidivism in serious juvenile offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(1), 118-135.
- Mullin, S., & Simpson, J. (2007). Does executive functioning predict improvement in offenders' behaviour following enhanced thinking skills training? An exploratory study with implications for rehabilitation. *Legal and Criminological Psychology*, 12, 117-131.
- Murray, J., & Farrington, D.P. (2010), Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry* 55, 633-42.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Gedragstoornissen*. Verkregen op 12 december 2015 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychischestoornissen/gedragstoornissen/>.
- Piquero, A. R., Farrington, D. P., Nagin, D. S., & Moffitt, T. E. (2010). Trajectories of offending and their relation to life failure in late middle age: Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 47(2), 151-173.
- Plattner, B., Giger, J., Bachmann, F., Brühwiler, K., Steiner, H., Steinhausen, H.C., Bessler, C. & Aebi, M. (2012). Psychopathology and offense types in detained male juveniles. *Psychiatry Research*, 198, 285-90.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Hengesch, G., Schneider, M., Supprian, T., Schwitzgebel, P., Pinhard, K., Dovi-Akue, N., Wender, P., & Thome, J. (2004) Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(6), 365-371. doi:10.1007/s00406-004-0516-z
- Rovers, B. 2010. *Motiveren en motivatieproblematiek. Integraal motiveren in het cliëntenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.
- Schreurs, P. J. G., Van de Willige, G., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrechtse Coping lijst: Omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Pearson.
- Schubert, C. A., Mulvey, E.P., Loughran, T.A., & Loyosa, S.H. (2012). Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39. Doi: 10.1177/0093854811426710
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014). Handleiding HKT-R: Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie. Groningen: Stichting FPC dr. S. van Mesdag.
- Syngelaki, E.M., Moore, S.C., Savage, J.C., Fairchild, G., & Van Goozen, S.H.M. (2009). Executive functioning and risky decision making in young male offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 1213-1227.
- Tollenaar, N, Dijk, van. J., & Alblas, J.W. (2009). Monitor multi-offenders. National Government: WODC.
- Taylor, J.L., & Novaco, R.W. (2005). Anger treatment for people with developmental disabilities: A theory, evidence and manual based approach. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Van den Hurk, A. A. & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What Works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Van Horn, J.E., Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., Van den Hanenberg, F.J.A.C., Van der Put, C.E., & Bogaerts, S., (2016). *Handleiding Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE): Volwassen cliënten vanaf 18 jaar, versie 1.0*. Kwaliteit Forensische Zorg
- Verdonck, E., & Jaspert, E. (2009). *Motivatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld*. Leuven: Leuven Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257.
- Ward, T. (2010). The Good Lives Model of offender rehabilitation: Basic assumptions, aetiological commitments, and practice implications. *Offender supervision: New directions in theory, research and practice*, 41-64.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Alma, S.M., Essers, A.A.M., & Bregman, I.M. (2010). *Recidivism report 1997-2007: Trends in the reconviction rate of Dutch offenders*. Fact sheet 2010-6a. The Hague: WODC.

- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., & Homburg, G.H.J. (2014). *Terugval in recidive. Exploratie van de daling in de recidivecijfers van jeugdigen en ex-gedetineerden bestraft in de periode 2002-2010*. Den Haag: WODC.
- Wallinius, M., Johansson, P., Lardén, M., & Dernevik, M. (2011). Self-serving cognitive distortions and antisocial behaviour among adults and adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, *38*, 286-301.

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 Kenniscentrum Sport, Vilans, het Trimbos Instituut en MOVISIE. Door samen te werken aan het beoordelen van interventies volgens eenduidige criteria streven wij naar kwaliteitsverbetering in de betrokken werkvelden.

