

Interventie

Agressie Regulatie op Maat Plus

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 25 maart 2020

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Hoogsteder (6 januari 2020).

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

Inhoud

Samenvatting	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.....	26
5. Samenvatting Werkzame elementen	27
6. Aangehaalde literatuur	28

Samenvatting

Agressie Regulatie op Maat Plus is bedoeld voor volwassen cliënten met (ernstige) agressieproblematiek en een licht verstandelijke beperking die binnen de ambulante forensische zorg worden behandeld. Het primaire doel van AROPmaat-Plus is het verminderen van agressief gedrag en boosheidsgevoelens, en het reduceren van (de kans op) recidive van gewelddadig gedrag. AROPmaat-Plus is een individuele behandeling die als basishouding gebruik maakt van het valideren in combinatie met een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen (dramatherapeutische- en lichaamsgerichte technieken en aangepaste mindfulness oefeningen) en veel aandacht voor het stimuleren en motiveren. Voor het leveren van maatwerk worden 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 zes maanden tot maximaal twee jaar.

Doelgroep

De AROPmaat-Plus is bedoeld voor mannen en vrouwen met een licht verstandelijke beperking (IQ-score tussen de 60 en 85 in combinatie met een verminderd sociaal aanpassingsvermogen) die (ernstige) agressieproblematiek vertonen. Er is sprake van een matig, hoog of zeer hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag. Het agressieprobleem is onderdeel van een psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Het agressieve gedrag wordt in stand gehouden door criminogene risicofactoren die deels per cliënt kunnen verschillen. Het gaat voornamelijk om een geringe impulscontrole, weinig beheersingsvaardigheden, een beperkte emotieregulatie, een tekort aan assertieve vaardigheden en probleemoplossende vaardigheden, en disfunctionele cognities die leiden tot agressief gedrag.

Doel

Het primaire doel van AROPmaat-Plus 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-Plus is een individuele behandeling die als basishouding gebruik maakt van het valideren in combinatie met een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen (dramatherapeutische- en lichaamsgerichte technieken en aangepaste mindfulness oefeningen) en veel aandacht voor het stimuleren en 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 zes maanden tot maximaal twee jaar. Er vindt minimaal twee keer per week contact plaats, liefst face tot face. Mocht dit niet haalbaar zijn, dan kan één contact ook georganiseerd worden door beeldbellen of chatcontact via eHealth. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een hoog recidiverisico. Eén contact moment kan eventueel door een andere behandelaar worden uitgevoerd en meer gericht zijn op het verbeteren van de adaptieve vaardigheden. Een individuele behandelsessie duurt minimaal 45 minuten.

Materiaal

Het materiaal van de interventie bestaat uit diverse handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een programma- en managementhandleiding voor de behandelaar en managers van een instelling. Verder is de inhoud van het programma voor de cliënt en de behandelaar nauwkeurig beschreven in twee standaard modules en vijf 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 informatieverwerkingsproces die ook toepasbaar is bij mensen met een LVB. 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 en negatieve opgedane levenservaringen een criminogene risicofactor vormen voor de ontwikkeling van agressieproblematiek. AROPMaat-Plus 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 AROPMaat-Plus bij drie verschillende ambulante forensische zorginstellingen in Nederland door middel van dossieronderzoek en vragenlijstonderzoek bij cliënten en behandelaren. Tevens is er een start gemaakt met het doen van onderzoek naar de doeltreffendheid door over een periode van twee maanden. De dataverzameling vond plaats van januari 2018 tot en met mei 2019. Aan het onderzoek hebben uiteindelijk 17 behandelaren en 21 cliënten deelgenomen. De programma-integriteit bleek voldoende te zijn (het moest meer dan 80% zijn), het betrof een gemiddelde score van 89,2% bij de vierwekelijkse evaluaties over de uitvoering van de sessies en 87,2% over de totale behandelperiode. De interventie werd gemiddeld genomen door cliënten beoordeeld met een 8. Er werd ook een significante verandering waargenomen m.b.t. het realiseren van de programmadoelen over een periode van twee maanden.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

De ARopMaat-Plus is bedoeld voor volwassenen met een licht verstandelijke beperking (IQ-score tussen de 60 en 85 in combinatie met problemen rondom het adaptief functioneren)¹ die (ernstige) agressieproblematiek vertonen. Er is sprake van een matig, hoog of zeer hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag. 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. Het agressieprobleem is onderdeel van een psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Zo is er vaak 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. Het agressieve gedrag wordt in stand gehouden door criminogene risicofactoren die deels per cliënt kunnen verschillen. Het gaat voornamelijk om een geringe impulscontrole, weinig beheersingsvaardigheden, een beperkte emotieregulatie, een tekort aan assertieve vaardigheden en probleemoplossende vaardigheden, en disfunctionele cognities die leiden tot agressief gedrag.

Intermediaire doelgroep

ARopMaat-Plus richt zich naast de cliënt op een eventuele partner en/of een betrokken systeemlid van de cliënt (indien aanwezig).

Nb. Als er kinderen in het spel zijn en er voor hen mogelijk sprake is van onveiligheid, dan is samenwerking met behandelaars 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 ARopMaat-Plus voorlopig geïndiceerd is. De uitkomst wordt bepaald door de regiebehandelaar in overleg met een multidisciplinair team. Vervolgens wordt een behandelplan opgesteld dat geldt voor de eerste behandelingsfase waarin onder andere risicotaxatie en assessment plaatsvinden. Tijdens deze fase wordt geprobeerd om een eventuele partner en/of andere relevante systeemleden te motiveren om de cliënt te ondersteunen en aanwezig te zijn bij enkele therapiesessies. 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 aan de cliënt. Het kan dus voorkomen dat een cliënt na de eerste 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 Met een licht verstandelijke beperking (LVB) wordt bedoeld dat er meer dan gemiddeld problemen zijn op het gebied van het adaptief en intellectueel functioneren. Als het gaat om het intellectueel functioneren, is het gebruikelijk om uit te gaan van een IQ-score, namelijk 50 tot 70. Van zwakbegaafdheid is sprake wanneer er eveneens sprake is van tekorten m.b.t. het adaptief functioneren en een IQ-score tussen de 70 en 85, in Nederland is het echter vrij gebruikelijk om beide doelgroepen onder de noemer 'licht verstandelijke beperking'(LVB) te scharen. Dit geldt ook voor de ARopMaat-Plus.

1.2.3 Indicatiecriteria

Indicatiecriteria

Algemene 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 IQ score tussen de 60 en 85. Als hier geen informatie over is, dan wordt de screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking toegepast (SCIL; Kaal, H., Moonen, X. & Nijman, H. (2015). Screener voor intelligentie en licht verstandelijke
3. beperking (SCIL) – stand van zaken 1 juli 2015. Leiden: Expertisecentrum Jeugd – Hogeschool
4. Leiden) Bij vermoeden van LVB wordt vervolgens de Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) afgenomen ter bepaling van het IQ-niveau. Bij een IQ-score vanaf 70 dient ook sprake te zijn van problemen rondom het adaptief functioneren, waaronder het sociale aanpassingsvermogen. Om de ernst en aard van de problematiek rondom het gebied van het adaptief functioneren in kaart te brengen, wordt gebruik gemaakt van de adaptieve Vragenlijst Verstandelijk Beperking (AVVB; Jonker, Kruisdijk, Goedhard & Nijman, 2019);
5. De cliënt heeft een matig (3), hoog (4) of zeer hoog (5) recidiverisico (gemeten met de FARE; Forensisch Ambulante Risico Evaluatie);
6. Uit het dossier van de verwijzer c.q. het intakegesprek blijkt dat het actuele agressieve gedrag van de cliënt zorgt voor problemen op minstens twee leefgebieden (het agressieve gedrag doet zich niet alleen in huiselijke sfeer voor).

Inhoudelijke indicatiecriteria

Een cliënt is geïndiceerd voor de interventie als hij/zij voldoet aan de formele criteria en daarnaast tenminste twee van onderstaande punten van toepassing zijn:

1. Uit het dossier van de verwijzer blijkt dat de cliënt wekelijks zijn agressie op andere personen of materialen richt in de vorm van verbale en/of fysieke agressie;
2. De cliënt geeft tijdens de intake aan dat hij meer dan twee keer in zijn leven “blind” van woede is geweest en toen niet meer wist wat hij deed;
3. Het gewelddadige gedrag van de cliënt heeft geleid tot een (voorwaardelijke) strafafdoening;
4. De cliënt scoort hoog op impulsiviteit of tekort aan oplossingsvaardigheden gemeten met de FARE;
5. Er is volgens de DSM-5 sprake van een impulsbeheersingsstoornis, een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een normoverschrijdend-gedragsstoornis of cluster-B persoonlijkheidsstoornis.

Indicatiecriteria optionele modules

Om te bepalen welke optionele modules geïndiceerd zijn, wordt over het algemeen gebruik gemaakt van een checklist ‘indiceren optionele modules’ (te vinden in de algemene programmahandleiding). Bij de module Partner in beeld geldt tevens een score op de FARE en bij de module Waarnemen en Interpreteren is de uitkomst van de verkorte lijst met irrationele gedachten (V-LIG; Hoogsteder, Wissink, Stams, Van Horn, & Hendriks, 2014) leidend. Cliënten die bijvoorbeeld positief scoren op het domein stressreductie van de checklist optionele modules, zijn geïndiceerd voor de module ‘stressreductie’. Cliënten die ‘klinisch’ scoren op de V-LIG en positief scoren op de checklist optionele modules (onderdeel module waarnemen en interpreteren) zijn geïndiceerd voor de module Waarnemen en Interpreteren. De module Partner in beeld is geïndiceerd als de cliënt minimaal zes maanden dezelfde partner heeft en volgens de FARE matig tot hoog scoort op problematische partnerrelatie.

Contra-indicatiecriteria

1. De aanwezigheid van ernstige suïcidaliteit, acute homicidaliteit of floride psychotische symptomen;
2. Agressief gedrag en boosheidsgevoelens komen alleen voor als de cliënt onder invloed van middelen is, een behandeling specifiek gericht op problematisch middelengebruik is dan zinvoller;
3. Agressief gedrag is uitsluitend tegen zichzelf gericht (automutilatie);
4. Een structurele weigering door de cliënt om met ARopMaat-Plus aan de slag te gaan, ook nadat de AR-behandelaar diverse motivatietechnieken heeft toegepast. Let op: dit kan pas tijdens de eerste fase van de behandeling goed worden beoordeeld. De behandelaar moet dus eerst kunnen investeren in het motiveren.

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep is tijdens de ontwikkeling van de LVB-versie betrokken geweest door aan het einde van de behandeling regelmatig om feedback te vragen. Dit gebeurde door de behandelaar, maar er zijn ook mogelijkheden gecreëerd om cliënten anoniem feedback te laten geven. De uitkomsten van de feedback tonen aan dat cliënten het moeilijk vinden om het contact dat zij hebben met de behandelaar los te zien van het behandelprogramma. Als zij blij zijn met de behandelaar, dan is AROPmaat-Plus helemaal geweldig. Als een cliënt zich echter minder goed begrepen voelt door de behandelaar, dan is er ook van alles mis met het behandelprogramma. Er werd niet op detailniveau aangegeven wat er dan precies goed aan is en wat er verbeterd kan worden. Wel werd duidelijk dat er cliënten zijn die niet willen dat er op hun werkboek te zien is dat het gaat om een LVB-versie. De naam van AROPmaat-LVB is daarom in AROPmaat-Plus gewijzigd. In 2018 heeft er een overleg met een groepje cliënten ($N=5$) plaatsgevonden over het zorgprogramma. Uit deze evaluatie kwam naar voren dat cliënten minder schrijfopdrachten willen doen. Ze houden niet zo van de werkbladen. Ook werd genoemd dat cliënten het vervelend vinden dat in de werkboeken steeds staat dat zij een agressieprobleem hebben. Zij ervaren dat niet altijd zo. Verder vinden ze er alles prima uitzien. Dezelfde opmerkingen werden overigens wederom genoemd tijdens de procesevaluatie. Om die reden zijn de modules doorgenomen en daar waar mogelijk is de taal aangepast. Er wordt nu vaker gesproken over het hebben van boosheidsgevoelens. De komende boosters zal aandacht besteed worden aan de opmerking van enkele cliënten dat zij graag meer ontspanningsoefeningen doen, dan schrijfopdrachten.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het primaire doel van AROPmaat-Plus 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 AROPmaat-Plus-doelenlijst. Op een later moment (effectonderzoek) zullen recidivecijfers worden opgevraagd bij het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (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-Plus 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 enkele vragenlijsten afgenomen, namelijk de FARE (onderdeel met dynamische risicofactoren), de AR-LVB-doelenlijst en de V-LIG.

De AROPmaat-Plus werkt aan de volgende standaard subdoelen:

1. De cliënt weet welk gedrag (manier van doen, specifieke opmerkingen) boosheid kan oproepen en is in staat om onveilig gedrag te voorkomen door het naleven van het veiligheidsplan;
2. 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;
3. De cliënt ervaart emotionele steun van één of meer mensen uit zijn netwerk. Vaak gaat het ook om praktische ondersteuning;
4. De cliënt ervaart dagelijks momenten van zelfvertrouwen/ een geloof in eigen kunnen;
5. De cliënt kan eigen impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen en beschikt over voldoende adequate beheersingsvaardigheden. Dit betekent dat hij technieken beheerst om (de aanloop tot) agressief gedrag te voorkomen
6. De cliënt kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is;
7. De cliënt is in staat om assertief te handelen. Dit betekent o.a. dat een cliënt voor zichzelf kan opkomen door rekening te houden met zichzelf en de ander (ook als hij boos is).;
8. De cliënt is in staat tot het innemen van perspectief van anderen. Dit betekent o.a. dat de cliënt enigszins in staat is om te bedenken hoe een ander over een situatie denkt;
9. De cliënt kan adequate oplossingen (manieren van reageren) bedenken en toepassen als er sprake is van alledaagse problemen;

10. De cliënt heeft geen cognitieve vervormingen die leiden tot het versterken van boosheidsgevoelens en/of goedpraten van agressief gedrag. De cliënt is tevens in staat om helpende gedachten toe te passen.

Algemene doelen voor betrokken systeemleden (indien systeemleden hiertoe gemotiveerd zijn en voldoende uitgerust)

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 en ondersteuning bij het verbeteren van veranderbare adaptieve vaardigheden.

De ARopMaat-Plus werkt aan de volgende optionele subdoelen:

1. De cliënt reduceert gevoelens van stress en spanning door het actief toepassen van rustgevende oefeningen. Er is hierdoor geen sprake meer van chronische stress/ verhoogde arousal;
2. De cliënt kan het gedrag van anderen op een neutrale manier waarnemen en interpreteren;
3. De cliënt is weerbaarder tegen eventuele negatieve invloeden van mensen uit zijn systeem;
4. 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;
5. De communicatie tussen partner en de cliënt is verbeterd. Partner en cliënt beschikken over vaardigheden om beter naar elkaar te luisteren en meer begrip te tonen. Ook hebben zij minder ruzie, omdat ze conflictremmers kunnen toepassen;
6. Er is geen sprake van stressoren die veroorzaakt worden door het hebben van een instabiele woonplek, te weinig inkomen en/of schulden;
7. ADHD en/of middelenafhankelijkheid en/of traumagerelateerde klachten van de cliënt zijn onder controle en versterken het externaliserende probleemgedrag niet;

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Algemeen

ARopMaat-Plus 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 er forensisch maatschappelijk werk ingezet als er problemen zijn op het gebied van werk, huisvesting en inkomen. Onder het kopje inhoud wordt uitgebreid informatie gegeven over de inhoudelijke aanpak.

Fasering

ARopMaat-Plus bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. Voorlopige indicatiestelling Meer informatie over het indiceren en de betrokken behandelaars 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-indicaties/ afwijzing) voor de volgende fase. Als tijdens deze fase een voorlopige indicatie voor ARopMaat-Plus is gesteld, volgt de pre-behandelfase;
2. Eerste behandelfase. Deze fase wordt uitgevoerd door de ARopMaatPlus-behandelaar en is gericht op risicotaxatie, assessment en zo nodig verdiepende diagnostiek. In deze fase wordt de startmodule aangeboden. Er wordt geïnvesteerd in het aangaan van contact, het motiveren en empoweren, het bieden van psycho-educatie, het opstellen van een veiligheidsplan en het maken van een netwerkanalyse voor het krijgen van meer steun. De delictanalyse wordt uitgevoerd in de vorm van de agressieketen (meer zicht op dat wat je boos maakt). Aan het einde van deze fase zijn 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 kernmodule (=standaard) en eventuele geïndiceerde optionele modules. In deze fase wordt indien van toepassing ook een signaleringsplan (gericht op stress en boosheid) opgesteld.
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.
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 mogelijk 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.

Frequentie en duur van de interventie

Er worden geen richtlijnen meegegeven over het aantal sessies per module of hoofdstuk. Dit is afhankelijk van het leertempo van de cliënt en de problemen die op de voorgrond staan. Er zal minstens twee keer per week contact zijn met de behandelaar (waarvan één keer mag via (beeld)bellen of door het aanbieden van de module Partner in Beeld). De frequentie kan oplopen tot drie keer per week. Het opvoeren van de frequentie is nodig bij de aanwezigheid van actieve risicofactoren of als blijkt dat de cliënt op die manier gemakkelijker en sneller tot leren komt. Intensieve behandeling kan overigens ook worden vormgegeven door het multimodaal behandelen. Denk aan het parallel inzetten van bijvoorbeeld EMDR of farmacotherapie m.b.t. ADHD of het bieden van trajectbegeleiding voor het realiseren van meer stabiliteit. De duur van een individuele sessie is afhankelijk van het concentratieniveau van de cliënt. In principe wordt geprobeerd om een sessie minimaal 45 minuten te laten duren, maar als dit niet haalbaar is dan wordt het afgestemd op de mogelijkheden van de cliënt. Een groepsaanbod (bij de module Waarnemen en Interpretieren en Conflictantering) duurt minimaal een uur. De behandeling duurt minimaal zes maanden tot maximaal twee jaar. Gemiddeld genomen gaat het om 49,5 weken (exclusief de nazorgfase).

Inhoud van de interventie

Algemene informatie

Basishouding

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 passende motiverende gesprekstechnieken toe te passen. Bij cliënten met een LVB betekent dit dat het in ieder geval van belang is om hen flink te valideren (o.a. empathisch en oordeelvrij benaderen) en aandacht te geven aan hun emoties en wat bij hen leeft / op de voorgrond staat. Ook is het belangrijk om te benadrukken wat zij allemaal goed hebben gedaan de afgelopen dagen. Als het om een cliënt gaat met sterke antisociale trekken dan is het van belang om het eigen oordeel op te kunnen schorten. 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.

Rode draad qua aanbod

De cliënt krijgt bij de start van een bijeenkomst (al vanaf de eerste behandelfase) de mogelijkheid om situaties in te brengen die boosheid of irritatie oproepen (of dit heeft opgeroepen). Een cliënt kan op die manier zijn gevoelens ventileren en op een rij zetten, dit draagt bij aan een adequate emotieregulatie. Daarnaast wordt er samen met de behandelaar een adequate oplossing/ reactie bedacht en door de behandelaar voorgedaan voor als het probleem nog voortduurt of zich mogelijk herhaalt. Door het voor te doen weet de cliënt beter of de oplossing bij hem past of dat er nog wat aan veranderd moet worden.

Vervolgens stimuleert de behandelaar de cliënt om (een onderdeel van) de oplossing uit te proberen. Naast dit onderdeel worden in ieder geval de startmodule en de kernmodule aangeboden en is het mogelijk om te werken met een vijftal optionele modules. 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 ander hoofdstuk of module te starten.

Behandeling door een psychiater (farmacotherapie, denk aan ADHD), 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 kunnen parallel aan de AROPmaat-Plus worden ingezet, indien geïndiceerd. Deze ondersteunende behandelvormen worden ook opgenomen in het behandelplan en worden door de AROPmaat-Plus-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-Plus zit.

Continuïteit en generaliseren

Het is bekend dat cliënten met een LVB vaak moeite hebben met het generaliseren van de geleerde stof (e.g., Douma et al., 2012). Om die reden worden een eventuele partner (zie ook module Partner in beeld) en relevante betrokken systeemleden gemotiveerd om vanaf de eerste fase van de behandeling steun te bieden en te helpen bij het naleven van het veiligheidsplan en het signaleringsplan. Als netwerkleden steun willen bieden, dan 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 wordt aan cliënten gevraagd om netwerkleden 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 voor het ontvangen van psycho-educatie. Als netwerkleden niet in staat zijn of onvoldoende gemotiveerd om steun te bieden ter bevordering van het generaliseren, dan wordt er gezocht naar een vrijwilliger of professionele begeleiding. In een klinische setting wordt hoe dan ook de mentor ingezet om het generaliseren te bevorderen en om te helpen bij het verbeteren van de adaptieve vaardigheden.

Het generaliseren wordt ook bevorderd door het gebruik van voorbeelden, tekeningen en filmpjes die aansluiten bij de leefwereld van de patiënt. Daarnaast wordt er voldoende herhaald, veel geoefend en ervaren, en zorggedragen voor positieve bekrachtiging, zodat nieuwe vaardigheden daadwerkelijk zullen beklijven.

Inhoud eerste behandelfase

Opbouw sessie

Elke bijeenkomst wordt een transfer gemaakt naar de vorige bijeenkomst en stilgestaan bij de afgelopen dagen of week. Hierbij wordt gevraagd naar situaties waar de cliënt boos over is geweest. Als daarna 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, zie bovenstaande beschrijving onder het kopje *rode draad qua aanbod*.

C. Er is blijvend aandacht voor het motiveren, onder andere door te valideren en ervoor te zorgen dat de cliënt zich blijft herinneren wat voor hem de nadelige gevolgen zijn van het vertonen van agressief gedrag.

1. Startmodule (standaard).

Onderdelen uit deze module worden al ingezet tijdens de eerste behandelfase. 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 opbouwen van een behandelrelatie, het motiveren, empoweren door te kijken wat er goed gaat in het leven van de cliënt, het opstellen van een veiligheidsplan, het bieden van psycho-educatie en het maken van een netwerkanalyse. Er wordt in deze fase vooral in beeld gebracht welke netwerkleiden steun kunnen bieden en op welke manier. Het betreft praktische en emotionele steun. *In deze module wordt aan 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 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. Er wordt tijdens deze module o.a. gewerkt met diverse ontspanningsoefeningen, (bewerkte) mindfulness oefeningen (bijvoorbeeld een focusoefening door aandacht te richten op geluiden uit de omgeving of door van honderd naar 0 te tellen, etc.) en door oefeningen te doen die helpen om boosheid te uiten, maar ook te verminderen. Hiervoor wordt bijvoorbeeld de oefening ‘wisselen van aandacht’ aangeboden, de cliënt vertelt dan 30 seconden over zijn boosheid, vervolgens over een positieve herinnering en gaat dan weer terug naar de boosheid, etc.). Het is de bedoeling dat de cliënt uiteindelijk dagelijks minimaal twee tot drie oefeningen kan toepassen die bij hem daadwerkelijk helpen om rustig te worden, waardoor chronische stress verdwijnt en/of boosheid gereduceerd wordt.

3. Kernmodule. De kernmodule is opgebouwd uit diverse hoofdstukken die allemaal worden aangeboden, aangezien deze ingaan op criminogene risicofactoren die bij de LVB-doelgroep met agressieproblematiek relevant zijn. In het laatste hoofdstuk wordt gewerkt aan het opstellen van een toekomstplan om terugval te voorkomen. Dit plan is van belang tijdens de nazorgfase. Je maakt dit plan als ook alle geïndiceerde optionele modules zijn doorlopen.

Het hoofdstuk Jouw leven en agressief gedrag is gericht op het maken van een levenslijn. Er wordt gevraagd om te vertellen over positieve en negatieve ervaringen die de cliënt in zijn leven heeft opgedaan. Daarna wordt specifiek stilgestaan bij ervaringen uit het leven van de cliënt die mogelijk een relatie hebben met zijn boosheidsgevoelens. De cliënt krijgt zo meer inzicht in onderliggende problematiek.

In het hoofdstuk Zelfvertrouwen werkt de cliënt aan vaardigheden die helpen om het geloof in eigen kunnen te vergroten. Er wordt gewerkt aan het vergroten van het zelfvertrouwen door een cliënt regelmatig verschillende dingen te laten doen waar hij goed in is. Ook leert de cliënt zichzelf aan te moedigen, in plaats van zelf-ondermijnende gedachten te gebruiken. Daarnaast wordt er geoefend met het aannemen van een houding die zelfvertrouwen uitstraalt. De cliënt wordt gestimuleerd om deze houding, het gevoel en helpende gedachten regelmatig op te roepen, zodat hij dit op den duur ook kan oproepen/toepassen als hij geconfronteerd wordt met lastige situaties. Indien mogelijk wordt hierbij gebruik gemaakt van een herinnering waarbij de cliënt zelfvertrouwen heeft ervaren.

Het hoofdstuk Baas over je gedrag is gericht op het verbeteren van de impulscontrole door onder andere te werken met bewerkte mindfulness-oefeningen gericht op het leren richten van de aandacht (langer kunnen concentreren). De cliënt leert zijn impulsen beter te herkennen en oefent met vaardigheden om zijn impulsen gemakkelijker te kunnen uitstellen. Vervolgens wordt er geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. 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.

Het hoofdstuk Anders denken werkt via CGT-technieken 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 vier of vijf G's. De cliënt wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse lastige situaties. Ook wordt de cliënt uitgedaagd als hij dit aan kan 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.

Het hoofdstuk Omgaan met emoties draagt bij aan het beter kunnen differentiëren en uiten van diverse emoties, voornamelijk emoties die gerelateerd zijn aan agressief gedrag. Het hoofdstuk helpt om emoties beter te leren herkennen (ook qua gevoel in het lijf), zowel bij de cliënt zelf als bij anderen. Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van kaartjes met gevoelens (gevoelenswereldspel). Tijdens het delen van ervaringen wordt de cliënt gevalideerd en uitgenodigd om de emotie in hun lichaam waar te nemen. *Waar voel je de emotie, hoe voelt het daar precies, hoe groot is het gevoel?* Ook wordt er gewerkt aan het meer greep krijgen op eigen emoties, onder andere door te weten wat een emotie je vertelt en waar het om vraagt (troost, grens beter aangeven, iets delen met de ander) en het doen van ontspannings- en focusoefeningen.

Het hoofdstuk Opkomen voor jezelf leert de cliënt het verschil kennen tussen subassertief, assertief en agressief reageren door te werken met filmfragmenten en door het zelf uit te proberen. Vervolgens worden verschillende manieren van assertief doen geoefend d.m.v. rollenspelen aan de hand van eigen ingebrachte situaties. Het is belangrijk dat een cliënt enkele manieren ontdekt die bij hem en de context passen.

4. Module Waarnemen en Interpreteren (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 aan wie je een hekel 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.

5. Module Conflicthantering (optioneel).

In deze module wordt gewerkt aan diverse vaardigheden als blijkt dat het hoofdstuk “opkomen voor jezelf” gericht op het aanleren van assertieve vaardigheden onvoldoende tools heeft meegegeven om op een constructieve wijze met conflicten om te gaan. Tijdens deze module wordt uitleg gegeven over hoe je handig kunt communiceren en wat er fout kan gaan (hierbij wordt ook gewerkt met filmfragmenten). Er wordt gewerkt aan het leren onderhandelen (door te werken met situaties waar ze in werkelijkheid ook over willen onderhandelen). Om het innemen van perspectief te stimuleren, wordt een cliënt via een rollenspel gevraagd eerst de rol van de ander in te nemen en de onderhandeling aan te gaan (de behandelaar helpt hierbij is het moeilijk blijkt). Pas daarna oefent de cliënt met het onderhandelen vanuit zichzelf. Op deze manier wordt de cliënt geholpen om het daarna “echt” toe te passen. Er is ook aandacht voor het omgaan met autoriteiten en 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. Daarna wordt geoefend met het toepassen van deze conflictremmer.

6. Module Netwerk (optioneel)

Tijdens de startmodule wordt al gewerkt aan het daadwerkelijk inschakelen van (professionele) netwerkleden die steun kunnen bieden om het generaliseren te bevorderen. De module Netwerk is geïndiceerd als de cliënt overwegend een antisociaal netwerk heeft en/of stress ervaart in het contact met netwerkleden. Er wordt vooral gewerkt aan weerbaarheid ten opzichte van het bestaande netwerk. *Bijvoorbeeld door het doen van rollenspelen gericht op het leren NEE zeggen en oefeningen die helpen gevoelens van zelfverzekerdheid te vergroten.* Het is tijdens deze module vooral de bedoeling dat er zicht komt op mogelijke netwerkleden die gevoelens van stress of negatieve emoties versterken of die de cliënt aanzetten tot agressief gedrag. Daarnaast

is er ook nog aandacht voor het vinden van meer steun en/of accepteren en leren verdragen dat dit helaas zeer beperkt is.

7. Module Partner in Beeld (optioneel)

Tijdens deze module wordt eerst stil gestaan bij de motivatie van de partner. 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 gewerkt aan een veiligheidsplan en/of signaleringsplan, ook wordt er dan besproken hoe beiden tijdig een ruzie kunnen stopzetten door het nemen van een time-out en wat zij concreet gaan doen als één van hen een time-out heeft genomen (bijvoorbeeld een ontspannings- of focusoefening doen). 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. Ook wordt er geoefend met het inzetten van conflictremmers en helpende gedachten over de partner.

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 de oefeningen die hierbij horen. 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-Plus 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-Plus kan voorbeelden van een folder en een PowerPoint leveren (bruikbaar bij het geven van een presentatie).

2. Uitvoering

Materialen

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. Deze handleiding bevat ondersteunende informatie over de doelgroep, en het aanbieden van de modules. Verder wordt er ingegaan op de basistechnieken, veiligheidsmanagement en het motiveren. Ook worden er algemene richtlijnen meegegeven voor het behandelen van specifieke risicofactoren, zoals traumagerelateerde klachten en problematisch middelengebruik;
3. Zeven verschillende modules voor de cliënt (en soms ook zijn/haar partner/ persoonlijke begeleider). **Nb.** De modules zijn geschreven voor de cliënten (voor als het lezen van de inhoud past bij hun leerstijl). De modules bieden echter duidelijke handvatten voor de behandelaar;
4. Managementhandleiding. Deze handleiding biedt vooral zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord;

Naast dit materiaal is het mogelijk om via eHealth (Minddistrict) dagboeken klaar te zetten. Verder zijn er 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-Plus leverbaar (via de hoofdontwikkelaar).

Locatie en type organisatie

De interventie kan worden uitgevoerd door een forensisch ambulante zorginstelling die beschikt over de inzet van een psychiater en voldoende (ervaren) behandelaars 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 versie). Om de behandeling uit te kunnen voeren is het nodig om te beschikken over een reguliere behandelkamer. Inmiddels hebben diverse instellingen geëxperimenteerd met het aanbieden van de LVB-versie in een klinische setting. Dit blijkt goed te werken. De groepsleiding dient dan betrokken te worden bij het bieden van ondersteuning bij het doen van opdrachten voor op de leefgroep (thuiswerk-opdrachten).

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Voor het krijgen van een AROPMaat-Plus certificaat, dienen behandelaars universitair (psychologie of orthopedagogiek) of hbo (sociaal-agogisch, denk aan maatschappelijke werk, systeemtherapeut of opleiding tot vaktherapeut) opgeleid te zijn en enige 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-Plus-basisopleiding te volgen. De basisopleiding kan alleen gericht zijn op deze variant, soms gaat het om een combi met de versie voor normaal begaafden. In deze opleiding wordt eerst uitleg gegeven over het theoretische kader van de AROPMaat-Plus 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). Voor het onderhouden van de kennis is het verplicht om per jaar een boosters (1 dag) te volgen. Er wordt dan opnieuw geoefend met het indiceren en het toepassen van diverse AR-oefeningen. Daarnaast is er aandacht voor specifieke thema's, denk aan cliënten met specifieke problematiek en agressieproblematiek, transcultureel behandelen of lichaamsgericht behandelen.

Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

Een AROPMaat-Plus-behandelaar wordt op deze competenties getoetst tijdens een selectieprocedure die de instelling zelf 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. Behandelaars en PV voldoen aan de gestelde opleidings- en competentie-eisen (zie vorige kopje). Zij krijgen na het volgen van de basisopleiding een certificaat 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 caseload² (zie voorwaarden) krijgt de AR-behandelaar meer ervaring, dit komt ten goede van de kwaliteit;
6. AROPmaat-Plus wordt aangeboden aan cliënten die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
7. Tijdens het aanbieden van een AROPmaat-Plus wordt de behandeling gemonitord aan de hand van een vierwekelijkse-sessies-checklist en een eindevaluatielijst, zodat er zicht is of er is voldaan aan de meest essentiële AROPmaat-Plus-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. Bij de AR-LVB-behandelaars 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-behandelaars actief;

² De programmaverantwoordelijke van de instelling ziet hier op toe.

3. De AR-behandelaars voldoen aan de minimale eis om twee tot drie cliënten per week een AROPmaat-variant aan te bieden (bij minimaal één cliënt gaat het om de AROPmaat-Plus variant);
4. De AR-behandelaars 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-behandelaars (naast de intervisie), het zorgdragen voor de (interne) PR, het laten invullen van nul- en eindmetingen en evaluatieformulieren (ROM-en);
6. De behandelruimte moet groot genoeg zijn om met de behandelaar(s) en cliënt(en) rondom tafels te kunnen zitten. Dit is vooral een issue als er ook met groepjes wordt gewerkt. 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 en/of als de behandelaar nog onervaren is en het nodig heeft als kader;
9. De behandelaar maakt gebruik van ondersteunende producten die aanwezig dienen te zijn. Het gaat om een fysio-bal, een gewone bal, het gevoelswereldspel, het kwaliteitenspel, en het relatie spel.

Implementatie

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:

Op het moment dat een instelling interesse toont in AROPmaat-Plus 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 behandelaars 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 behandelaars 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-LVB-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 + gemiddelde kosten wegens overhead =

Uit dossierinformatie blijkt een ambulante behandeling gemiddeld genomen 47 weken te duren (inclusief uitval en nazorg) met een directe tijd van 1,6 uur per week. Dit komt neer op 16.544 euro. Dit is inclusief indirecte tijd en de tijd die aan aanvullende behandelvormen is besteed, zoals EMDR en verslavingszorg. De duur van AR-LVB is binnen Humanitas vaak korter. Cliënten krijgen daar standaard trajectbegeleiding aangeboden. Bovendien worden er cliënten met mildere problematiek behandeld door HBO-opgeleide behandelaars waardoor het uurtarief lager is.

Extra tijdinvestering programmaverantwoordelijke (PV):

Een PV besteedt naast de kosten die gemaakt worden als behandelaar van deze interventie gemiddeld twee uur per week aan extra taken die niet declarabel zijn. Denk aan het zorgdragen voor werkbegeleiding en intervisie (als het niet specifiek gerelateerd is aan een cliënt en PR (tenzij dit door een teamleider wordt gedaan). De tijd zal minder zijn/worden als er met ervaren behandelaars wordt gewerkt.

Kosten opleiding

Het kost 450 euro (exclusief btw) per persoon om iemand te certificeren in ARopMaat-Plus (eventueel gecombineerd met de variant voor de normaal begaafden). Er kan ook een in company opleiding worden aangeboden. Deze kost 3750 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 1100 euro (exclusief btw) als er aangesloten wordt bij een reguliere training voor verschillende instellingen dan komt het neer op 175 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 600 euro (exclusief btw), ook wegens bijdrage aan alle kosten m.b.t. het doorontwikkelen.

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, het gevoelswereldspel, het kwaliteitenspel en het relatiespel aangeschaft te worden.

3. Onderbouwing

Probleem

Probleem

Bij mensen 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; Moffitt, Caspi, Harrington, & Milne, 2002; Eme, 2019). Bij de AROPmaatPlus-doelgroep is vooral sprake van de aanwezigheid van chronische agressie; dit betekent dat de kans op terugval groot is als er niet wordt behandeld en dat behandeling tijd kost wegens de ernst van de onderliggende problematiek. Het lage IQ van mensen met een LVB draagt naar alle waarschijnlijkheid bij aan life course persistent antisociaal gedrag (Eme, 2019). Zo is bij mensen met een LVB en chronische agressie sprake van meer criminogene risicofactoren en minder beschermende factoren in vergelijking tot personen met een gemiddelde of hoge intelligentie (Koolhof, et. al, 2007) en een groter risico op recidive (Holland & Persson, 2011). Bij mensen met een LVB is door een tekort aan adaptieve vaardigheden vaker sprake van problemen met de impulsiviteit, waardoor zij sneller agressief gedrag vertonen (Davies & Oliver, 2016; Schuringa et al., 2017). Hier komt nog bij dat chronische agressie gepaard gaat met psychische problemen (Brand, a'Campo & Van den Hurk, 2013; Coccaro, Lee & McCloskey, 2014) en het ontwikkelen van antisociaal gedrag (Dekker, Douma, de Ruiten & Koot, 2006; Matson & Schoemaker, 2011). Bij mensen met een LVB zorgt het tekort aan adaptieve vaardigheden voor bijkomende problemen in de sociale en/of maatschappelijke context (Didden et al., 2016; Kaal, 2011), denk aan niet goed voor jezelf kunnen zorgen, het hebben van financiële problemen, etc.

Prevalentie en specifieke kenmerken

In Nederland hebben naar schatting ruim 2,3 miljoen mensen een IQ onder de 85, dat is ongeveer 14% (Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland, 2016). Precieze gegevens over de omvang van de groep LVB-ers in het justitiële domein zijn moeilijk te bepalen, omdat dit niet systematisch wordt bijgehouden en er een gebrek is (aan consensus over) goede meetinstrumenten (Kaal & de Jong, 2017). Wel is duidelijk dat de groep LVB-ers een aanzienlijk deel van de populatie justitiabelen is. Kaal (2016) biedt een overzicht van het aantal LVB-ers in detentie, tbs en reclassering, waarbij het aantal varieert van 10 tot 45%. Gekeken naar de populatie LVB-cliënten in residentiële settings blijkt uit Nederlands onderzoek dat 60% agressieproblematiek heeft. Bij 42% ging het om fysieke agressie (Hesper & Drieschner, 2013). Bij een forensische instelling, zoals de Waag wordt ongeveer 50% van de cliënten aangemeld wegens agressieproblematiek. Ongeveer 35% van hen heeft een licht verstandelijke beperking. Mensen met een LVB wonen relatief vaker in achterstandsbuurten (Koolhof, Loeber, & Collot d'Escury, 2007) en groeien vaker op in gezinnen met een lage sociaaleconomische status (Maughan et al., 1999) in vergelijking tot mensen zonder LVB. Mensen met een LVB laten relatief vaker meer tekorten zien op het gebied van het cognitief functioneren (meer moeite met het generaliseren, reflecteren en het perspectief innemen), ook ervaren zij meer problemen op sociaal vlak (Roos, 2017). Veel mensen met een LVB of een lage intelligentie hebben geen of slechts een klein sociaal netwerk en zijn relatief vaker slachtoffer (geweest) van pestgedrag of misbruik door anderen. De ervaringen die zij hebben opgedaan en de problemen op het gebied van het cognitief functioneren vergroten het risico op (chronische) stress.

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 (e.g., Didden, Moonen, & Douma, 2019; Wartna et al., 2014). Gewelddadig gedrag kan serieuze psychische en fysieke schade aanrichten aan slachtoffers (Loeber et al., 2008). 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., 2008).

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 ook 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 reageert 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, mannelijk geslacht, en de mate van impulsiviteit (executieve functie). Ten tweede spelen hierbij psychologische factoren, zoals cognitieve en emotionele processen (denk aan disfunctionele cognities (Wallinius, Johansson, Lardén, & Dernevik, 2011; Van Horn et al., 2016), mogelijkheden tot impulsbeheersing, ervaren arousal (waaronder stress) en woede of andere onprettige emoties en mogelijkheden tot emotieregulatie) een rol (McGuire, 2008; Taylor & Novaco, 2005). Coen emotionele processen kunnen tevens leiden tot problematisch middelengebruik. Ten derde kunnen ongunstige sociale omstandigheden (schulden, geen inkomen en/of vaste woning een criminogene risicofactor vormen voor de ontwikkeling van agressieproblematiek (e.g., Doornbos, 2012; Fischer, Captein, Zwirs, 2012). Daarnaast hebben veel mensen met een LVB geen of slechts een klein sociaal netwerk, bovendien zij zijn relatief vaker slachtoffer (geweest) van pestgedrag of misbruik door anderen (Stannis, Crosland, Miltenberger, & Valbuena, 2019). De ervaringen die zij hebben opgedaan en de problemen op het gebied van het cognitief functioneren vergroten het risico op (chronische) stress (Tielbeek, et al., 2018). 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. Hoe meer risicofactoren, hoe kleiner de draaglast wordt, tenzij er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de draaglast te compenseren. Dit betekent dat het veranderingsmodel (zie bladzijde 18) niet alleen gericht dient te zijn op het verminderen van criminogene risicofactoren, maar ook op het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren die een positief effect hebben op de behandeling (Loeber et al., 2008).

De theorie over het (verstoorde) sociale informatieverwerkingsproces

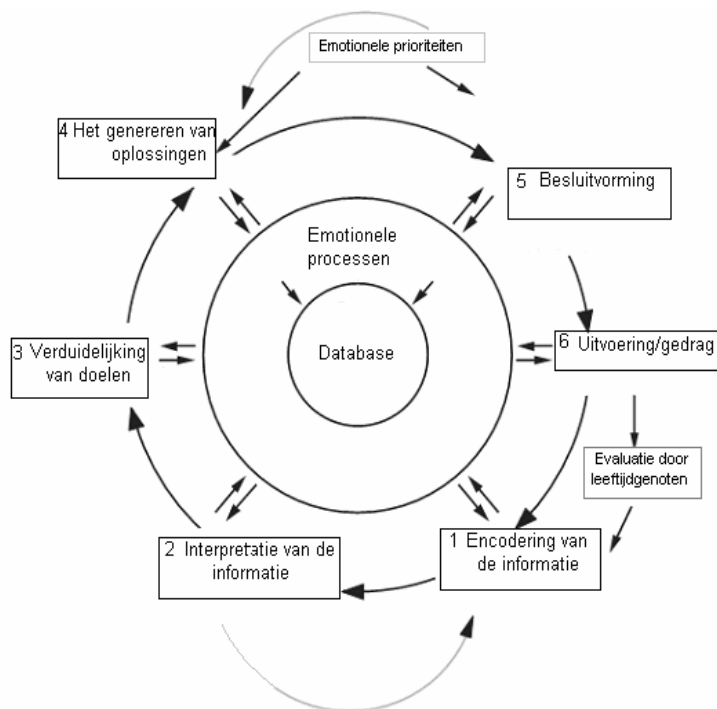
De theorie over het (verstoorde) sociale informatieverwerkingsmodel (SIV; Crick & Dodge, 1994) is een noodzakelijke toevoeging op het BPS-model, aangezien het specifieker verklaart welke factoren een rol spelen bij de problematiek van de doelgroep. Het SIV-model veronderstelt dat agressieproblematiek 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. Het SIV is ook te gebruiken en van toepassing bij mensen met een LVB (Basquill, Nezu, Nezu, & Klein, 2004; Van Nieuwenhuijzen, 2012; Larkin, Jahoda, & MacMahon, 2013).

Crick en Dodge (1994) hebben het sociale-informatieverwerkingsproces inzichtelijk gemaakt door zes fasen te onderscheiden, zie figuur 1. De wijze waarop deze stappen worden gezet is afhankelijk van de ervaren emoties en de database. Een database verschilt per persoon, het bestaat o.a. uit (epi-)genetisch materiaal, de invloed van eerdere (sociale) ervaringen, het gevoel van eigenwaarde, sociale scripts, (automatische) gedachten en gevoelens, normen en waarden en attitudes.

Er kan worden gesteld dat de aard van de gebeurtenis in combinatie met cognitieve en sociale processen (hoe een persoon zich voelt (emotie), de mate waarin de persoon opwindt, stress en/of woede ervaart en in hoeverre de persoon in staat is tot zelfcontrole (impulscontrole) voor een groot deel bepalen hoe de stappen van de sociale informatieverwerking worden doorlopen (Hofmann et al., 2012; Lemerise en Arsenio, 2000). Het niet adequaat omgaan met (chronische) stress belemmert de ontwikkeling en/of uitvoering van de executieve functies, voornamelijk de gedragsinhibitie (impulscontrole), maar leidt ook tot een verstoorde emotieregulatie (Maier et al., 2015), en een beperkt vermogen tot het innemen van perspectief (Theory Of Mind; Sharp & Vanwoerden, 2014). Daarnaast is bekend dat bij LVB-ers de executieve functies ook minder goed ontwikkeld zijn dan bij niet LVB-ers als er geen sprake is van (chronische) stress (Chang, -Larsson, Lichtenstein, & Fazel, 2015; Danielsson, Henry, Messer, & Rönnerberg, 2012; Kleinert, Browder & Towles-Reeves, 2009; Van der Molen, 2009). Bovendien blijkt dat executief disfunctioneren niet alleen leidt tot een verstoorde informatieverwerking, maar ook tot de ontwikkeling en instandhouding van agressief gedrag (e.g.,

Sarkisian, Van Hulle, Lemery-Chalfant, & Goldsmith, 2017). Om die reden is het enorm belangrijk om hier tijdens de behandeling aandacht aan te besteden. Bij executieve functies gerelateerd aan agressieproblematiek gaat het om operaties van het werkgeheugen (zoals het updaten van relevante informatie), inhibitie van impulsen en het kunnen wisselen tussen verschillende mentale sets (cognitieve flexibiliteit; Hofmann, Schmeichel, & Baddeley, 2012. Het bepaalt ook in welke mate een persoon in staat is om oplossingsvaardigheden uit te voeren als hij over de vaardigheid beschikt, bij de LVB-doelgroep is er veelal sprake van een tekort (Coid, Kallis, Doyle, Shaw, & Ullrich, 2015); zie fase 6).

Figuur 1. is een bewerking van het model van Crick en Dodge (1994) door Scheepmaker (2008).



Kijkend naar de SIV, dan komt volgens Taylor en Novaco (2005) woede of boosheid onder andere voort uit de betekenis die een persoon met een LVB aan een bepaalde gebeurtenis (context) geeft. Woede ontstaat vooral als iemand een vorm van dreiging, onveiligheid of onrechtvaardigheid ervaart of een combinatie hiervan. Het omzetten van woede tot daadwerkelijk agressief gedrag is gerelateerd aan de mate van het arousalniveau (dat fysiek gezien tot doel heeft de persoon in gereedheid te brengen om de bedreiging te bestrijden) en de mate waarin iemand in staat is om zijn emoties en impulsen te beheersen (werking van de executieve functies). Ook de sociale kennis die iemand heeft (scripts over hoe gedrag bedoeld kan zijn en hoe men zich dient te gedragen in sociale situaties; kennis over hoe sociale situaties verlopen), normen en waarden en de mate waarin iemand agressief gedrag goedkeurt (attitude), bepalen in belangrijke mate de kans dat woede wordt omgezet in agressief gedrag (zie ook Taylor, Novaco, & Brown, 2016). Hoe de omgeving reageert als iemand met agressief gedrag reageert, bepaalt vervolgens de kans dat het agressieve gedrag wordt bestendigd of uitdooft (Didden et al., 2016).

Aan te pakken factoren

ARopMaat-Plus is 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 en het geloof in eigen kunnen ter vergroting van de leerbaarheid en (doel 2 en 4 van de standaard doelen voor cliënten).

Hieronder wordt kort beschreven welke criminogene risicofactoren worden aangepakt.

Sociale context

De afwezigheid van een steunend en beschermende netwerk en/of de aanwezigheid van een risicovol netwerk: Dit is gerelateerd aan doel 3 van de standaard doelen en doel 3 van de optionele doelen voor cliënten. Er wordt via de startmodule aan gewerkt (mensen die mij kunnen helpen) en optioneel aan de module Netwerk en natuurlijk door het betrekken van één of meer relevante systeemleden (doel 3 voor betrokken systeemleden, indien aanwezig).

De aanwezigheid van een negatieve interactie tussen cliënt en partner: Dit is gerelateerd aan doel 5 van de optionele doelen voor cliënten, er wordt via de module Partner in beeld aan gewerkt.

Het opdoen van negatieve ervaringen die onder andere leiden tot een verhoogde arousal/ stress en/of agressief gedrag. Dit is gerelateerd aan doel 1 (startmodule; werken met een veiligheidsplan) van de standaard subdoelen voor cliënten. Zo ook doel 2 voor betrokken systeemleden.

De aanwezigheid van stressoren door het hebben van schulden en/of geen inkomen en/of geen stabiele woonsituatie: Dit is gerelateerd aan doel 6 van de optionele subdoelen. De inzet van een trajectbegeleider of forensisch maatschappelijk werk is geïndiceerd als aan dit doel wordt gewerkt.

Cognitieve en Emotionele processen

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen die leiden tot negatieve emoties en/of agressief gedrag: Dit is gerelateerd aan doel 10 van de standaard doelen voor cliënten, er wordt via het hoofdstuk Anders denken van de kernmodule aan gewerkt. Indirect wordt eraan gewerkt door het optionele subdoel 2 via de module Waarnemen en interpreteren.

De aanwezigheid van impulsiviteit, sterke arousal/stress en negatieve emoties (tekort aan specifieke executieve functies;) die o.a. leiden tot verstoringen in de sociale informatieverwerking.

Dit is gerelateerd aan doel 1 van de optionele subdoelen voor cliënten (module Verminderen van stress en boosheid) en doel 1 (startmodule), doel 5 (kernmodule hoofdstuk Baas over je gedrag) en doel 6 (kernmodule Omgaan met emoties) van de standaard subdoelen voor cliënten.

De aanwezigheid van problematisch middelengebruik en/of ADHD en/of traumagerelateerde klachten.

Dit is gerelateerd aan doel 7 van de optionele subdoelen. Als dit aan de orde is, is meestal de inzet van een ondersteunende behandelvorm noodzakelijk.

Gedragsmatig processen

Een tekort aan alledaagse oplossingsvaardigheden en conflictvaardigheden. Dit is gerelateerd aan doel 7, 8 en 9 van de standaard subdoelen en doel 4 van de optionele subdoelen voor cliënten. Doel 7 wordt aangepakt via het hoofdstuk Voor jezelf opkomen uit de kernmodule en doel 4 (optioneel) via de module Conflicthantering. Doel 8 krijgt aan het begin van elke sessie aandacht, doel 9 wordt gestimuleerd tijdens het doen van rollenspelen.

Verantwoording

Rode draad verschil in aanpak met versie voor normaal begaafden

Bij cliënten met een LVB is er sprake van verschil in focus qua criminogene risicofactoren. Zo is bij cliënten met een LVB en agressieproblematiek het werken aan impulscontrole en emotieregulatie bijvoorbeeld altijd noodzakelijk (Nijman, Didden, & Hesper, 2017). Dit betekent dat emotieregulatie en impulscontrole standaard onderdelen zijn van de kernmodule. Daarnaast is bekend dat cliënten met een LVB meer empowering nodig hebben om tot leren te komen. Om die reden wordt er in zowel de start- als de kernmodule gewerkt aan het vergroten van het zelfvertrouwen. Verder start elke bijeenkomst (indien de emoties van een cliënt dit toe laten) met wat er allemaal goed is gegaan de afgelopen dagen. Verder is het aansluiten bij het cognitief en emotioneel functioneren van de cliënt een essentiële responsiviteitsfactor. De behandelaar moet de cliënt onder andere de tijd geven om te antwoorden alvorens een nieuwe vraag te stellen, informatie overzichtelijk en in kleine stukken aanbieden en concrete begrippen gebruiken. Als de behandelaar dit nalaat, zal de cliënt het zorgaanbod niet begrijpen en bovendien zal de stress toenemen, waardoor de cliënt, ook voor hem begrijpelijke informatie niet meer op kan nemen (Nijman, Didden, & Hesper, 2017). Om die reden zijn de modules aangepast. De indeling is helder en gestructureerd, de psycho-educatie en uitleg over diverse thema's zijn sterk versimpeld. Er wordt relatief vaker gekozen voor ervaringsgerichte oefeningen en filmfragmenten, terwijl het aanbod wel is gereduceerd om het overzicht te kunnen behouden. De wijze waarop het generaliseren van aangeleerd gedrag gerealiseerd kan worden (De

Wit, Moonen, & Douma, 2011), is bij deze doelgroep van belang. Om die reden wordt hoe dan ook ondersteuning geregeld (via eigen netwerk of professioneel) voor het bieden van emotionele steun, het doen van thuiswerkopdrachten en het verbeteren van de adaptieve vaardigheden die aandacht behoeven. Ook is het nodig om minimaal twee keer per keer contact te hebben met de cliënt.

Risk-need-responsivity principles

Om zorg te dragen voor een effectieve behandeling heeft de AROPMaat-Plus relevante interventie-onderdelen geïntegreerd die uit verschillende meta-analyses als recidive-verlagend naar voren komen bij cliënten met een LVB en (ernstige) agressieproblematiek. Zo is de interventie gebaseerd op de RNR-principes (*risk-need-responsivity*; Bonta & Andrews, 2017) 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. Vervolgens is het relevant dat er rekening wordt gehouden met de ontvankelijkheid van een individu voor een bepaalde interventie (Menger & Krechtig, 2008; Verdonck & Jaspaert, 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, 2017). Specifieke responsiviteit staat o.a. 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 & Jaspaert, 2009), de aard van de problematiek (Bonta & Andrews, 2017), de behandelmotivatie en de leerstijl van de cliënt (Menger & Krechtig, 2008).

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de AROPMaat-Plus

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-Plus. Het zal nodig zijn om ook andere behandelvormen ter ondersteuning in te zetten als er sprake is van kritische risicofactoren waar AROPMaat-Plus 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-Plus gebruik van technieken die bij de forensische doelgroep, waaronder mensen met een LVB en agressieproblematiek, effectief blijken te zijn (Andrews & Bonta, 2010). De kans wordt hierdoor groter dat de doelen daadwerkelijk worden gerealiseerd. Zeker ook, omdat AROPMaat voor Jongvolwassenen zowel in een residentiële setting

(Hoogsteder, Kuijpers, Stams, Van Horn & Hendriks, 2014; Hoogsteder Stams, Schippers, & Bonnes, 2018) als in een ambulante setting (Hoogsteder, Schippers en Stams, 2020, in press) effectief blijkt. Een substantieel deel van de respondenten uit deze onderzoeken had een LVB. Dit impliceert dat de kans groot is dat de AROPMaat-Plus eveneens 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 diverse studies over de behandeling van volwassenen met (ernstige) agressieproblematiek blijkt dat deze doelgroep responsief is voor een behandelaanbod met cognitief-gedragstherapeutische (CGT) elementen (e.g., Andrews & Bonta, 2010; Rampling et al., 2016). Het leidt veelal tot het verminderen en voorkomen van geweldsrecidive. Ook blijkt uit studies dat CGT gemiddeld genomen effectief is voor vermindering van agressief gedrag bij (delinquente) personen met een LVB (Taylor, Novaco, & Johnson, 2009; Taylor & Novaco, 2013; Taylor, Novaco, & Brown, 2016).

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.

Jolliffe en Farrington (2007) maken duidelijk dat een behandeling gericht op het verminderen van geweldsrecidive onder andere afhangt van de inhoud van het programma, zelfs als alle programma's gebruikmaken van cognitieve gedragstherapie. AROPMaat-Plus maakt daarom vooral gebruik van effectieve onderdelen, zoals stressreductie en woedebeheersing (Taylor & Novaco, 2013), het leren toepassen van adequate (helpende) cognities (DiGiuseppe & Tafrate, 2003) en het aanleren van probleemoplossingsvaardigheden en gedragsalternatieven door o.a. het gebruik van rollenspelen (Andrews & Bonta, 2010; DiGiuseppe & Tafrate, 2003).

1b. Ervaringsgerichte oefeningen

Voor de doelgroep is het toepassen van ervaringsgerichte oefeningen (focusoefeningen en vormen van rollenspelen) essentieel. Ervaringsgerichte oefeningen (o.a. rollenspelen) helpen immers om cognitieve, emotionele en gedragsmatige processen op een positieve manier te beïnvloeden (e.g., Taylor & Novaco, 2013). Om het ervaringsgericht leren te simuleren wordt er concreet geoefend met het toepassen van diverse vaardigheden, zoals het innemen van verschillende perspectieven (Walker & Murachver, 2012), rolinleving in een persoon die tegenovergesteld denkt aan de cliënt als het gaat om een cognitieve vervorming, het doen van oefeningen ter vergroting van beheersingsvaardigheden (soms ook d.m.v. imaginatie oefeningen) en het oefenen met het toepassen van helpende-gedachten, waarbij ook aandacht is voor het aannemen van een passende houding die helpt om de gedachte te versterken (en het gedrag dat erbij hoort). Voor stressreductie wordt er ook gebruik gemaakt van bewerkte mindfulness oefeningen (Kelly 2007; Pellegrino 2012). Uit onderzoek van Davidson et al. (2003) blijken mindfulness oefeningen te leiden tot het verbeteren van stemmingen en volgens Chiesa en Serretti (2009) leidt het tot een vermindering van stress. Tevens zijn er enkele single-subject studies uitgevoerd bij mensen zonder een LVB waarin gesteld wordt dat mindfulness een reducerende werking zou hebben op boosheid en agressie (Borders, Earleywine, & Jajodia, 2010; Fix & Fix, 2013). Echter is het nog te vroeg om te spreken over generaliseerbare effect-sizes (Fix & Fix, 2013).

1c. Systeemgerichte benadering

Het betrekken van het sociale netwerk is een noodzakelijke voorwaarde bij het behandelen van mensen met een LVB. LVB-cliënten hebben veelal moeite met de generalisatie van een geleerde vaardigheid (Kleinert et al., 2009). Dit komt omdat zij sneller vanuit een automatische reactie reageren, in plaats met nieuw aangeleerd gedrag (Dermitzaki, Stavroussi, Bandi, & Nisiotou, 2008). Dit betekent dat het netwerk van de LVB-er geïnformeerd en betrokken wordt direct aan het begin van de behandeling. Er wordt onder andere psycho-educatie aangeboden en stilgestaan bij de wijze waarop betrokken systeemleden kunnen helpen bij het naleven van het veiligheidsplan en het verlenen van emotionele steun. Ook wordt er aan betrokken systeemleden uitleg gegeven over hoe zij kunnen ondersteunen bij het doen van thuisopdrachten. Dit draagt

zorg voor het generaliseren naar andere situaties en omgevingen (De Wit et al., 2011). Als het netwerk onvoldoende toereikend is voor het bieden van de nodige steun, wordt er professionele hulp ingeschakeld die praktische ondersteuning biedt, zo mogelijk ook bij het doen van de thuisopdrachten. Een systemische aanpak benadrukt het belang van het versterken van beschermende factoren (indien er deels sprake is van een gezond netwerk) en verbetert het effect van het leveren van nazorg. Op die manier kan generalisatie nog meer tot zijn recht komen in samenwerking met relevante netwerkleden en met lichte ondersteuning van de behandelaar.

Specifieke responsiviteitsprincipe

a. Sensitief voor de leerstijl van een cliënt met een LVB

Meestal functioneren cliënten in contact met anderen op een lager communicatieniveau dan mensen zonder een LVB. Ze begrijpen wel vaak concrete begrippen, maar zijn slecht in staat om zich abstracte begrippen eigen te maken. Het aansluiten bij het cognitief en emotioneel functioneren van de cliënt is daarom een essentieel responsiviteitsfactor. De behandelaar moet de cliënt onder andere de tijd geven om te antwoorden alvorens een nieuwe vraag te stellen, informatie overzichtelijk en in kleine stukken aanbieden en concrete begrippen gebruiken. Als de behandelaar dit nalaat, zal de cliënt de behandelinhoud niet begrijpen. Dit doet de stress verhogen, waardoor de cliënt, daarna de voor hem begrijpelijke informatie niet meer op kan nemen. Door het individuele aanbod kan er goed rekening worden gehouden met de specifieke responsiviteit. Er wordt op gelet om in voldoende mate aan te sluiten bij de behandelmotivatie, eigenschappen, cognitieve capaciteiten, leerstijl en leertempo van de cliënt. De inhoud van de interventie kan op indicatie worden versimpeld en er kan worden gekozen om nog meer ervaringsgerichte interventies aan te bieden. Tevens kan een differentiatie in moeilijkheidsgraad worden aangebracht bij de psycho-educatie, inzichtgevende opdrachten en rollenspellen. 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 door het vergroten van het ‘geloof in eigen kunnen (zelfvertrouwen)’

De theorie van Bandura (1997) wordt ingezet om verandering te stimuleren. Bandura stelt dat verbetering in de mate van ‘zelfeffectiviteit’ een belangrijk mechanisme is voor leren en 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 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). Volgens Bandura is er sprake van weinig geloof in eigen kunnen als een mens vele negatieve ervaringen heeft opgedaan. Weinig zelfeffectiviteit leidt sneller tot subassertief of agressief gedrag en een verstoring in het sociale informatieverwerkingsproces. Er zijn diverse aanwijzingen dat het verbeteren van het geloof in eigen kunnen invloed heeft op de motivatie en de behaalde resultaten (Briones-Rodriguez, et al., 2016; Burnette et al., 2013).

c. Doorlopend motiveren

Aangezien een deel van de doelgroep gedemotiveerd is, zet de ARopMaat-Plus-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-Plus 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 (waaronder empathisch benaderen) en het aangaan van contact en het opbouwen van een werkalliantie.
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-Plus als voordelig wordt gezien);
4. Het werken aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit (geloof in eigen kunnen);
5. Het organiseren van steun vanuit het netwerk, eventueel door de inzet van een vrijwilliger of professional.

4. Onderzoek

- A.** Hensums, J.A. (2019). Proceसेvaluatie Agressieregulatie op Maat-LVB: een Proceसेvaluatie en Eerste Aanzet voor Doeltreffendheidsonderzoek. Masterthesis Forensische Orthopedagogiek, Universiteit van Amsterdam.
- B.** In dit onderzoek is de programma-integriteit van de interventie AROPMaat-Plus bij drie verschillende ambulante forensische zorginstellingen in Nederland geëvalueerd door middel van dossieronderzoek en vragenlijstsonderzoek bij cliënten en behandelaren. Tevens is er een start gemaakt met het doen van onderzoek naar de doeltreffendheid door over een periode van twee maanden de vooruitgang van alle programmadoelen te analyseren. De dataverzameling vond plaats van januari 2018 tot en met mei 2019. Aan het onderzoek hebben uiteindelijk 17 behandelaren en 21 cliënten deelgenomen (alleen zij hadden schriftelijke toestemming gegeven voor deelname aan het onderzoek). Uit dossieronderzoek bleek dat alle cliënten voldeden aan de indicatiecriteria). De vierwekelijkse evaluatielijsten werden na vier, acht en twaalf weken ingevuld. Aan de procesevaluatie deden cliënten mee die net gestart waren, maar het ging ook om lopende behandelingen. De vierwekelijkse evaluatielijsten beoordeelden de mate waarin werkzame ingrediënten en specifieke onderdelen van de interventie tijdens de sessies werden toegepast. Er werd bijvoorbeeld gevraagd of de cliënt zich voldoende begrepen en gemotiveerd voelde en of er oefeningen werden gedaan. Aan het einde van de behandeling (voordat de nazorgfase inging) of aan het einde van de procesevaluatie is aan de behandelaar en de cliënt gevraagd om ook een eindevaluatieformulier in te vullen. Indien mogelijk zijn deze vragen getoetst door het doen van dossieronderzoek. De eindevaluatie vragenlijst beoordeelt onder andere de mate waarin de RNR-principes zijn toegepast en of er bijvoorbeeld voldoende werkbegeleiding werd aangeboden, etc. De combinatie van deze lijsten heeft het mogelijk gemaakt om de programma-integriteit per cliënt, maar ook op groepsniveau te beoordelen.
- C.** Uit de procesevaluatie kwam naar voren dat er grotendeels aan de randvoorwaarden was voldaan. Zo voldeden de behandelaren aan de eisen omtrent de opleiding, er werd indien nodig werkbegeleiding aangeboden, en er werd binnen de instelling minimaal maandelijks intervisie georganiseerd. De gemiddelde score voor programma-integriteit op groepsniveau voor het uitvoeren van de sessies tijdens drie perioden van telkens vier weken bleek bij alle metingen voldoende (het moest meer dan 80% zijn), het betrof een gemiddelde score van 89,2%. Er werd ook onderzocht hoeveel behandelingen voldeden aan de programma-integriteit over de totale behandelperiode, hierbij werd een score van 87,2% gehaald (N=15; de overige behandelaren lieten te veel vragen onbeantwoord, omdat ze die nog niet konden beantwoorden na een behandelperiode van 12 weken). Ondanks de positieve uitkomst, bleken er ook duidelijke aandachtspunten te zijn. Zo maakten niet alle behandelaren voldoende gebruik van de intervisiemomenten. Ook was de afstemming tussen behandelintensiteit en het recidive-risico in een aantal behandelingen niet passend. Wat verder opviel was dat zes behandelaren aangaven dat het betrekken van het systeem van cliënten problematisch was verlopen. Zij vonden dat de omgeving onvoldoende bereid of in staat was om de cliënt te ondersteunen bij het werken aan zijn leerpunten (om die reden is besloten om te zorgen voor een vrijwilliger of professional als dit niet lukt) De interventie werd gemiddeld genomen door cliënten beoordeeld met een 8. Sommige cliënten vonden dat er niet altijd voldoende oefeningen werden aangeboden (de behandelaren hadden hier overigens een andere mening over). Verder gaven enkele cliënten ter feedback dat ze liever vaker ontspanningsoefeningen doen en minder werken met schrijf oefeningen/werkbladen. Tijdens het onderzoek is ook gekeken naar de doeltreffendheid op groepsniveau in een periode van twee maanden. Hiervoor kon slechts een beperkt aantal lijsten worden gebruikt wegens ontbrekende data. Er bleek een significante verbetering op de totale AROPMaat-Plus-doelenlijst, zowel volgens behandelaren als cliënten. Ook werd er een significante vooruitgang gerapporteerd op het gebied van de motivatie. Cliënten en behandelaren waren het vrijwel eens over de onderdelen waar verandering had plaatsgevonden, het gaat bijvoorbeeld om het minder vertonen van agressief gedrag, het beter kunnen reduceren van stress en het meer beschikken over beheersingsvaardigheden. De gevonden resultaten moeten echter voorzichtig worden geïnterpreteerd. Het gaat immers over een bijzonder kleine groep. Bovendien kan het goed zijn dat de resultaten na afronding van de behandeling minder positief zijn, omdat vooral voortgang is waar te nemen bij de doelen waar de laatste twee maanden aan is gewerkt en minder bij de doelen die in de periode daarvoor werden behandeld.

5. Werkzame elementen

1. Toepassen van het RNR-model (Andrews & Bonta, 2010; Hoogsteder et al., 2014 en 2018).
2. Grotendeels individueel behandelaanbod (DiGiuseppe & Tafrate, 2001);
3. Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie/ werkalliantie;
4. Valideren (empathie tonen en oordeelsvrij benoemen wat de ander voelt en denkt; Linehan et al., 1999);
5. 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;
6. Doorlopend motiveren door het toepassen van motiverende gesprekstechnieken en specifieke AROPMaatPlus-motivatietechnieken, waaronder het versterken van het 'geloof in eigen kunnen';
7. Het generaliseren wordt bevorderd door relevante systeemleden te betrekken en huiswerkopdrachten mee te geven;
8. 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);
9. 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);
10. Het aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen (dramatherapeutische technieken, denk aan rollenspellen, lichaamsgerichte oefeningen en bewerkte mindfulness oefeningen (e.g., Hoogsteder et al, 2014, Landenberger & Lindsey, 2005);
11. Veel aandacht voor verminderen van executieve functies, waaronder stressreductie impulscontrole, beheersingsvaardigheden en emotieregulatie (Schippers, Hoogsteder, & Stams, 2020; Deffenbacher, 2011).
12. Werken met een veiligheidsplan.

6. Aangehaalde literatuur

- Andrews, D.A., & Bonta. J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*. Vol. 16(1), pp. 39-55. Ottawa: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Basquill, M., Nezu, M., Nezu, A., & Klein, T. (2004). Aggression-related hostility bias and social problem-solving deficits in adult males with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 109, 255-263.
- Beck, A.T. (1999). *Prisoners of Hate. The cognitive basis of anger hostility and violence*. New York: Harper Collin.
- Bellemans, T., Didden, R., Van Busschbach, J., Hoek, P., Scheffers, M., Lange, R., & Lindsay, W. (2019). Psychomotor therapy targeting anger and aggressive behaviour in individuals with mild or borderline intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 44, 121-130.
- Boerhout, C., Swart, M., van Busschbach, J. T., & Hoek, H. W. (2016). Effect of aggression regulation on eating disorder pathology: RCT of a brief body and movement-oriented intervention. *European Eating Disorders Review*, 24, 114–121.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). Risk-Need-Responsivity Model for offender assessment and rehabilitation. (Corrections Research User Report No. 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Bonta, J. & Andrews, D.A (2017). *The psychology of criminal conduct*, Sixth Edition, New York: Routledge:
- 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.
- Briones-Rodriguez, C., Morales-Martinez, G.E., Santos- Alcantara, M.G., Lopez-Ramirez, E.O., & Urdiales-Ibarra, M.E (2016). Cognitive algebra underlying high school student's self-efficacy judgment to solve mathematical problems in the classroom or online. *International Journal of Education*, 8(2), 136-148.
- Burnette, J. L., O'Boyle, E. H., VanEpps, E. M., Pollack, J. M., & Finkel, E. J. (2013). Mind-sets matter: A meta-analytic review of implicit theories and self-regulation. *Psychological Bulletin*, 139(3), 655-701.
- 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.
- Chiesa A., & Serretti A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2009, 15, 593-600.
- 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.
- 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.
- Davies, L.E., Oliver, C. (2016) Self-injury, aggression and destruction in children with severe intellectual disability: incidence, persistence and novel, predictive behavioural risk markers. *Research in Developmental Disabilities*, 49-50, 291-301.
- Davidson, R.J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Danielsson H., Henry L., Messer D., Rönnerberg J. (2012). Strengths and weakness in executive functioning in children with intellectual disability. *Journal Research in Developmental Disabilities*, 33, 600–607.
- Dermitzaki, I., Stavroussi, P., Bandi, M., & Nisiotou, I. (2008). Investigating ongoing strategic behaviour of students with mild mental retardation: Implementation and relations to performance in a problemsolving situation. *Evaluation & Research in Education*, 21, 96-110.
- Deffenbacher, J.L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 212-221.
- Dekker, M., Douma, J., Ruiten, K. de, & Koot, J. (2006). Aard, ernst, comorbiditeit en beloop van gedragsproblemen en psychische stoornissen bij kinderen en jeugdigen met een verstandelijke beperking. In R. Didden (Red.), *In perspectief. Gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en lichte verstandelijke beperking* (pp. 21-40). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Douma, J., Moonen, X., Noordhof, L., & Ponsioen, A. (2012). Richtlijn diagnostisch onderzoek LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en afnemen van diagnostische instrumenten bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG
- De Wit, M., Moonen, X.M.H., & Douma, J.C.H. (2011). Richtlijn effectieve interventies LVB: Aanbevelingen voor het ontwikkelen, aanpassen en uitvoeren van gedragsveranderende interventies voor cliënten met een licht verstandelijke beperking. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVG.
- 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.
- Diden, R., Lindsay, W., Lang, R., Sigafos, J., Deb, S., & Lancioni, G. (2016). Aggression. In: N. Singh (Ed.), *Clinical handbook of evidence-based practices for individuals with intellectual disabilities* (pp. 727-750). New York: Springer.
- Dodge, K.A., & Pettit, G.S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349-371.
- Doornbos, N. (2012). Bespreking van: M. Teeuwen (2012) Verraderlijk gewoon: licht verstandelijk gehandicapte jongeren, hun wereld en hun plaats in het strafrecht. *Trema*, 35(7), 255-256.
- Eme, R. (2019). Life course persistent antisocial behavior silver anniversary. *Aggression and Violent Behavior*, 50, 1-16.
- 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.
- Gendreau, P., French, S., & Taylor, A. (2002). What Works (What Doesn't Work)-Revised 2002: The Principles of Effective Correctional Treatment. University of New Brunswick at Saint John: Unpublished Manuscript.
- Hesper, B., & Drieschner, K. (2013). Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg (2007-2012). Den Dolder: De Borg.
- Hofmann, W., Schmeichel, B.J., & Baddeley, A.D. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in Cognitive Sciences*, 16, 174-180.
- Holland, S., & Persson, P. (2011). Intellectual disability in the Victorian prison system: Characteristics of prisoners with an intellectual disability released from prison in 2003–2006. *Psychology, Crime & Law*, 17(1), 25-41.
- Hoogsteder, L.M. (2017). Proceevaluatie AROPMaat-Plus. 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., Schippers, E.E., & Bonnes, D. (2018). Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART): An Evaluation Study in a Dutch Juvenile Justice Institution in Terms of Recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(14), 4403-4424.
- 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.
- Hurk, A. A. van den, & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What Works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. (2007). A systematic review of the national and international evidence on the effectiveness of interventions with violent offenders. *Research Development Statistics, Ministry of Justice Research Series 16/07*.
- Kaal, H. (2011). Gedetineerden met een licht verstandelijke beperking. *Proces*, 90, 251-261.

- Kaal, H. (2016). Prevalentie licht verstandelijke beperking in het justitiedomein. Leiden: Hogeschool Leiden.
- Kaal, H., & de Jong, B. (2017). Registratie van LVB-problematiek in het justitiële domein. WODC, Leiden.
- Kaal, H., Moonen, X. & Nijman, H. (2015). Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL) – stand van zaken 1 juli 2015. Leiden: Expertisecentrum Jeugd – Hogeschool Leiden.
- Kay, J. J., Clegg, J. A., Emck, C., & Standen, P. J. (2016). The feasibility of psychomotor therapy in acute mental health services for adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 41(1), 54–60.
- Kelly, J.R. (2007). Mindfulness-based and cognitive-behavior therapy for anger-management: an integrated approach, PCOM Psychology dissertation.
- Koolhof, R., Loeber, R., & Collot d'Escury, A. (2007). Eerst tot tien tellen! Of is dat voor LVG jongeren niet genoeg? Is de LVG-jongere extra kwetsbaar om delinquent gedrag te ontwikkelen? *Onderzoek & Praktijk*, 5, 15-19.
- Kruisdijk, S., Jonker, F., Goedhard, L. & Nijman, H. (2019). Intellectual disability in the DSM-5: The importance of adaptive functioning development and testing of the adaptive questionnaire intellectual disability (AVVB). *Tijdschrift de psychologie*, 34.
- 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.
- Larkin, P., Jahoda, A., & MacMahon, K. (2013). The social information processing model as a framework for frequent aggression in adults with mild to moderate intellectual disabilities: A systematic review of the evidence. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26, 447-465.
- 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.
- 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.
- Maier, S. U., Makwana, A. B., & Hare, T. A. (2015). Acute stress impairs self-control in goal-directed choice by altering multiple functional connections within the brain's decision circuits. *Neuron*, 87(3), 621-631.
- Matson, J. L., & Shoemaker, M. E. (2011). Psychopathology and intellectual disability. *Current Opinion in Psychiatry*, 24(5), 367-371.
- Maughan, B., Collishaw, S., & Pickles, A. (1999). Mild mental retardation: psychosocial functioning in adulthood. *Psychological Medicine*, 29(02), 351-366.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 363, 2577-2597.
- Mehling, W. E., Price, C., Daubenmier, J. J., Acree, M., Bartmess, E., & Stewart, A. (2012). The multidimensional assessment of interoceptive awareness (MAIA). *PLoS One*, 7(11), e48230.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *Het delict als maatstaf: Methodiek voor werken in gedwongen kader*. Amsterdam: Uitgeverij SWP/Reclassering Nederland.
- 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.
- Nieuwenhuijzen, van, M. & Vriens, A. (2012). (Social) Cognitive skills and social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 426-434.
- Nijman, H., Didden, R., & Hesper, B. (2017). *Handreiking risicomanagement LVB*. Utrecht: KFZ.
- Novaco, R.W. (1997). Remediating anger and aggression with violent offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 2, 77-88.
- Novaco, R.W., Ramm, M., & Black, L. (2001). Anger treatment with offenders. In: C.R. Hollin (Ed.). *Handbook of offender assessment and treatment* (pp. 281-296). Chichester, UK: Wiley.
- Norcross, J. O., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of Clinical Psychology*, 67, 143-154

- Palmer, E.J. (2007). Criminal thinking. In: D. Carson, B. Milne, F. Pakes, K. Shalev, & A. Shawyer (Eds.), *Applying psychology to criminal justice* (pp. 147-165). Chichester, UK: Wiley.
- Pellegrino, B. (2012). Evaluating the mindfulness-based and cognitive-behavior therapy for Anger management program. PCOM Psychology dissertations, paper 235.
- Ramplung, J., Furtado, V., Winsper, C., Marwaha, S., Lucca, G., Livanou, M., & Singh, S. (2016). Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European Psychiatry*, 34, 17-28.
- Roos, J. (2017). Kenmerken en implicaties van een licht verstandelijke beperking. In: H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (Red.), *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtketen* (pp. 19-40). Amsterdam: Boom criminologie.
- Rovers, B. 2010. "Motiveren en motivatieproblematiek." *Integraal motiveren in het patiëntenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertisecentrum veiligheid.
- Sarkisian, K., Van Hulle, C., Lemery-Chalfant, K., & Goldsmith, H. H. (2017). Childhood inhibitory control and adolescent impulsivity and novelty seeking as differential predictors of relational and overt aggression. *Journal of Research in Personality*, 67, 144-150.
- Scheepmaker, M.J.M. (2008). Evaluatie van een meetinstrument naar de sociale informatieverwerking bij kinderen met een licht verstandelijke beperking en gedragsproblemen. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Schuiringa, H., van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., & Matthys, W. (2017). Executive functions and processing speed in children with mild to borderline intellectual disabilities and externalizing behavior problems. *Child Neuropsychology*, 4, 442-462.
- Sharp, C., & Vanwoerden, S. (2014). The developmental building blocks of psychopathic traits: revisiting the role of theory of mind. *Journal of Personality Disorders*, 28, 78-95.
- 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.
- Stannis, R. L., Crosland, K. A., Miltenberger, R., & Valbuena, D. (2019). Response to bullying (RTB): Behavioral skills and in situ training for individuals diagnosed with intellectual disabilities. *Journal of applied behavior analysis*, 52(1), 73-83.
- 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.
- Taylor, J., & Novaco, R. (2013). Anger control problems. In: J. Taylor, W. Lindsay, R. Hastings & C. Hatton (Red.), *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*, 133-155. London: Wiley Blackwell.
- Taylor, J., Novaco, R., & Brown, T. (2016). Reductions in aggression and violence following cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Disabilities Research*, 60, 126-133.
- Taylor, J., Novaco, R., & Johnson, L. (2009). Effects of intellectual functioning on anger treatment for adults with learning disabilities in secure settings. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*, 3, 51-56.
- Tielbeek, J., Al-Itejawia, Z., Zijlmans, J., Polderman, T., Buckholtz, J., & Popma, A. (2018). The impact of chronic stress during adolescence on the development of aggressive behavior: A systematic review on the role of the dopaminergic system in rodents. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 91, 187-197.
- 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.
- Van der Molen, M. J., Van Luit, J. E., Jongmans, M. J., & Van der Molen, M. W. (2009). Memory profiles in children with mild intellectual disabilities: Strengths and weaknesses. *Research in Developmental Disabilities*, 30(6), 1237-1247.
- Verdonck, E., & Jaspert, E. (2009). *Motivatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld*. Leuven: Leuven Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Walker, R. F., & Murachver, T. (2012). Representation and theory of mind development. *Developmental Psychology*, 48(2), 509.
- 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.
- 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-gedeteneerden bestraft in de periode 2002-2010. Den Haag: WODC

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.

