

Interventie

Agressie Regulatie op Maat Ambulant voor Volwassenen

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 13 december 2023

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Hoogsteder (25 oktober 2023).

Justitieinterventies.nl: beschrijving Agressie Regulatie op Maat Ambulant Volwassenen. Utrecht:

Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van www.justitieinterventies.nl.

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
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
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	26
4.2 Onderzoek naar behaalde effecten.....	28
5. Samenvatting Werkzame elementen.....	31
6. Aangehaalde literatuur	32

Samenvatting

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

Doelgroep

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

Doel

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

Materiaal

Het materiaal van de interventie bestaat uit diverse handleidingen: 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 de standaard en optionele modules. Er bestaan ook videofragmenten die ter ondersteuning van de behandeling gebruikt kunnen worden. Voor de werving kan er gebruikgemaakt 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 BPS-model (Dodge & Pettit, 2003). Hierbij wordt ter verdieping gebruik gemaakt van de theorie over het verstoorde sociale informatieverwerkingsproces. Volgens het BPS-model is chronische agressie het gevolg van een interactie tussen enerzijds de biologische, psychologische en sociale factoren en anderzijds de kwetsbaarheid van deze factoren. In de eerste plaats vormen bepaalde biologische predisposities een risico voor de ontwikkeling van agressief gedrag, zoals ADHD, ASS, en de mate van impulsiviteit (executieve functie).

Ten tweede spelen hierbij psychologische factoren, zoals cognitieve en emotionele processen een rol. Ten derde kunnen ongunstige sociale omstandigheden (denk aan schulden, geen inkomen en/of vaste woning) en negatieve opgedane levenservaringen een criminogene risicofactor vormen voor de ontwikkeling van

agressieproblematiek. De ARopMaat-VA 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 onderbouwning).

Onderzoek

Er hebben twee procesevaluaties plaatsgevonden over de uitvoerbaarheid en het niveau van de programma-integriteit van de ARopMaat-VA (Hoogsteder, 2017 en 2023). Uit beide evaluaties werd duidelijk dat de ingezette behandelaars voldeden aan de basisvoorwaarden qua opleiding en ervaring, het volgen van intervisie (alleen niet altijd maandelijks, enkele instellingen doen het elke zes weken), de eisen omtrent de caseload en het bieden van extra werkbegeleiding indien nodig. De resultaten toonden aan dat het niveau van de programma-integriteit bij de Waag in orde is. Bij andere instellingen zijn de resultaten wisselend, maar op groepsniveau is de score eveneens voldoende. 63 cliënten hebben de ARopMaat beoordeeld met een gemiddelde van 7,8.

Er hebben ook twee onderzoeken plaatsgevonden naar de doeltreffendheid van ARopMaat-VA. Bij het eerste onderzoek is gekeken naar de doeltreffendheid van ARopMaat-VA bij 227 cliënten. De resultaten wezen uit dat er positieve significante veranderingen zijn behaald met betrekking tot afname van de kans op algemene recidive, impulsiviteit, boosheid en agressie, cognitieve vervormingen, problematisch middelengebruik en het verbeteren van oplossingsvaardigheden. Bij de tweede studie is ook gekeken naar de doeltreffendheid van ARopMaat-VA, de studie bestaat echter uit andere cliënten en er is gebruik gemaakt van een ander risicotaxatie-instrument. Ook uit deze onderzoeksresultaten wordt duidelijk dat ARopMaat-VA leidt tot vermindering van de kans op geweldsrecidive.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

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

Intermediaire doelgroep

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

N.B. Als er kinderen in het spel zijn en er voor hen mogelijk sprake is van onveiligheid, dan is samenwerking met behandelaren die werken aan het stoppen van de kindermishandeling en samenwerking met Veilig Thuis vereist al dan niet met andere ketenpartners.

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-VA voorlopig geïndiceerd is. De uitkomst wordt bepaald door de regiebehandelaar in overleg met een multidisciplinair team. Vervolgens wordt een initieel behandelplan opgesteld dat leidend is voor de voorbereidende-behandelfase waarin risicotaxatie en assessment plaatsvinden, een eventuele partner of andere systeemleden worden betrokken, er aandacht is voor het motiveren en empoweren van de cliënt en een veiligheidsplan wordt opgesteld. De uitkomst van de risicotaxatie (en indien nodig diepgaandere diagnostiek) wordt wederom ingebracht in een multidisciplinair teamoverleg en dient als basis voor het opstellen van het behandelplan voor de behandelfase. De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de definitieve indicatie en de inhoud van het behandelplan voor de behandelfase en zorgt ervoor dat de bevindingen worden teruggekoppeld naar de cliënt. Het kan dus voorkomen dat een cliënt na de voorbereidende-behandelfase 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.

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 van 80 of hoger. Tijdens de intake wordt de SCIL toegepast om te screenen op LVB. Mocht het instrument aangeven dat er mogelijk sprake is van LVB, dan wordt de WAIS afgenomen en de ADAPT (observatielijst adaptieve vaardigheden; Jonker et al., 2021);
3. De cliënt heeft een matig (3), hoog (4) of zeer hoog (5) recidiverisico op geweld (gemeten met de FARE; Forensisch Ambulante Risico Evaluatie; FARE; van Horn et al., 2016);
4. De cliënt scoort matig tot (zeer) hoog op de volgende dynamische risicofactoren van de FARE: D8: Gebrekkige impulscontrole en/of D9: Disfunctionele oplossingsvaardigheden;

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

Contra-indicaties

De aanwezigheid van ernstige suïcidaliteit, acute homicidaliteit of een acute psychose;

1. De aanwezige problemen zijn alleen veroorzaakt door problematisch middelengebruik (er is sprake van primaire verslavingsproblematiek);
2. Een structurele weigering door de cliënt om met AROPMaat aan de slag te gaan, ook nadat de AR-behandelaar diverse motivatietechnieken heeft toegepast. Let op: dit kan pas tijdens de voorbereidende behandel fase goed worden beoordeeld. De AR-behandelaar moet dus eerst kunnen investeren in het motiveren;
3. Agressie die uitsluitend op zichzelf wordt gericht (automutilatie).
4. Het agressieve gedrag vindt uitsluitend plaats in huiselijke kring¹.

Contra-indicatie tot gedeeltelijk aanbieden van groepsbehandelingen

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

Om te bepalen of een cliënt voldoet aan de indicatiecriteria of de contra-indicaties, wordt gebruik gemaakt van dossierinformatie die afkomstig is van de verwijzer, de informatie verkregen uit het intakegesprek en de voorbereidende-behandel fase, en de klinische blik van de regiebehandelaar. Daarnaast is de uitkomst van de risicotaxatie nodig, er wordt zoals al eerder genoemd gebruik gemaakt van de FARE. Voor het stellen van diagnoses wordt de DSM-5 gebruikt.

Indicatiecriteria optionele modules

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

Betrokkenheid doelgroep

De doelgroep is op verschillende manieren betrokken geweest bij de (door)ontwikkeling van de interventie. De eerste versie van het zorgprogramma (2013) is na zeven maanden geëvalueerd met diverse behandelaren door ook aan cliënten om feedback te vragen. Uit deze evaluatie werd duidelijk dat zowel behandelaren als cliënten het prettig vonden om onderdelen van de behandeling ook in groepsverband aan te kunnen bieden (het was eerst allemaal individueel), aangezien leren in groepsverband soms ook meerwaarde heeft. Verder kwam er feedback op cartoons en plaatjes die waren gebruikt, deze werden niet begrepen en/of te kinderachtig gevonden. In 2014 heeft er nogmaals overleg met een groep cliënten over het zorgprogramma plaatsgevonden. Uit deze evaluatie kwam naar voren dat cliënten gebruik wilden maken van meer filmfragmenten, ze wilden dat ondersteunende plannen en werkbladen persoonlijker werden geformuleerd (zoals het toevoegen van een kopje 'mijn veiligheidsplan', etc.). Verder gaven ze aan dat ze behoefte hadden aan simpele uitleg met weinig woorden en veel doe-opdrachten.

Ook wilden ze dat mindfulness-oefeningen anders genoemd werden, omdat het met zweverigheid werd

¹ De AROPMaat biedt voldoende houvast om agressie in huiselijke kring te stoppen en/of te verminderen als er geen sprake is van kindermishandeling. Binnen de Waag bestaat er echter een apart programma voor het behandelen van huiselijk geweld.

geassocieerd. Om die reden wordt het nu ‘het focussen of het richten van de aandacht genoemd’. Daarnaast wordt er sinds 2018 minimaal eens per twee jaar alle feedback verzameld door de kwaliteitsafdeling van de Waag die uit de evaluatieformulieren naar voren komen. Dit heeft de afgelopen periode geleid tot het toevoegen van meer ervaringsgerichte oefeningen, en het duidelijker beschrijven van enkele oefeningen.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het primaire doel van AROPmaat-VA 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-doelenlijst. Op een later moment zullen recidivecijfers worden opgevraagd bij het WODC (effectonderzoek).

Subdoelen

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

De AROPmaat-VA werkt aan de volgende standaard subdoelen:

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

Algemene doelen voor betrokken systeemleden (indien aanwezig)

1. Betrokken systeemleden bieden de cliënt steun en helpen bij het naleven van het veiligheidsplan.
2. Betrokken systeemleden ontvangen psycho-educatie over het probleemgedrag van de cliënt en kunnen acute risicofactoren herkennen.

De AROPmaat-VA werkt aan de volgende optionele subdoelen:

1. De cliënt reduceert gevoelens van stress en spanning; er is geen sprake van chronische stress/verhoogde arousal. Hij past functionele copingvaardigheden toe;
2. De cliënt kan eigen impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen;
3. De cliënt kan het gedrag van anderen objectief waarnemen en via rationele gedachten interpreteren;
4. De cliënt kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerken/loslaten mogelijk is;
5. De cliënt beschikt over adequate vaardigheden in het omgaan met conflicten. Dit betekent o.a. dat de cliënt weinig ruzie heeft met andere mensen, adequaat (assertief) met autoriteiten om kan gaan en kritiek kan ontvangen zonder boos te worden;
6. De interactie tussen partner en de cliënt is verbeterd. Partner en cliënt beschikken over vaardigheden

voor het verbeteren van het contact en het adequaat hanteren en oplossen van conflicten. Dit betekent o.a. dat beiden elkaar kunnen valideren (begrip tonen voor gevoelens en gedachten) en conflictremmers kunnen toepassen;

7. De cliënt heeft een stabiele woonplek en voldoende inkomen om te kunnen leven. Als er sprake is van schulden, is er gezorgd voor een acceptabele afbetalingsregeling;
8. De aanwezige comorbide problematiek (bijvoorbeeld ADHD, middelenafhankelijkheid en traumagerelateerde klachten) van de cliënt is onder controle en versterkt het externaliserende probleemgedrag niet;
9. De cliënt ervaart dagelijks momenten van zelfvertrouwen.

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

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Algemeen

ARopMaat-VA maakt gebruik van de RNR-principes (risk-need-responsivity; zie voor uitleg kopje onderbouwing) en van een cognitief gedragsmatige aanpak. Daarnaast werkt het zorgprogramma met ervaringsgerichte oefeningen, denk aan dramatherapeutische technieken, zoals rollenspelen, stoelentechneken² imaginatie-oefeningen en aangepaste mindfulness-oefeningen. Er is indien nodig continu aandacht voor het motiveren. Ook worden er thuiswerk-oefeningen meegegeven. Daarnaast wordt er forensisch maatschappelijk werk ingezet als er problemen zijn op het gebied van werk, huisvesting en inkomen.

Fasering

ARopMaat-VA bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. Voorlopige indicatiestelling Meer informatie over het indiceren en de betrokken behandelaren is te vinden onder het kopje indicatiecriteria. In deze fase gaat het om het inzien van dossierinformatie, het voeren van gesprekken met de verwijzer, het verzorgen van een intakegesprek en het opstellen van een initieel behandelplan (als er geen sprake is van contra-indicatie/afwijzing) voor de volgende fase. Als tijdens deze fase een voorlopige indicatie voor ARopMaat-VA is gesteld, volgt de voorbereidende-behandelfase;
2. Voorbereidende-behandelfase. Deze fase wordt uitgevoerd door de AR-behandelaar en is gericht op risicotaxatie, assessment en zo nodig verdiepende diagnostiek, het aangaan van contact, het motiveren en empoweren, het bieden van psycho-educatie en het opstellen van een veiligheidsplan. Aan het einde van deze fase is een definitieve indicatie en diagnose gesteld en een definitief behandelplan voor de volgende fase. De eerste twee fasen mogen in totaal niet meer dan 12 weken in beslag nemen;
3. Behandeling. De behandeling bestaat uit het aanbieden van onderdelen uit de startmodule die tijdens de voorbereidende fase nog niet zijn aangeboden, daarnaast ook de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules. In deze fase wordt indien van toepassing ook een signaleringsplan (gericht op stress of andere negatieve emoties) opgesteld. De duur van deze fase varieert en is afhankelijk van het recidiverisico van de cliënt en het leertempo. De praktijk leert dat cliënten die de ARopMaat-VA aangeboden krijgen, gemiddeld genomen een behandeling van 44 weken ontvangen (inclusief de nazorgfase).
4. Afronding van de behandeling. Dit betreft een overgangsfase van maximaal twee weken en wordt ingezet als de doelen van de behandeling zijn behaald. In deze fase wordt er een toekomstplan opgesteld (of geactualiseerd) en vindt er een eindevaluatie plaats;
5. Nazorg. De lengte van de nazorgfase is afgestemd op het recidiverisico na afronding van de behandeling en kan twee tot vier maanden duren, tenzij tijdens deze periode blijkt dat de periode verlengd moet

² Er zijn verschillende variaties mogelijk, er wordt met twee of meerdere stoelen gewerkt. Elke stoel staat voor een eigenschap, rol, kant of denkwijze. Een stoelentechneken helpt om beter te voelen, andere ervaringen op te doen en om keuzes te maken.

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

Frequentie en duur van de interventie

Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. Dit geldt bij een matig recidiverisico en een grote responsiviteit (ontvankelijkheid) om te leren/te veranderen. De intensiteit kan oplopen tot drie keer per week als het gaat om een hoog recidiverisico en een cliënt die langzaam of moeizaam leert (bijvoorbeeld door een vrij laag IQ of ADHD). Een groepsaanbod (bijvoorbeeld bij de modules Waarnemen en Interpreteren en Conflicthantering) duurt anderhalf uur. De behandeling duurt in theorie minimaal 4 maanden tot maximaal 1,5 jaar. De praktijk laat echter zien dat er cliënten zijn bij wie de behandelduur langer duurt. Zoals eerder aangeven gaat het gemiddeld genomen gaat het om 44 weken. Mocht de module Partner in beeld of het gedeeltelijk werken in groepsverband geïndiceerd zijn, dan kan ervoor gekozen worden om het individuele aanbod in deze periode te reduceren naar eens per twee weken en in te korten tot 45 minuten.

Tijdens de behandeling is tussendoor op- en afschaling van de behandelintensiteit mogelijk en soms nodig, bijvoorbeeld als er een periode sprake is van acute risicofactoren. Er kan ook voor worden gekozen om een individuele bijeenkomst langer te laten duren zodat er meer ruimte is voor het doen van experiëntiële oefeningen (ervaringsgerichte oefeningen). Indien de cliënt een smartphone heeft, kan een behandelaar naast de face-to-face sessies ook gebruik maken van beeldbellen en opdrachten en/of dagboeken via eHealth als extra ondersteuning.

Standaard en optionele modules

Voor het bieden van maatwerk bestaat AROPmaat-VA uit een set standaard modules (Startmodule, Beheersingsvaardigheden, Anders denken en Netwerk) en een aantal optionele modules (Stressreductie, Impulscontrole, Waarnemen en Interpreteren, Emotieregulatie, Conflicthantering, Zelfbeeld en Partner in Beeld).

Inhoud van de interventie

Algemene informatie

Basishouding en rode draad qua aanbod

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

De cliënt krijgt bij de start van een bijeenkomst (al vanaf de voorbereidende-behandelfase) de mogelijkheid om situaties in te brengen die boosheid of irritatie hebben opgeroepen. Een cliënt kan op die manier zijn gevoelens ventileren en op een rij zetten en dit draag bij een adequate emotieregulatie. Daarnaast worden er samen met de behandelaar adequate oplossingen/reacties bedacht voor als het probleem nog voortduurt of zich mogelijk herhaalt. Naast dit onderdeel worden verschillende modules aangeboden die elk gericht zijn op het behalen van een subdoel. De standaard modules en de geïndiceerde modules worden indien mogelijk in een vaste volgorde aangeboden (zie onderstaand overzicht bij kopje inhoud behandelfase). Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, heeft immers invloed op de leerbaarheid. Als een cliënt bijvoorbeeld nog niet in staat is tot het verminderen van gevoelens van stress, dan zal het werken aan beheersingsvaardigheden minder effect hebben dan wanneer een cliënt dit wel kan. In het kader van de responsiviteit kan hier echter voor een andere volgorde worden gekozen, bijvoorbeeld als een cliënt weerstand toont tegen een specifieke module en de voorkeur heeft voor een andere. Ook komt het erg vaak voor dat een cliënt een probleem inbrengt dat vraagt om oefeningen uit verschillende modules. De module Partner in Beeld wordt ingezet indien geïndiceerd en zodra beiden hiervoor gemotiveerd zijn (hier zet de behandelaar zich actief voor in). Het moment waarop de module Zelfbeeld en Netwerk worden aangeboden

vragen om maatwerk. De inhoud kan gefaseerd worden aangeboden, soms is het wenselijk om hier meteen mee te beginnen, maar het kan ook zo zijn dat andere behandelthema's meer op de voorgrond staan en/of dat daar meer succeservaringen mee zullen worden opgedaan.

Behandeling van een psychiater (farmacotherapie), de inzet van forensisch maatschappelijk werk (bijvoorbeeld als er aandacht besteed moet worden aan het realiseren van schuldsanering of het vinden van werk en/of huisvesting), de verslavingszorg en/of een trauma-interventie kan parallel aan de AROPMaat-VA worden ingezet, indien geïndiceerd. Dit kan bijvoorbeeld aan de orde zijn als er sprake is van ADHD, depressie, problematisch middelengebruik of traumagerelateerde klachten. Deze ondersteunende behandelvormen worden ook opgenomen in het behandelplan en kunnen nog doorlopen als de cliënt in de nazorgfase van de AROPMaat-VA zit.

Opbouw module

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

Continuïteit

Een eventuele partner (zie ook module Partner in beeld) en relevante betrokken systeemleden worden al indien mogelijk vanaf de eerste fase bij de behandeling betrokken. Ze nemen een belangrijke positie in bij de uitvoering van het veiligheidsplan en/of het signaleringsplan (dit wordt regelmatig met elkaar geëvalueerd), indien mogelijk bij het ondersteunen van het doen van thuisopdrachten en het oplossen van problemen. Verder worden cliënten gestimuleerd om mensen uit hun netwerk te benaderen voor het krijgen van meer (emotionele) steun. De partner of een ander betrokken systeemlid kan, indien gewenst, ook enkele sessies zonder de cliënt gezien worden. Dit kan voor het vergroten van de motivatie, het ontvangen van psycho-educatie en het leren van de-escalerende technieken. Het contact met eventuele ingezette ketenpartners wordt onderhouden om zo met elkaar de nodige begeleiding te bieden, gericht op herstel en het verminderen van de agressieproblematiek.

Afronding en nazorg

Tijdens het afronden van de behandeling wordt voor de nazorgfase een actueel 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 eventueel 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 professionele ketenpartners. De AR-behandelaar ziet de cliënt in deze fase minder vaak en onderhoudt vooral contact via de telefoon, blended care of beeldbellen. Bij terugval is echter face-to-facecontact geïndiceerd.

Individueel aanbod versus groepsbehandeling

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

Inhoud (voorbereidende) behandelphase

Opbouw sessie

Elke bijeenkomst wordt een transfer gemaakt naar de vorige bijeenkomst en stilgestaan bij de afgelopen dagen of week. Hierbij kan gekozen worden uit een drietal oefeningen. In de regel wordt gevraagd naar

situaties waar de cliënt boos over is geweest, zie ook bovenstaande uitleg. Als er doorgegaan 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. Tijdens elke sessie moet er een doe-oefening worden aangeboden. Aan het einde van de sessie wordt er samen gezorgd voor een samenvatting van de bijeenkomst en wordt er besloten welke thuisopdracht voor de cliënt passend is om mee aan de slag te gaan.

In elke sessie wordt er 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. Hier is al eerder uitleg over gegeven.
- C.** Er is blijvend aandacht voor het motiveren. Denk hierbij ook aan het valideren en het behouden van inzicht in de nadelige gevolgen van het vertonen van agressief gedrag.

1. Startmodule (standaard)

Deze module staat in het teken van het motiveren (o.a. een voordelen- en nadelenanalyse, maar ook doen van stoelentherapie), empoweren, het opstellen van een veiligheidsplan, het maken van een netwerkanalyse (in eerste instantie gericht op het krijgen van meer steun, en een levenslijn, het bieden van psycho-educatie, inzicht krijgen in eigen agressieketen, veiligheidsmanagement en het opbouwen van een behandelrelatie. In deze module wordt voor het empoweren bijvoorbeeld aan cliënten gevraagd een filmpje te maken van mensen die belangrijk voor hen zijn, waarin zij iets positiefs zeggen over de cliënt.

De meest belangrijke onderdelen (in ieder geval het motiveren en opstellen veiligheidsplan) uit deze module worden ingezet tijdens de voorbereidende-behandelfase. In de voorbereidende behandelfase wordt er aandacht besteed aan risicotaxatie en verdiepende diagnostiek, maar ook aan het vormgeven van de therapeutische relatie, het motiveren en het opstellen van een veiligheidsplan. Als de startmodule in deze fase nog niet is afgerond, wordt het aanbod voortgezet tijdens de behandelfase.

2. Module stressreductie, inclusief signaleringsplan (optioneel)

De cliënt leert meer grip te krijgen op eigen spanningen en stress en past vaardigheden toe om stress te verminderen. Hierdoor zal de leerbaarheid groter worden en neemt de impulsiviteit en de eventuele aanwezige heftige emotionaliteit af. Er wordt tijdens deze module o.a. gewerkt met diverse ontspanningsoefeningen (ook door het leren oproepen van een herinnering die een positief en ontspannen gevoel tot gevolg had en imaginatie-oefeningen), bewerkte mindfulness oefeningen (bijvoorbeeld door van honderd naar 0 te tellen) en door oefeningen te doen die helpen om spanning te uiten, maar ook te verminderen. Hiervoor wordt bijvoorbeeld de oefening 'wisselen van aandacht' aangeboden, de cliënt vertelt dan 30 seconden over zijn stress, vervolgens over een positieve herinnering en gaat dan weer terug naar de stress, etc. Het is de bedoeling dat de cliënt uiteindelijk dagelijks minimaal twee tot drie oefeningen kan toepassen die hem daadwerkelijk helpen om rustig te worden, waardoor chronische stress verdwijnt.

3. Module Impulscontrole (optioneel)

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

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

4. Module Beheersingsvaardigheden (standaard)

Er wordt geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. Hiervoor is het een meerwaarde dat de cliënt in staat is om zijn aandacht buiten zichzelf te plaatsen door te oefenen met bewerkte mindfulnessoefeningen. 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.

5. Module Anders denken (standaard)

Via CGT-technieken wordt er gewerkt aan het verminderen van cognitieve vervormingen die leiden tot

gevoelens van onzekerheid en die boosheidsgevoelens versterken. De invloed van het denken op emoties en gedrag wordt uitgelegd (RET) met het model van de vijf G's. De cliënt wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties in combinatie met een passende houding. Ook wordt de cliënt uitgedaagd zich te identificeren met iemand die tegenovergesteld denkt aan zichzelf als het gaat om disfunctionele cognities. Dit helpt om meer flexibiliteit in denken te realiseren. Dit wordt verder aangemoedigd door diverse stoelentechnieken en imaginatie oefeningen.

6. Module Waarnemen en Interpretieren (optioneel)

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

7. Module Emotieregulatie (optioneel)

Het doorlopen van deze module draagt bij aan het beter kunnen differentiëren en uiten van diverse emoties, voornamelijk emoties die gerelateerd zijn aan agressief gedrag. De module 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 bijvoorbeeld uitgenodigd om de emotie in zijn 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 grip krijgen op eigen emoties, onder andere door via een stoelentechniek de emotie te valideren en er vervolgens afstand van te nemen, of door het doen van ontspannings- en focusoefeningen. Een andere oefening is bijvoorbeeld het leren benaderen van een situatie vanuit het 'emotionele' denken en het 'verstandige' denken.

8. Module Conflicthantering (optioneel; eventueel in groep)

In deze module wordt gewerkt aan diverse vaardigheden, die nodig zijn om op een constructieve wijze conflicten te hanteren. Denk aan het adequaat communiceren, het leren kennen van de eigen stijl in omgaan met conflicten. Er wordt inzicht gegeven in welke stijl strategisch gezien het handigst is bij verschillende situaties. Hierbij is specifiek aandacht voor het leren onderhandelen. Er is ook aandacht voor het omgaan met autoriteiten 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. Vervolgens wordt er geoefend met het toepassen van deze conflictremmer.

9. Module Netwerk (standaard)

Er wordt nogmaals met de cliënt een netwerkanalyse verricht en gekeken of er al veranderingen te zien zijn, nadat de analyse tijdens de startmodule werd uitgevoerd. Er wordt geëvalueerd of er voldoende steun is of dat dit nog verbeterd kan worden. Denk in eerste instantie vooral aan emotionele en validerende steun, maar misschien zijn er ook mensen nodig die kunnen helpen bij het afstand nemen van antisociale vrienden of het op orde houden van de financiën. Naast het realiseren van een meer steunend netwerk is het de bedoeling dat er zicht komt op mogelijke netwerkleden die gevoelens van stress of onprettige emoties versterken of die de cliënt aanzetten tot agressief gedrag. Vervolgens wordt bekeken wat de cliënt nodig heeft om hier weerbaarder in te worden. Optioneel is er verder aandacht voor het uitbreiden van sociale contacten en het onderhouden van deze contacten. Ook kan er gewerkt worden met het leren weerstaan van negatieve druk van individuen of groepen, en de impact van de sociale media.

10. Module Partner in Beeld (optioneel)

Tijdens deze module wordt eerst stilgestaan bij de motivatie. Dit gebeurt vaak door de partner eerst alleen te spreken. Ook is het op die manier makkelijker om zicht te krijgen op de veiligheid en of er sprake is van partnergeweld. Als dit speelt, wordt er al snel samen gewerkt aan een veiligheidsplan en/of signaleringsplan en het werken met de time-outprocedure. Verder wordt in ieder geval gewerkt aan het leren kennen van

elkaars triggers (rode knoppen) en het leren toepassen van beheersingsvaardigheden voor als je als partner te maken krijgt met een rode knop. Door het werken met de module zullen de cliënt en de partner meer veiligheid ervaren. De mogelijkheid tot bieden van psycho-educatie aan partner is aanwezig. Verder ligt bij de partner de focus op het leren toepassen van de-escalerende technieken (conflictremmers), helpende gedachten en het leren adequater communiceren. De cliënt en partner gaan ook aan de slag met het benoemen van elkaars positieve eigenschappen en het leren onderhandelen. De rode draad wordt gevormd door te werken aan het verbeteren van de communicatie, de kwaliteit van het contact en het verminderen van conflicten.

11. Module Zelfbeeld (optioneel)

Deze module is enerzijds gericht op het verbeteren van de responsiviteit. Een beter zelfbeeld vergroot immers de zelfeffectiviteit (geloof in eigen kunnen) en dit leidt tot het gemakkelijker aanleren van nieuwe vaardigheden. Anderzijds is het hebben van een laag zelfbeeld bij een deel van de doelgroep gerelateerd aan het delictgedrag. Zo kunnen cliënten juist vanuit onzekerheid meer stress ervaren en hier uiteindelijk met agressie op reageren. Er worden verschillende oefeningen aangeboden die helpen om het zelfvertrouwen te vergroten. De cliënt bedenkt bijvoorbeeld dagelijks wat hij die dag goed heeft gedaan en/of er wordt bijvoorbeeld dagelijks gewerkt met het oproepen van een positieve herinnering (of fictieve situatie) waarin hij zich zeker voelde, dit wordt vervolgens versterkt door hierbij een passende lichaamshouding aan te nemen en een helpende gedachte te denken. N.B. deze module werkt lang niet bij alle cliënten, denk bijvoorbeeld aan cliënten met sterke narcistische trekken.

Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)

De cliënt krijgt elke sessie de onderdelen aangeboden die beschreven staan bij het kopje opbouw sessie. Daarnaast wordt de inhoud van de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules aangeboden, de cliënt doet in ieder geval de meest belangrijke oefeningen die hierbij horen. Er bestaat een overzicht waarin wordt weergegeven welke oefeningen/onderdelen er in elk geval gedaan moeten worden bij een module. De oefeningen die hierboven bij elke module staan beschreven zijn daar een voorbeeld van. Daarnaast kan er altijd gekozen worden voor extra oefeningen als een cliënt meer tijd nodig heeft om de doelen van een module te behalen. De behandelaar kijkt welke oefeningen goed aansluiten bij de leerstijl, het leertempo en de cognitieve mogelijkheden van de cliënt. Na de behandel fase 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-VA werkt, is het voor het verkrijgen van voldoende verwijzingen van belang om bekendheid over de interventie te realiseren bij potentiële verwijzers. De wijze waarop een instelling dit verzorgt, is verschillend. De ontwikkelaar van de AROPmaat-VA kan voorbeelden van een folder en een PowerPointpresentatie leveren.

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 te vinden is, maar gaat uitgebreider in op de doelgroep, het verklarings- en veranderingsmodel en de wijze waarop de fasering en nazorg wordt vormgegeven;
2. Algemene programmahandleiding. Dit is een handleiding voor de behandelaar, gericht op de individuele modules. Deze handleiding bevat ondersteunende informatie over het aanbieden van de AROPMaat-modules met specifieke aandacht voor de basistechnieken, het veiligheidsmanagement en het motiveren. Ook worden er algemene richtlijnen meegegeven voor het behandelen van traumagerelateerde klachten en problematisch middelengebruik, etc. Verder zijn er richtlijnen te vinden voor het werken met de modules;
3. Elf verschillende modules voor de cliënt en de module Partner in beeld voor de cliënt en zijn/haar partner. **N.B.** De modules zijn geschreven voor de cliënten (mocht het lezen van de inhoud passen bij hun leerstijl, een groot deel van de cliënten doet dat echter niet en zal vooral gebruik maken van de werkbladen al dan niet door gebruik te maken van een app (Minddistrict of Karify). De modules bieden dus vooral ook handvatten voor de behandelaar. Samen met het hoofdstuk in de algemene programmahandleiding over uitleg van de oefeningen, krijgt de behandelaar een duidelijk beeld en kader aangereikt over de inhoud;
4. Managementhandleiding. Deze handleiding biedt vooral zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord;

Naast dit materiaal bestaat er ter ondersteuning ook een blended-care aanbod ter ondersteuning van de modules en de behandeling. Er zijn ondersteunende filmfragmenten leverbaar om theoretische onderdelen of oefeningen beter uit te kunnen leggen. Verder bestaat er een PowerPointpresentatie die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners uit te leggen. Ook is er een folder over de AROPMaat-VA leverbaar.

Locatie en type organisatie

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

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Voor het krijgen van een AROPMaat-VA-certificaat, dienen behandelaren universitair (psychologie of orthopedagogiek) of hbo (sociaal-agogisch: PMT, dramatherapeut of systeemtherapeut) opgeleid te zijn en kennis van en ervaring te hebben met cognitieve gedragstherapie. Naast deze reguliere opleidingseisen is het voor het behoud van de programma-integriteit noodzakelijk om de driedaagse AROPMaat-basisopleiding te volgen. In deze opleiding wordt eerst uitleg gegeven over het theoretische kader van de AROPMaat-VA en de wijze waarop verandering wordt gerealiseerd. Vervolgens worden de modules doorgenomen en verschillende oefeningen uitgetoetst, van feedback voorzien en/of gedemonstreerd. Ook wordt de deelnemer gestimuleerd sensitiever te worden voor leerstijlen en transcultureel behandelen.

Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

Een AROPMaat-VA-behandelaar wordt op deze competenties getoetst tijdens een selectieprocedure door de instelling die de interventie uitvoert.

- De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het behandelen van cliënten met ernstige agressieproblematiek;
- De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen, hierbij zijn sensitiviteit, geduld en doorzettingsvermogen relevant;

- De behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder het valideren (o.a. tonen van empathie);
- De behandelaar is in staat om een adequate werkalliantie op te bouwen;
- De behandelaar kan zijn/haar eigen waardeoordeel opschorten als dit nodig is om te voorkomen dat de cliënt zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met een antisociale denkwijze;
- Ervaring in het toepassen van dramatherapeutische technieken is een pre. Mocht dit niet het geval zijn, dan is het belangrijk om na te gaan of een behandelaar geen problemen heeft met het doen van rollenspelen en andere doe-oefeningen;
- De behandelaar heeft een functie waarin hij/zij onder andere individuele behandelingen aanbiedt, hierdoor is het mogelijk om te voldoen aan de vereiste caseload.

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 samen met de teamleider/manager van de afdeling/stichting verantwoordelijk is voor behoud van de kwaliteit en het programma-integer werken. De PV volgt jaarlijks minimaal twee PV-dagen en krijgt naar behoefte begeleiding van de hoofdontwikkelaar;
2. Behandelaren 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 heeft gevolgd en voldoet aan de voorwaarde omtrent de caseload (zie randvoorwaarden);
3. De PV zorgt ervoor dat er maandelijks intervisie (een uur tot anderhalf uur) wordt aangeboden om zo de vaardigheden die nodig zijn om AROPMaat-AV te kunnen aanbieden te ontwikkelen en te onderhouden.
4. De PV biedt naast intervisie extra werkbegeleiding of intervisie aan als hier behoefte aan is bij de behandelaar (of iemand nog weinig ervaring heeft). 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 vaker de behandel-evaluatieformulieren te gebruiken en deze ook door de cliënt in te laten vullen;
5. Door te voldoen aan de caseload (zie voorwaarden) wordt de AR-behandelaar gestimuleerd om zijn kennis en deskundigheid te vergroten en kwaliteit te verbeteren;
6. AROPMaat-VA wordt grotendeels aangeboden aan cliënten die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn³;
7. Tijdens het aanbieden van een AROPMaat-VA wordt de behandeling gemonitord aan de hand van een behandel-evaluatieformulier en een eindexamenlijst, zodat gecontroleerd kan worden of voldaan wordt aan de meest essentiële AROPMaat-methoden en technieken. Deze lijsten worden door zowel de behandelaar als de cliënt ingevuld. Aan cliënten wordt bovendien specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden en of zij nog tips hebben.

Randvoorwaarden

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

1. Per instelling zijn minimaal twee AR-behandelaren actief;
2. De AR-behandelaren voldoen aan de minimale eis om twee tot drie cliënten per week een AROPMaat-variant aan te bieden (minimaal één cliënt werkt met de AROPMaat-VA-variant);

³ Er wordt nu alleen onderzoek gedaan naar de werking van AROPMaat-AV bij cliënten die voldeden aan de indicatiecriteria.

De praktijkervaringen en een pilotstudie maken echter duidelijk dat jongvolwassenen ook profiteren van minder AROPMaat modules (Schippers et al., 2020). Om die reden wordt het toegestaan om bij mildere problematiek toch met de AROPMaat te werken als de regiebehandelaar van mening is dat de kans groot is dat de cliënt hiervan zal profiteren. Vaak wordt dan niet gewerkt met de netwerkmodule, maar wel met de overige standaardmodules, in combinatie met de module stressreductie en/of emotieregulatie.

3. De AR-behandelaren dienen voldoende indirecte tijd (zie paragraaf over de kosten) te krijgen voor het afstemmen met de ketenpartners en andere relevante betrokkenen;
4. De PV registreert naar verhouding meer indirecte uren en besteedt twee uur per week tijd aan het verrichten van ondersteunende werkzaamheden, zoals het begeleiden van beginnende AR-behandelaren (naast de intervisie), het zorgdragen voor de (interne) PR, het laten invullen van nul- en eindmetingen en evaluatieformulieren (ROM'en);
5. De behandelingsruimte moet groot genoeg zijn om met de behandelaar(s) en cliënt(en) rondom tafels te kunnen zitten. Dit is vooral een issue als het gaat om het groepsonderdeel. Daarnaast moet er ruimte zijn voor het doen van de verschillende doe-oefeningen. Als de behandeling bij de cliënt thuis 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;
6. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen;
7. Voor elke deelnemer is er werkmateriaal (de modules) aanwezig voor het geval de cliënt dit gebruikt;
8. De behandelaar maakt gebruik van ondersteunende producten die aanwezig dienen te zijn. Het gaat om een *fysiobal*, een *gewone bal*, *gevoelswereldspel*, *kwaliteitenspel*, *vaardighedenspel* en *relatiespel*.

Implementatie

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering

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

Ondersteuning tijdens de opstartfase

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden door behandelaren als zij de basisopleiding hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken dan immers al over behandelervaring. Bovendien bieden de modules en handleidingen voldoende houvast. In de opstartfase is het echter wel essentieel dat de PV vaker 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 ontwikkelaar aan de programmaverantwoordelijke voor het beantwoorden van vragen. Ook is er een terugkomdag na drie maanden voor alle behandelaren waarin aandacht is voor de vragen en ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan.

Kosten

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

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

Bij de ambulante versie werd uit de onderzoeksgegevens duidelijk dat een AROPmaat-behandelaar gemiddeld genomen 44 weken behandelt met een intensiteit van gemiddeld 1,10 uur per week. Het gaat dan om een bedrag van 13.358 euro, uitgaande van een uurtarief van 138 euro (tarief dat geldt bij de (hoog)gespecialiseerde ambulante GGZ). Hierbij is uitgegaan van 50% indirecte tijd, ook is de tijd voor de nazorg meegenomen.

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 behandelaren wordt gewerkt. Worden deze 2 uren besteedt aan het zien van cliënten in plaats van aan extra taken die niet declarabel zijn, dan gaat het gemiddeld genomen om een bedrag van circa 276 per week.

Kosten opleiding

Het kost 450 euro (exclusief btw) per persoon om iemand te certificeren in ARopMaat-VA. De opleiding kan ook in company worden aangeboden. Deze kost 5250 euro (exclusief btw). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de opleiding door één trainer (ontwikkelaar of een ervaren PV) wordt aangeboden aan een groep die niet groter is dan zestien personen. De kosten voor een jaarlijkse booster in company bedraagt 1750 euro (exclusief btw). Als er aangesloten wordt bij een reguliere training voor verschillende instellingen, komt het neer op 200 euro per persoon (exclusief btw).

Kosten materiaal

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

3. Onderbouwing

Probleem

ARopMaat-VA is bedoeld voor volwassenen met ernstige agressieproblematiek. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen agressief gedrag dat in de vroege kindertijd begint, niet vanzelf stopt en lastig behandelbaar is, 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 agressie (Aguilar et al., 2000 en Moffitt et al., 2002; Moffitt, 2015; Jolliffe et al., 2017; Moffitt, 2018). Chronische agressie is van toepassing bij cliënten die geïndiceerd zijn voor ARopMaat-VA. Deze vorm gaat relatief vaak gepaard met psychische problemen en verschillende criminogene risicofactoren waaronder problematische middelengebruik en gedragsstoornissen of persoonlijkheidsproblematiek (e.g., Agnew-Blais et al., 2016; Assink et al., 2015; Brand, a'Campo & Van den Hurk, 2013; Bonta & Andrews, 2017.

Coccaro et al., 2016; Garofalo et al., 2020; Johnson, 2019; Mancke et al., 2018 ;Terzi et al., 2017).

- De kans is groot dat zonder behandeling de agressieproblematiek blijft voortduren.

Specifieke kenmerken gericht op prevalentie, geslacht, ernst, en spreiding

Na 2010 neemt met uitzondering van 2019 het aantal geweldsmisdrijven jaarlijks af ten opzichte van het voorgaand jaar. Het gaat tot 2021 om een jaarlijkse afname tussen 1,5% en 6,3%. Tegen de trend in neemt in 2019 het aandeel geweldsmisdrijven met 0,5% toe ten opzichte van 2018 (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2022; CLO, 2022).

De afgelopen vijf jaar liet zien dat zeker 20% van de volwassen cliënten die aangemeld wordt voor ambulante forensische behandeling, voldoen aan de indicatiecriteria (ook qua eisen omtrent IQ-score) van de ARopMaat-VA. De doelgroep bestaat voor circa 72,9% uit mannen, en 40% heeft een migratieachtergrond. De gemiddelde leeftijd is bijna 33,2 jaar. Er wordt vanuit gegaan dat ARopMaat voldoende sekse- en cultuursensitief is, aangezien uit onderzoeksgegevens blijkt dat de behandelresultaten bij deze groep hetzelfde zijn (Beintema et al., 2023). Cliënten met een cluster-B persoonlijkheidsstoornis vertonen duidelijk meer agressie; bij hen is de kans op recidive na twee (17%) en vijf jaar (27,5%) hoger dan bij cliënten met overige persoonlijkheidsstoornissen (range 13,2%-21,6%), zo blijkt uit Nederlands validatieonderzoek naar de HKT-R (Spreeen et al., 2014). Middelennisbruik of –afhankelijkheid in relatie tot persoonlijkheidsstoornissen (25,2%, waarvan 17,7% ernstig) is een veel voorkomende diagnose (Mulder et al., 2007; Cakir, 2023) en blijkt van invloed op het ontwikkelen en persisteren van antisociaal gedrag (Delisi et al., 2013).

Ook ADHD is een veel voorkomende diagnose bij de ARopMaat-VA-doelgroep en is eveneens gerelateerd aan de ontwikkeling van agressief gedrag, hetzelfde geldt in mindere mate voor de autismespectrumstoornis (e.g., Chang et al., 2015; Beintema et al., 2023). Ten slotte wordt op basis van (inter)nationale bevindingen (Bogaerts et al., 2011) verwacht dat de prevalentie van traumagerelateerde problematiek hoog is. Uit recente onderzoeksgegevens blijkt het te gaan om 27,1% (Cakir, 2023).

Gevolgen

De agressieproblematiek heeft bij de doelgroep al vaak geleid tot geweldsdelicten, denk hierbij aan bedreiging, mishandeling, zware mishandeling en poging tot doodslag. Niets doen betekent dat de kans op terugval hoog is (Garrido & Morales, 2007; Hill et al., 2021; Huesmann, 2018; Schubert et al., Wartna, et al., 2010; Wartna et al., 2014). Daarnaast hebben cliënten die crimineel gedrag (waaronder gewelddadig gedrag) vertonen een verhoogd risico om in een criminele buurt te blijven wonen en om te gaan met mensen die drugs gebruiken (Brook Lee et al., 2013; Campbell et al., 2020). Gewelddadig gedrag leidt relatief vaker tot het negatief beïnvloeden van andere leefgebieden, zoals het hebben van problemen op het gebied van woonruimte, werk en een relatie (Piquero et al., 2010).

Het plegen van geweldsdelicten heeft grote materiële en immateriële gevolgen voor de maatschappij (Cohen & Piquero, 2015; Kuklinski, 2015; Welsh et al., 2015). Hierbij wordt ook gekeken naar de maatschappelijke impact door het verlies van kwaliteit van leven bij slachtoffers. Zo leidt het tot meer traumagerelateerde klachten, angststoornissen en vermijdingsgedrag (Cohen & Piquero, 2015).

Oorzaken

Het biopsychosociaal model

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag kunnen worden verklaard vanuit het biopsychosociaal model (BPS-model; Dodge & Pettit, 2003). Hierbij wordt ter verdieping gebruik gemaakt van de theorie over het verstoorde sociale informatieverwerkingsproces. Volgens het BPS-model is chronische agressie het gevolg van een interactie tussen enerzijds de biologische, psychologische en sociale factoren en anderzijds de kwetsbaarheid voor deze factoren. Hierbij is het van belang hoe de omgeving reageerde op het agressieve gedrag (sociaal-cognitieve leertheorie; Bandura, 1997). In de eerste plaats vormen bepaalde biologische predisposities een risico voor de ontwikkeling van agressief gedrag, zoals ADHD (Murray et al., 2021), ASS (Fitzpatrick et al., 2016; Van den Boogert et al., 2021) en de mate van impulsiviteit (executieve functie) (Bresin 2019). Ten tweede spelen hierbij psychologische factoren, zoals cognitieve en emotionele processen (de mate van mentaliseren, wederom executieve functies, waaronder cognitieve vervormingen), een rol (Golding & Fitzgerald, 2018; McGuire, 2008; Taylor & Novaco, 2005; Holley et al., 2017). Ten derde kunnen ongunstige sociale omstandigheden (schulden, geen inkomen en/of vaste woning en een beperkt of risicovol sociaal netwerk) een criminogene risicofactor vormen voor de ontwikkeling van agressieproblematiek (Schwab-Reese et al., 2016). De sociale omstandigheden kunnen ook bestaan uit negatieve opgedane levenservaringen met betrekking tot de interactie met opvoeders, leeftijdsgenoten en op latere leeftijd met maatschappelijke instituties en een eventuele partner (Labella & Masten, 2018; Low & Espelage, 2014). Het BPS-model is systemisch, de ontwikkeling van de agressieproblematiek wordt gezien als onderdeel van het hele systeem waar de mens zich in bevindt. Daarnaast is het model ook circulair, dit betekent dat de verschillende factoren onderling invloed op elkaar hebben.

De theorie over het (verstoorde) sociale informatieverwerkingsproces

De theorie over het (verstoorde) sociale informatieverwerkingsmodel (SIV; Crick & Dodge, 1994) is een noodzakelijke toevoeging op het BPS-model, aangezien het specifieker verklaart welke factoren een rol spelen bij de problematiek van de doelgroep (Cooke, 2017). Het SIV veronderstelt dat een 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 (Smeijers et al., 2020).

Crick en Dodge (1994) hebben het sociale-informatieverwerkingsproces inzichtelijk gemaakt door zes fases te onderscheiden. De wijze waarop deze stappen worden gezet is afhankelijk van de ervaren emoties en de database. Een database verschilt per persoon, het bestaat o.a. uit (epi-)genetisch materiaal, de invloed van eerdere (sociale) ervaringen, de aangeleerde normen en waarden, het gevoel van eigenwaarde en cognitieve schema's (Dodge & Pettit, 2003). Samenvattend 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 stress ervaart, in hoeverre de persoon in staat is tot zelfcontrole (impulscontrole) en het toepassen van sociale vaardigheden voor een groot deel bepalen hoe de stappen van de sociale informatieverwerking worden doorlopen (Hofmann et al., 2012; Lemerise en Arsenio, 2000; Van Nieuwenhuijzen et al., 2015; Klein Tunte et al., 2020).

Wisselwerking biologische, psychologische en sociale factoren

Het blijkt dat individuele risicofactoren, die betrekking hebben op iemands houding en denkwijze (cognitieve vervormingen; Wallinius et al., 2011), direct samenhangen met delinquent gedrag (Van der Horn et al., 2016; Demeter, 2019). Verder is bekend dat chronische agressie zelden optreedt zonder dat genetische factoren daarin een aandeel hebben. Bij cliënten met agressieproblematiek gaat het onder andere om een tekort aan executieve functies (Miura & Fuchigami, 2017; Chang et al., 2015; Syngelaki et al., 2009). Executieve functies zijn cognitieve processen die nodig zijn om doelgericht, efficiënt en sociaal aangepast gedrag te organiseren in nieuwe, onbekende situaties (Huizinga, 2007; Miyake & Friedman, 2012). Vooral het werkgeheugen, de cognitieve flexibiliteit en de inhibitie zijn relevant voor het verminderen van agressieproblematiek (Diamond, 2013; Kleine Deters et al., 2020).

Als bij de genoemde functies sprake is van disfunctioneren leidt dit onder andere tot verstoringen in de sociale informatieverwerking (Andrews & Bonta, 2010; Crick & Dodge, 1994) en dit vergroot de kans op agressief gedrag.

Stoornissen in de sociale verwerking worden versterkt door een tekort aan het vermogen om perspectief in te nemen (mentaliseren; Jolliffe & Farrington, 2004) en een tekort aan oplossingsvaardigheden. Uit recent onderzoek blijkt opnieuw dat een gebrek aan adequate probleemoplossende vaardigheden (Van Horn et al., 2016) en andere adequate coping strategieën positief samenhangen met de kans op algemene en gewelddadige recidive (Coid et al., 2015; Modecki et al., 2017; Van Nieuwenhuijzen et al., 2017). Het gaat hierbij ook om copingvaardigheden die een beroep doen op de executieve functies, namelijk jezelf kunnen beheersen, het kunnen reguleren van emoties en het adequaat omgaan met stress⁴ (Wolff et al., 2020; Kovacs et al., 2006). Het niet adequaat omgaan met (chronische) stress belemmert de ontwikkeling van de zelfregulatie. Chronische stress is echter ook afhankelijk van stressoren, denk aan het hebben van schulden, geen inkomen of vaste verblijfsplaats (Fischer, Captein, & Zwirs, 2012). Verder wordt een tekort aan oplossingsvaardigheden bij problemen versterkt door een 'ongezond' netwerk, vooral in de vorm van een vriendenkring die een negatieve invloed uitoefent (Hoeben et al., 2016; Gallupe et al., 2019; Denkers & de Jong, 2020).

Aan te pakken factoren

Het BPS-model gaat ervan uit dat de kans op chronische agressie steeds groter wordt als er meer dan één stressfactor en/of criminogene risicofactor aanwezig is. Elke extra stressfactor of criminogene risicofactor vergroot de kans sprongsgewijs op het ontwikkelen van (ernstige) agressieproblematiek (Murray & Farrington, 2010). De draaglast wordt dan namelijk steeds kleiner, tenzij er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de draaglast te compenseren. In de meeste gevallen bestaan beschermende factoren uit het tegengestelde van risicofactoren: het risico is afwezig of er is sprake van een positieve tegenhanger. De AROPMaat-VA vindt het noodzakelijk om structureel de verandermotivatie aan te pakken ter bescherming en vergroting van de leerbaarheid (responsiviteit; doel 1 van de algemene doelen). Ook kan het verbeteren van het zelfvertrouwen de leerbaarheid vergroten. Bovenstaande uitleg betekent dat AROPMaat-VA zowel gericht is op het verminderen van dynamische (veranderbare) criminogene risicofactoren (DCRF) als het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren⁵ (Loeber et al., 2008). Ook wordt er gewerkt aan factoren die invloed hebben op de responsiviteit, denk aan het vergroten van de motivatie en het zelfvertrouwen/zelfbeeld. Hieronder wordt kort beschreven welke criminogene risicofactoren worden aangepakt.

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

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

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

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

De aanwezigheid van een stoornis in de sociale informatieverwerking, waaronder een tekort aan vaardigheden gericht op perspectief van een ander innemen en het oplossen van problemen: Dit is gerelateerd aan doel 3, 5 en 9 van de optionele AROPMaat-doelen en de doelen 4,5, 6 en 7 van de algemene doelen. Er wordt via diverse ingangen gewerkt aan het verbeteren van de stappen die doorlopen worden tijdens het verwerken van sociale informatie. Er wordt bij alle modules gewerkt aan het leren innemen van het perspectief van een ander en het verbeteren van oplossingsvaardigheden.

Door het verminderen van cognitieve vervormingen wordt in de regel het gedrag van anderen minder snel negatief uitgelegd (module Anders denken). Voor een deel van de doelgroep is het nodig om ook aan optionele modules te werken. Denk aan de module Juist Waarnemen en Interpretieren, de Module Conflicthantering en Zelfbeeld (helpt om met meer zelfvertrouwen te dealen met lastige situaties en om

⁴ Stress is gerelateerd aan agressie, stress gaat immers gepaard met het vrijkomen van spanningshormonen, die het lichaam paraat maken om te reageren op een bedreigende omgeving, door te vluchten of door aan te vallen (Miller & O'Callaghan, 2002).

situaties minder snel te interpreteren als ‘ik ben niets waard’, etc).

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

De aanwezigheid van stressoren door het hebben van schulden en/of geen inkomen en/of geen stabiele woonsituatie: Dit is gerelateerd aan doel 7 van de optionele AROPMaat-doelen. De inzet van forensisch maatschappelijk werk is geïndiceerd als aan dit doel gewerkt moet worden. De forensisch maatschappelijk werker kan indien passend een ketenpartner betrekken om (een deel van) dit doel te realiseren.

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

Verantwoording

Om zorg te dragen voor een effectieve behandeling heeft de AROPMaat-VA relevante interventie-onderdelen geïntegreerd die uit verschillende meta-analyses als recidive-verlagend naar voren komen bij cliënten met (ernstige) agressieproblematiek. Zo is de interventie gebaseerd op de RNR-principes (*risk-need-responsivity*; Bonta & Andrews, 2017) die leiden tot significant meer recidivevermindering in vergelijking tot interventies die geen gebruik hebben gemaakt van deze principes (Bonta & Andrews, 2017).

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

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de AROPMaat-VA

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-VA. Het zal nodig zijn om ook andere behandelvormen ter ondersteuning in te zetten als er sprake is van kritische risicofactoren waar AROPMaat-VA 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 in verband met ADHD, 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-VA gebruik van werkzame elementen die bij de forensische doelgroep effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2010), waardoor de kans groter wordt dat de doelen worden gerealiseerd. Bovendien blijkt de AROPMaat voor Jongvolwassenen in een residentiële en ambulante setting effectief (Hoogsteder et al., 2014; Hoogsteder et al., 2018); Hoogsteder et al., 2021). Recente onderzoeksgegevens tonen aan dat dit ook geldt voor de variant voor volwassenen in een ambulante setting, zie kopje over onderzoek 4.2 (Dust et al., 2023; Cakir, 2023). Hieronder wordt beschreven welke specifieke technieken worden ingezet:

Algemene responsiviteitsprincipe

Om zorg te dragen voor de algemene responsiviteit maakt de AROPMaat-AV gebruik van technieken die bij de forensische doelgroep effectief blijken te zijn (Andrews & Bonta, 2010), waardoor de kans groter wordt dat de doelen worden gerealiseerd. Bovendien blijkt de AROPMaat voor Jongvolwassenen in een residentiële setting effectief (Hoogsteder et al., 2014, 2017) en doeltreffend in een ambulante setting. Hierdoor is de kans groter dat dit ook geldt voor deze variant. Hieronder wordt beschreven welke specifieke technieken worden ingezet:

1a. Cognitief Gedragstherapeutische Elementen (CGT-elementen)

Uit verschillende meta-analyses en studies over het behandelen van (ernstige) agressieproblematiek blijkt dat cliënten responsief zijn voor een behandelaanbod met cognitieve gedragstherapeutische (CGT) elementen (e.g., Bonta & Andrews, 2017; Valentine et al., 2019; Mitchell et al., 2018; Landenberger & Lindsey, 2005; Lipsey, 2009). CGT is onder andere gebaseerd op de sociale en cognitieve leertheorie. Bij de cognitieve leertheorie / cognitieve psychologie staat het weten en de gedachten (de cognitie) centraal gecombineerd met het begrijpen van emoties (Beck & Haigh, 2014). De cognitieve psychologie richt zich direct op het interne denkgedrag van de mens en gaat ervan uit dat disfunctioneel gedrag ontstaat door de wijze waarop mensen het gedrag van anderen interpreteren en de wijze waarop deze informatie wordt verwerkt en sluit daarmee perfect aan op de sociale informatieverwerkingstheorie. Het leren toepassen van adequate cognities (DiGiuseppe & Tafrate, 2003) is een belangrijk CGT-onderdeel die door de AROPMaatAV wordt toegepast. Zo ook het aanleren van probleemoplossingsvaardigheden (Minotta-Valencia & Minotta Valencia, 2021; Hogue et al., 2020; Blake & Hamrin, 2007) en gedragsalternatieven en het werken met rollenspelen (dramatherapeutische technieken; Andrews & Bonta, 2010; Hogue et al., 2020) en het verbeteren van executieve functies (Schippers et al., 2020; Deffenbacher, 2011). CGT-programma's dragen bij aan het reduceren van recidive (Mitchell, Tafrate & Hogen, 2018).

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

Aangezien het werken aan stressreductie helpt bij het verminderen van agressieproblematiek (Franco et al., 2016; Lee & DiGiuseppe, 2018), maakt AROPMaat-VA onder andere gebruik van (aangepaste) mindfulness-oefeningen afkomstig van de mindfulness-based-stress-reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1998). Mindfulness heeft als doel het verminderen van stress door het leren richten van de aandacht (focussen) en het bewust worden van dat wat je waarneemt en doet. Hierdoor heeft mindfulness in potentie een gunstige invloed op het werkgeheugen en op een verminderd vermogen tot inhibitie. Uit onderzoek blijken mindfulness oefeningen te leiden tot onder andere vermindering van stress (Himelstein et al., 2018; Shonin et al., 2013). Recent heeft er een meta-analyse plaatsgevonden om te kijken naar het effect van mindfulness-based oefeningen bij kinderen, jongeren en jongvolwassen tot 24 jaar met externaliserende gedragsproblemen (Hoogsteder et al., 2022). Het blijkt dat mindfulness-based interventies leiden tot vermindering van de

gedragsproblemen (groot-effect). We weten echter nog niet of dit ook geldt voor volwassenen in een ambulante setting.

c. Inzicht versus ervaringsgericht werken

Verandering ontstaat door het geven van inzicht en het toepassen van verschillende ervaringsgerichte oefeningen en middelen. Er wordt concreet geoefend met diverse vaardigheden, zoals het innemen van verschillende perspectieven, rolinleving in een persoon die tegenovergesteld denkt aan de cliënt, ontspanningsoefeningen, oefeningen ter beheersing van de impulsen, imaginatie oefeningen en het oefenen met het toepassen van helpende-gedachten. Recent heeft er een meta-analyse plaatsgevonden om te kijken naar het effect van experiëntiële technieken in combinatie met CGT bij kinderen, jongeren en jongvolwassen tot 24 jaar met externaliserende gedragsproblemen (Hoogsteder et al., 2023 under review). Het blijkt dat experiëntiële technieken van meerwaarde zijn naast CGT en leidt tot vermindering van de gedragsproblemen (middelgroot effect). We weten nog niet of dit ook geldt voor volwassenen in een klinische setting, wel zijn er aanwijzingen dat het bij een soortgelijke doelgroep werkt (Dela Cruz et al., 2023).

d. Gebruikmaking van blended behandelen, indien cliënten over een smartphone beschikken.

Het gebruik van blended behandelen (eHealth en beeldbellen) kan de motivatie voor behandeling vergroten en wordt over het algemeen als positief ervaren door cliënten en behandelaars (Kip et al., 2018; Martens & Metselaar, 2014). eHealth en beeldbellen kunnen ondersteunen in de communicatie tussen de behandelaafspraken en bevorderen de continuïteit, Het blijkt ook veelbelovend in de forensische ggz (Siezenga et al., 2022; Kip et al., 2021). Bij AROPmaat wordt er vooral mee gewerkt om het doen van oefeningen te stimuleren, en om het doen van thuisopdrachten interessanter te maken. Denk aan het werken met dagboeken voor het verkrijgen van meer inzicht. Als cliënten geen smartphone hebben worden oefeningen via de beveiligde mail aangeboden.

Om tegemoet te komen aan de **specifieke responsiviteit**, besteedt het zorgprogramma aandacht aan een responsief aanbod en aan motivatie op maat. Het gaat om de volgende interventies:

a. Basishouding

Om verandering te realiseren is het een randvoorwaarde dat de behandelaar zorgt voor een behandelrelatie waarin de cliënt contact durft aan te gaan (Taylor et al., 2015; Tschuschke, et al., 2015; Will et al., 2016). Het is essentieel dat de behandelaar de cliënt valideert (empathie tonen en het onder woorden brengen wat de ander voelt en denkt en vanuit verbinding en vertraging de cliënt stimuleert om emoties waar te nemen en te ervaren (ook in het lichaam). Het valideren maakt het makkelijker om een werkalliantie op te bouwen en eventuele weerstanden/beschermers te doorbreken (Holländare et al., 2016; Linehan et al., 1999; Voutilainen et al., 2018).

b. Sensitief voor maatwerk / een responsief aanbod

AROPmaat-VA bestaat grotendeels uit een intensief individueel behandelaanbod (McQuire, 2008). Dit blijkt effectiever en maakt het makkelijker om maatwerk te leveren (responsief te behandelen). AROPmaat-VA voldoet aan het specifieke responsiviteitsprincipe door het werkmateriaal en de inhoud van de behandeling af te stemmen op de behandelmotivatie (van der Helm et al., 2018; de Lange et al., 2014), cognitieve capaciteiten, leerstijl en leertempo van de cliënt. Het werkmateriaal is bijvoorbeeld geschikt voor zowel cliënten met een vrij lage intelligentie als voor cliënten met een hoge intelligentie. In het laatste geval wordt er uitgebreider op theoretische onderdelen ingegaan en meer diepgang aangeboden. Rollenspellen kunnen variëren in moeilijkheidsgraad, bovendien worden er in de modules diverse oefeningen beschreven voor het behalen van hetzelfde subdoel. De behandelaar kiest samen met de cliënten voor oefeningen die het beste aansluiten op de leerstijl, maar is ook in staat om daar waar nodig oefening enigszins aan te passen. De duur van de module wordt bepaald door de hardnekkigheid van de problematiek en het leertempo van de cliënt. Er wordt gewerkt met keuze uit verschillende thuisopdrachten, wederom afhankelijk van leerstijl en de hulpvraag.

c. Verbeteren van zelfeffectiviteit (vergroten ‘geloof in eigen kunnen (zelfvertrouwen)’)

De theorie van Bandura (1997) wordt als onderdeel ingezet om verandering te bereiken. Bandura stelt dat verbetering in ‘zelfeffectiviteit’ een belangrijk mechanisme is voor het veranderen van gedrag. Een goede en

realistische zelfeffectiviteit vergroot de leerbaarheid, waardoor nieuw gedrag gemakkelijker aan te leren is. Zelfeffectiviteit gaat over het geloof in het eigen kunnen op het gebied van de zelfregulatie en de mate van motivatie. Zelfeffectiviteit wordt gevormd door ervaring, sociale modellen, kerngedachten, de mate van ervaren stress en negatieve emoties (Bandura, 1997). 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). De behandelaar dient om die reden de cliënt te empoweren en succeservaringen op te laten doen tijdens de behandeling.

d. Doorlopend motiveren

Aangezien een deel van de doelgroep gedemotiveerd is, zet de AROPMaat-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-behandelaar 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). Motivatie verschilt per tijdstip en situatie en kan zowel door interne (emotionele en cognitieve) als externe factoren (zoals de mate van responsief aanbod, aanwezigheid van een steunend systeem en mate waarin life events aan de orde zijn) beïnvloed worden (Gale et al., 2018; Verdonck & Jaspaert, 2009). Voorbeelden van relevante motivatietechnieken die in het zorgprogramma worden ingezet:

1. Het valideren 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-AV als voordelig wordt gezien);
4. Het werken aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit (geloof in eigen kunnen).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

A. Procesevaluatie Agressie op Maat Ambulant voor Volwassenen 2017

Hoogsteder, L.M.
de Waag, Utrecht
2017

- B.** De procesevaluatie beschrijft hoe de ontwikkeling van Agressie op Maat Ambulant voor Volwassenen (ARopMaat-VA) tot stand is gekomen en op welke wijze de feedback van o.a. cliënten en behandelaars is verwerkt. Vervolgens is er getoetst of er voldaan is aan de randvoorwaarden van ARopMaat-VA. Denk hierbij aan de gestelde opleidingseisen, ervaring in het werken met de forensische doelgroep, het volgen van de maandelijkse intervisie en het krijgen van werkbegeleiding, indien gewenst. Ook werd stilgestaan bij de vraag of de beoogde doelgroep daadwerkelijk is bereikt. Verder is voor het beoordelen van de mate van de programma-integriteit (PI) onderzocht in hoeverre (een groot deel van) de werkzame ingrediënten zijn toegepast in 2017.

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van enkele methoden gebruikt, namelijk het analyseren van dossierinformatie vanuit het elektronisch patiëntendossier, de uitkomst van evaluatiegesprekken met de programmamaverantwoordelijken van ARopMaat-VA en de uitkomst van de gebruikte evaluatieformulieren. Het gaat om twee verschillende formulieren, de sessiechecklist toetst de mate waarop een sessie of een serie sessies is uitgevoerd. Het eindevaluatieformulier toetst het gehele aanbod en beoordeelt in welke mate het RNR-model en de overige werkzame elementen zijn toegepast. Deze lijsten maken het mogelijk om de programma-integriteit per cliënt, maar ook op groepsniveau, te beoordelen. De data zijn verzameld bij de Waag in de periode van november 2016 tot en met september 2017. Er waren 20 cliënten betrokken (de ingevulde formulieren betroffen de behandelingen die aan hen waren aangeboden), twaalf behandelaars en vijf vestigingen.

- C.** Uit de procesevaluatie komt naar voren dat er grotendeels aan de randvoorwaarden was voldaan. Zo voldeden de behandelaars aan de eisen omtrent de opleiding, er werd indien nodig werkbegeleiding aangeboden, behandelaars volgden maandelijks intervisie (als er geen sprake was van overmacht) en zorgden voor een goede samenwerking met de ketenpartners. ARopMaat-VA werd aangeboden aan de beoogde doelgroep en de programma-integriteit bleek voldoende.

Bij de gebruikte eind-evaluatieformulieren werd een gemiddelde score van 83,6% gehaald. Bij de sessiechecklijsten ging het om een score van 80,7%. Bij beide formulieren werd als criteria gehanteerd dat de programma-integriteit in orde is als de gemiddelde score hoger dan of gelijk aan 80% is. Uit beide lijsten kwamen diverse aandachtspunten naar voren. Zo bleek dat cliënten nog vaker gestimuleerd mogen worden in het bedenken van oplossingen voor het omgaan met lastige situaties en behandelaars zorgden onvoldoende zorgen voor een transfer; zij vragen niet elke bijeenkomst aan cliënten wat hen is bijgebleven van de vorige bijeenkomst. Tevens is er winst te behalen door aan het einde van een sessie vaker de rode draad van de bijeenkomst samen te vatten. Uit het eind-evaluatieformulier werd duidelijk dat het niet altijd lukte om bij een hoog risicoprofiel te zorgen voor een passende behandelintensiteit. De interventie werd door 14 cliënten beoordeeld met een gemiddelde van 7,2. 85,7% van de cliënten zegt minder boosheid te ervaren na het volgen van de ARopMaat-VA en 92,8% vindt dat de behandeling heeft geholpen. De mate waarin cliënten hun agressie konden beheersen werd bij aanvang gescoord met een 4.4 en bij afronding van de behandeling met een 7.1 (gemeten met een 10-puntschaal). 85,7% van de cliënten denkt door de behandeling minder vaak in aanraking te komen met de politie.

De aandachtspunten die uit de procesevaluatie naar voren zijn gekomen, zijn besproken met alle AR-programmamaverantwoordelijken (ook buiten de Waag), en er is bedacht op welke manier er gezorgd kan worden voor verbetering, namelijk door er volop tijdens intervisies aandacht aan te besteden en te werken aan een vaste structuur tijdens de behandelingsessies en dit te melden aan de cliënt. De uitkomst is in begin 2018 door de programmamaverantwoordelijken besproken met de AR-behandelaars, en met elk team is afgesproken dat zij zich inspanssen om de genoemde aandachtspunten te verbeteren (indien aan de orde).

A. Procesevaluatie Agressie op Maat Ambulant voor Volwassenen 2023

Dust, S., & Hoogsteder, L.M.
de Waag, Utrecht

B. De procesevaluatie beschrijft eerst beknopt op welke wijze de aandachtspunten die voortkwam uit de procesevaluatie in 2017 zijn opgepakt. Ook wordt er ingegaan op het bereik van AROPMaat (welke instellingen bieden het aan en hoeveel cliënten krijgen het aangeboden). Daarna volgt informatie over de procesevaluatie die binnen de Waag heeft plaatsgevonden. Er is via dossierinformatie en 12 programmaverantwoordelijken getoetst in welke mate er is voldaan aan de randvoorwaarden van AROPMaat-VA. Om het niveau van de programma-integriteit (PI) te beoordelen is onderzocht in hoeverre (een groot deel van) de werkzame ingrediënten zijn toegepast. Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werd dossierinformatie gebruikt en twee verschillende evaluatieformulieren die zowel door behandelaren als cliënten zijn ingevuld. Het gaat om het evaluatieformulier behandelgesprekken die beoordeelt hoe een serie sessies over de periode van een maand zijn uitgevoerd. Het eindevaluatieformulier toetst vervolgens in welke mate de RNR-principes en de potentiële werkzame elementen (algemene en specifieke responsiviteitsprincipes) gedurende de hele behandeling zijn toegepast. De data die voor het beantwoorden van deze onderzoeksvragen zijn gebruikt, zijn bij de Waag verzameld via het elektronisch patiëntendossier over de periode 2021 tot aan augustus 2023. Er is alleen gebruik gemaakt van cliënten met informed consent en bij wie de evaluatieformulieren waren ingevuld door de behandelaar en/of cliënt. Het betrof informatie van 103 cliënten, er waren 39 verschillende behandelaren betrokken.

Als onderdeel van de procesevaluatie wordt tevens een beknopt beeld gegeven over het niveau van de programma-integriteit van verschillende instellingen. Hiervoor hebben 16 teams (met gemiddeld 6 behandelaren) twee verschillende evaluatieformulieren gezamenlijk ingevuld om zo een indruk te geven over hoe het team het gemiddeld genomen doet. Tevens is door verschillende instellingen de implementatiemonitor ingevuld.

C. Bereik en aanbod AROPMaat-VA

De laatste vijf jaar werd AROPMaat-VA aangeboden door de Waag, Inforsa, Fivoor, GGZ-Breburg, Emergis, de Rooyse Wissel, VNN, en Lentis. Later zijn ook GGNet, Transfore, GGZ-Drenthe en Halte Z aangehaakt. Het betreft allemaal instellingen die ambulante forensische zorg leveren. In totaal is AROPMaat-VA bij de Waag de afgelopen vijf jaar 808 keer aangeboden aan cliënten die volledig voldeden aan de indicatiecriteria, en bij 631 cliënten werd de behandeling positief afgesloten. Dit betekent dat er 22% cliënten zijn uitgevallen. Landelijk gezien komt het erop neer dat er in vijf jaar tijd aan circa 1500 cliënten AROPMaat-VA werd aangeboden, dit is inclusief cliënten van de Waag. Ook landelijk geldt dat er ca. 22% cliënten de behandeling niet positief afronden.

Procesevaluatie de Waag

Samenvatting

Uit de procesevaluatie komt net zoals in 2017 naar voren dat behandelaren aan de eisen omtrent de opleiding voldoen, op elke vestiging wordt maandelijks intervisie aangeboden, en er werd voor passende werkbegeleiding gezorgd. AROPMaat wordt grotendeels aan de beoogde doelgroep aangeboden. Uit de procesevaluatie bleek dat het niveau van de programma-integriteit voldoende was. De ingevulde eind-evaluatieformulieren resulteerde in een gemiddelde score van 82,1%. Bij de ingevulde evaluatieformulieren over de behandelgesprekken ging het om een score van 85,7%. Bij beide formulieren werd als criteria gehanteerd dat de programma-integriteit in orde is als de gemiddelde score hoger dan of gelijk aan 80% is.

Het is opvallend dat de aandachtspunten die naar aanleiding van de procesevaluatie in 2017 werden geformuleerd in 2023 niet opnieuw als aandachtspunt naar voren kwamen, met uitzondering van het voldoen aan de eerste R van de RNR-principes. Bij de aandachtspunten die zijn verbeterd kun je denken aan het zorgdragen voor een transfer aan het begin van de behandeling, en de cliënt meer toerusten om met een lastige situatie die nog voortduurt om te gaan. Ook blijkt dat de gemiddelde score per item (toepassen werkzaam element) omhoog is gegaan.

Beleving cliënten

Van de 103 cliënten met informed consent en evaluatieformulieren die door een behandelaar waren ingevuld, hebben 63 cliënten een eindevaluatieformulier ingevuld en de AROPMaat beoordeeld met een gemiddelde van 7,8. 85,9% van de cliënten zegt minder boosheid te ervaren na het volgen van de AROPMaat-VA en 93,1% vindt dat de behandeling heeft geholpen. De mate waarin cliënten hun agressie konden beheersen werd bij aanvang gescoord met een 4,3 en bij afronding van de behandeling met een 7,6 (gemeten met een 10-puntschaal). 83,2% van de cliënten denkt door de behandeling minder vaak in

aanraking te komen met de politie.

Aandachtspunten:

Individueel gezien blijken de scores te verschillen. Zo blijkt dat bij 15,38% (20 van de 103 cliënten) het niveau van de programma-integriteit onvoldoende was. De redenen zijn sterk wisselend, waardoor er geen algemene aandachtspunten geformuleerd kunnen worden. Als alle scores per item op groepsniveau worden bekeken, dan is er geen item dat onvoldoende scoort. Wel is op groepsniveau duidelijk dat cliënten met een hoog risicoprofiel nog steeds niet altijd een passende behandeling qua behandelduur en intensiteit krijgen aangeboden. Dit heeft te maken met de caseload van een behandelaar, die onder andere vanwege de druk door lange wachttijden in combinatie met een gespannen arbeidsmarkt, voldoende gevuld moet blijven. Daarnaast is er zo nu en dan sprake van no-show-gedrag en het is voor een cliënt soms niet te doen om een intensieve behandeling te ondergaan vanwege andere verplichtingen door werk of het nakomen van afspraken met de reclassering en/of andere ketenpartners. Daarnaast kan de score m.b.t. het aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen beter.

Hoe staat het er landelijk voor met het niveau van de programma-integriteit en de kwaliteitsborging van ARopMaat?

Landelijke gezien wordt het niveau van de programma-integriteit (PI) gemiddeld gezien als voldoende beoordeeld. Echter, er zijn 4 teams / instellingen waarbij de PI niet in orde is. Bij deze 4 teams/instellingen ligt het aandachtspunt vooral bij het werken met voldoende experiëntiële technieken tijdens de behandeling, en het daadwerkelijk oefenen met oefeningen tijdens intervisie, en het betrekken van systeemleden.

Uit de implementatiemonitor die in 2023 is ingevuld door 16 teams van 5 verschillende instellingen blijkt dat er niet altijd maandelijks supervisie wordt aangeboden, twee instellingen hebben vanwege bezuinigingsmaatregelen besloten om elke zes weken intervisie te faciliteren in plaats van maandelijks. Verder wordt duidelijk dat de evaluatieformulieren ter beoordeling van het niveau van de programma-integriteit lang niet altijd worden ingevuld. Evenmin de ondersteunende instrumenten (de doelenlijst en V-LIG) ter gebruik van de tussentijdse evaluatiemomenten. Wel komt naar voren dat behandelaars aan de eisen omtrent de opleiding voldoen, de meeste instellingen maandelijks intervisie aanbieden, en er voor passende werkbegeleiding wordt gezorgd. Er zijn verschillende tips / wensen geïnventariseerd, die tijdens de landelijke PV-dag op 4 oktober 2023 met de programmaverantwoordelijken zijn besproken.

Wat is er tot nu toe gedaan om aan de aandachtspunten te werken?

Tijdens de landelijke PV-dag is met elkaar afgesproken dat er ECHT aandacht komt voor het invullen van de V-LIG en de doelenlijst en het werken met het ontwikkelingsformulier. Tijdens een brainstormsessie die werd georganiseerd op de PV-dag werden concrete ideeën verzameld die toegepast gaan worden en die naar verwachting gaan helpen bij het borgen van deze punten (zie procesevaluatie).

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

- A. Dust, S., Beintema, S., & Hoogsteder, L.M. (2023). *Een Onderzoek naar de Doeltreffendheid van ARopMaat voor Volwassenen in een Ambulante Setting*. De Waag en de UvA.
- B. In deze studie is de doeltreffendheid van ARopMaat voor Volwassenen in een ambulante setting onderzocht door te kijken naar verschil in nul- en eindmeting van het algemene recidiverisico en de domeinen agressie, boosheid, cognitieve vervormingen, antisociale houding, gebrekkige impulsbeheersing, disfunctionele oplossingsvaardigheden, en problematisch middelengebruik. Er wordt als hypothese gehanteerd dat er -ondanks het gegeven dat er ook cliënten zijn meegenomen die eerder zijn uitgevallen, er toch positieve resultaten worden gehaald.
In dit onderzoek zijn 227 volwassenen geïncludeerd die voldeden aan de indicatiecriteria van ARopMaat en bij wie een nul- en een eindmeting van de FARE aanwezig was in combinatie met een andere ingevulde vragenlijst, namelijk de FKL en/of V-LIG. De startmetingen zijn afgenomen tijdens de eerste fase van de voorbereidende behandelfase, als eindmeting werd de laatste ROM-meting gebruikt als deze niet ouder was dan 8 weken.
Het recidiverisico en score op de verschillende risicofactoren is onderzocht met de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE), ingevuld door de behandelaar. De zelfrapportage Forensische Klachtenlijst-Revised (FKL-R) is gebruikt om eventuele vermindering van agressie en boosheid te monitoren. De Verkorte lijst Irrationele Gedachten (V-LIG) is afgenomen bij cliënten om te onderzoeken of ARopMaat-VA leidt tot vermindering van disfunctionele cognities. Er is geen aparte

screening gedaan op de programma-integriteit (PI), aangezien een vrij recente procesevaluatie laat zien dat het niveau van de programma-integriteit bij de Waag op groepsniveau in orde is (Dust & Hoogsteder, 2023). Voor het analyseren van de onderzoeksvraag is gebruikgemaakt van een gepaarde t-toets (kijkend naar verschil tussen nul- en eindmeting). Alle effectgroottes zijn uitgedrukt in termen van Cohen's d.

- C. In deze studie werd de doeltreffendheid van AROPMaat voor Volwassen Ambulant, een behandelvorm voor (ernstig) agressieve cliënten, onderzocht. De resultaten wezen uit dat er positieve significante veranderingen zijn behaald met betrekking tot afname van de kans op algemene recidive, impulsiviteit, boosheid en agressie, cognitieve vervormingen, problematisch middelengebruik en het verbeteren van oplossingsvaardigheden. Bij het algemene recidive risico ging het om een groot effect en bij impulsiviteit betrof het een klein tot middelgroot effect. Bij antisociale houding ging het om een middelgroot tot groot effect, bij oplossingsvaardigheden om een middelgroot effect en bij problematisch middelengebruik betrof het een klein effect (er is gekeken naar de totale onderzoeksgroep, terwijl bij lang niet iedereen sprake was van problematisch middelengebruik). De domeinen agressie en boosheid en cognitieve vervormingen zijn met zelfrapportage instrumenten gemeten. Er is een klein tot middelgroot effect geconstateerd bij agressie en een middelgroot effect bij boosheid. Bij de cognitieve vervormingen werd een middelgroot effect gevonden bij gedachten die leiden tot agressie en rechtvaardiging en gedachten die wantrouwend gedrag versterken. Bij sub-assertief gedrag ging het om een klein effect. Bij het onderzoek zijn ook de resultaten meegenomen van cliënten die tussentijds zijn uitgevallen. Aangezien het om ruim 24% gaat van de totale onderzoeksgroep, heeft dit invloed gehad op de behandelresultaten (verschil is significant, de groep die eerder is uitgevallen doet het slechter, maar ook daar worden geen negatieve resultaten gehaald). Door de groep uitvallers mee te nemen, wordt er wel een goed beeld gegeven over de werking van de AROPMaat-VA op groepsniveau, ook als er sprake is van uitval en dus niet alle geïndiceerde modules zijn aangeboden en er ook niet voldaan is aan een behandelduur die passend is voor het recidiverisico.
- A. Cakir, A. (2023). *Een onderzoek naar de doeltreffendheid van AROPMaat voor (jong)volwassenen met specifieke aandacht voor cliënten met ADHD*. [masterscriptie]. Universiteit van Amsterdam.
- B. Bij dit onderzoek is gekeken of het risico op geweldsrecidive is verminderd bij (jong)volwassenen die AROPMaat aangeboden hebben gekregen. Ook is er onderzocht of het behandelresultaat bij cliënten met ADHD vergelijkbaar was met cliënten zonder een ADHD. Als eerste stap is specifiek gekeken naar de behandelresultaten die behaald zijn bij volwassenen ($n = 70$) die gewerkt hebben met de AROPMaat-VA. Vervolgens is gekeken of jongvolwassenen (18 tot 24 jaar) die gewerkt hebben met de versie voor jongvolwassenen ($n = 74$) evengoed reageren op de behandeling als de groep die met de AROPMaat-VA versie hebben gewerkt. Daarna is bij de totale onderzoeksgroep van 144 cliënten bekeken of AROPMaat evengoed werkt bij cliënten met en cliënten zonder ADHD. Voor dit onderzoek is alleen data van cliënten geïnccludeerd met informed consent en een nul- en eindmeting (completers), ook moest de programma-integriteit beoordeeld zijn als voldoende (6 of hoger). Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen werd gebruik gemaakt van het Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ (RAF-GGZ). Voor het analyseren van de primaire onderzoeksvraag is gebruikgemaakt van een gepaarde t-toets. Voor het analyseren van de secundaire onderzoeksvragen zijn de verschillende groepen met t-toetsen en chi-kwadraattoetsen vergeleken op verschillende achtergrondvariabelen. Vervolgens is er een Analyses of Covariance (ANCOVA) uitgevoerd en gecontroleerd op verschil in nulmeting en de achtergrondvariabelen die significant bleken te verschillen. Alle effectgroottes zijn uitgedrukt in termen van Cohen's d.
- C. Uit de resultaten wordt duidelijk dat AROPMaat-VA leidt tot een vermindering van de kans op geweldsrecidive. Het betreft een groot effect. Ook zijn er significante verbeteringen waargenomen op het domein emotioneel-persoonlijk (groot effect) en het item impulscontrole (klein tot middelgroot effect). Er is geen verschil gevonden in behandelresultaten bij cliënten die gewerkt hebben met de versie voor jongvolwassenen en cliënten die gewerkt hebben met de versie voor volwassenen. Wel blijkt dat de cliënten die gewerkt hebben met de versie voor jongvolwassenen significant langer hebben gedaan over de behandeling. Er zijn ook geen verschillen gevonden bij cliënten met ADHD in vergelijking tot cliënten zonder ADHD. Wel realiseren cliënten met ADHD een groot effect in het verbeteren van de impulsiviteit, terwijl het om een klein effect gaat bij cliënten zonder ADHD, het verschil is echter niet significant. De uitkomsten van het onderzoek is conform de hypothese, aangezien AROPMaat ook effectief blijkt voor

jeugdigen en jongvolwassenen (Hoogsteder et al, 2014; Hoogsteder et al., 2018; Hoogsteder et al., 2020; Hoogsteder et al., 2021), en er geen aanwijzingen zijn dat volwassenen minder ontvankelijk zijn voor behandeling.

5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Toepassen van het RNR-principes;
2. Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie/werkalliantie;
3. Valideren (empathie tonen, vanuit verbinding en vertraging de cliënt stimuleren om emoties waar te nemen en te ervaren, zo ook oordeelsvrij onderzoeken wat de ander voelt en denkt);
4. De behandelaar is in staat zijn/haar waardeoordeel op te schorten als dit nodig is, om te voorkomen dat de cliënt zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met deze denkwijze;
5. Doorlopend motiveren door het toepassen van motiverende gesprekstechnieken en specifieke AROPmaat-motivatietechnieken, waaronder het versterken van het 'geloof in eigen kunnen';
6. Diverse CGT-Interventies en imaginatie-oefeningen inzetten om cognitieve vervormingen te verminderen die boosheidsgevoelens versterken of agressief gedrag goedpraten. Dit helpt om flexibeler te leren denken en nieuwe ervaringen op te doen in het 'anders doen';
7. Het werken aan probleemoplossingsvaardigheden (Van Horn et al, 2016). De cliënt wordt elke bijeenkomst gestimuleerd om te denken vanuit het perspectief van de ander en om mogelijke oplossingen of reacties te bedenken voor een specifieke situatie en oefent met het toepassen (CGT-techniek);
8. Het aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen (dramatherapeutische technieken, denk aan stoelentechneken en rollenspellen; Andrews & Bonta, 2010; Hoogsteder et al, 2014; Hoogsteder et al, (under review), Landenberger & Lindsey, 2005; Morlye, 2018);
9. Grotendeels individueel behandelaanbod;
10. Toepassen van bewerkte mindfulnessoefeningen (gericht op bewustwording, ontspanning en het focussen van de aandacht);
11. Aandacht voor het ontwikkelen van de executieve functies, waaronder stressreductie (Bonnes, 2015; Deffenbacher, 2011), impulscontrole, beheersingsvaardigheden en emotieregulatie.
12. Ondersteuning via eHealth.
13. Betrekken van betrokken systeemleden voor het realiseren van sociale en emotionele steun;
14. Multimodaal werken: door de inzet van een psychiater, passende traumabehandeling of een forensische maatschappelijk werker indien van toepassing.

6. Aangehaalde literatuur

- Anderson, C.A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*. Vol. 16(1), 39-55. Ottawa: American Psychological Association.
- Assink, M., van der Put, C. E., Hoeve, M., de Vries, S. L. A., Stams, G. J. J. M., & Oort, F. J. (2015). *Risk factors for persistent delinquent behavior among juveniles: A meta-analytic review*. *Clinical Psychology Review*, 42, 47-61.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy; the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Bell, M. A., & Deater-Deckard, K. (2007). Biological systems and the development of self-regulation: Integrating behavior, genetics, and psychophysiology. *Journal of Deviant Behavior Pediatrics*, 28, 409-420.
- Beck, A.T., & Haigh, E.A.P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-14
- Blake, C.S., & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 209-221.
- Bogaerts, S., Henrichs, J., & Klerx, F. (2011). Huiselijk geweldplegers in een poliklinische forensisch psychiatrische setting delictinformatie en persoonlijkheidspathologie. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Justitie en Veiligheid: WODC: Den Haag
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. (User Report 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Brand, E.F.J.M., a'Campo, A.M.G., Van den Hurk, A.A. (2013). *15 jaar PIJ-ers in beeld: Kenmerken en veranderingen van jeugdigen die de PIJ-maatregel opgelegd kregen in de periode 1995-2010*. Dienst Justitiële Inrichtingen: Den Haag.
- Bresin, K. (2019). Impulsivity and aggression: A meta-analysis using the UPPS model of impulsivity. *Aggression and violent behavior*, 48, 124-140.
- Brook, J. S., Lee, J. Y., Finch, S. J., Brown, E. N., Brook, D. W. (2013). Long-term consequences of membership in trajectory groups of delinquent behavior in an urban sample: Violence, drug use, interpersonal and neighborhood attributes. *Aggressive Behavior*, 39, 440-452.
- Campbell, C. A., Barnes, A., Papp, J., D'amato, C., Anderson, V. R., & Moses, N. (2020). Understanding the role of neighborhood typology and sociodemographic characteristics on time to recidivism among adjudicated youth. *Criminal Justice and Behavior*, 47(9), 1079-1096.
- Chang, Z., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2015). Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. *The Lancet Psychiatry*, 2(10), 891-900.
- Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74 - 101.
- Coccaro, E.F., Lee, R., & McCloskey, M.S. (2014). Relationship between Psychopathy, Aggression, Anger, Impulsivity and Intermittent Explosive Disorder. *Aggressive Behavior*, 40, 526-536.
- Coccaro, E. F., Fridberg, D. J., Fanning, J. R., Grant, J. E., King, A. C., & Lee, R. (2016). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *Journal of psychiatric research*, 81, 127-132.
- 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.
- Cooke, T. (2017). Social information processing: A useful framework for educational psychology. *Educational Psychology Research and Practice*, 3(1), 50-69.
- Davidson, R.J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Deffenbacher, J.L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 212-221.
- Dela Cruz, G. A., Johnstone, S., Kim, H. S., & Castle, D. J. (2023). Review of third-wave therapies for substance use disorders in people of color and collectivist cultures: Current evidence and future directions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 37(5), 681-694.
<https://doi.org/10.1037/adb0000883>
- Delisi, Angton, Behnken, & Kusow (2013). Do adolescent drug users are fare the worst? Onset type, juvenile delinquency, and criminal careers. *International Journal of offender therapy and comparative criminology*, 1-16.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.

- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R.C. (2001). A comprehensive treatment model for anger disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 262-271.
- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R.C. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 70-84.
- Dodge, K.A. (1986). A social information-processing model of social competence in children. In M. Perlmutter (Eds.), *Eighteenth annual Minnesota symposium on child psychology. Cognitive perspectives on children's social and behavioural development*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dust, S., & Hoogsteder, L.M. (2023) *Procesevaluatie Agressie op Maat Ambulant voor Volwassenen 2023*. de Waag
- 2023 Fischer, T.F.C., Captein, W.J.M., Zwirs, B.W.C. (2012) *Gedraginterventies voor volwassen justitiabelen*. Erasmus Universiteit Rotterdam en WODC. Boom Lemma: Den Haag.
- Fitzpatrick, S. E., Srivorakiat, L., Wink, L. K., Pedapati, E. V., & Erickson, C. A. (2016). Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1525-1538.
- 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.
- Garofalo, C., Neumann, C. S., & Velotti, P. (2021). Psychopathy and aggression: The role of emotion dysregulation. *Journal of Interpersonal Violence*, 36, 23-24,
- Garrido, V., & Morales, L. A. (2007). Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treat. *Campbell Systematic Reviews*, 7, 1-47.
- Golding, P., & Fitzgerald, H. E. (2019). The early biopsychosocial development of boys and the origins of violence in males. *Infant mental health journal*, 40(1), 5-22.
- Granic, I., & Patterson, G.R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: a dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113, 101-131.
- Hofmann, W., Schmeichel, B.J., & Baddeley, A.D. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in Cognitive Sciences*, 16, 174-180.
- Holländare, F., Gustafsson, S. A., Berglind, M., Grape, F., Carlbring, P., Andersson, G., Hadjistavropoulos, H., & Tillfors, M. (2016). Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *Internet Interventions*, 3, 1-7.
- Holley, S. R., Ewing, S. T., Stiver, J. T., & Bloch, L. (2017). The relationship between emotion regulation, executive functioning, and aggressive behaviors. *Journal of interpersonal violence*, 32(11), 1692-1707.
- Hoogsteder, L.M. (2017). *Procesevaluatie AROPMaat-VA*. Utrecht: De Waag.
- Hoogsteder, L.M., Van Horn, J.E., Stams, G.J.J.M., Wissink, I.B., & Hendriks, J. (2016). 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*, 60 (4), 435-455.
- Hoogsteder, L.M., Kuijpers, N., Stams, G.J.J.M., Van Horn, J.E., & Hendriks, J. (2014). Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 25-35.
- Hoogsteder, L.M., Stams, G.J.J.M., & Bonnes, D. (2017). *Agressie Regulatie op Maat: Een Evaluatie Studie in een Justitiële Jeugdinstelling met harde uitkomstmaten*. Manuscript submitted for publication.
- Hoogsteder, L. M., Wissink, I. B., Stams, G. J. J., van Horn, J. E., & Hendriks, J. (2014). A validation study of the Brief Irrational Thoughts Inventory. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 32(3), 216-232.
- Huizinga, M. (2007). De ontwikkeling van executieve functies tussen kindertijd en jongvolwassenheid. *Neuropraxis* 3, 74-82.
- Johnson, S. A. (2019). Understanding the violent personality: antisocial personality disorder, psychopathy, & sociopathy explored. *Forensic Research & Criminology International Journal*, 7(2), 76-88.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 441-476.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Croypley, T.G., Hosmer, D., & Bernhard, J. (1998). Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.

- Kawabata, Y., Alink, L. R., Tseng, W. L., Van IJzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review, 31*(4), 240-278.
- Kip, H., Bouman, Y. H. A., Kelders, S. M., & van Gemert-Pijnen, L. J. E. W. C. (2018). eHealth in treatment of offenders in forensic mental health: A review of the current state. *Frontiers in Psychiatry, 9*, 1–19.
- Kip, H., Oberschmidt, K., & Bierbooms, J. J. (2020). Ehealth technology in forensic mental healthcare: recommendations for achieving benefits and overcoming barriers. *International Journal of Forensic Mental Health, 20*(1), 31-47.
- Tuente, S. K., Bogaerts, S., Smeijers, D., & Veling, W. (2020). Associations between social information processing and aggression in forensic psychiatric inpatients. In: S. Klein Tuente (Ed), *Understanding aggression and treating forensic psychiatric inpatients with Virtual Reality* (p.p. 94-114). Groningen, Nederland: University of Groningen.
- Kovacs, M., Sherrill, J., George, C. J., Pollock, M., Tumuluru, R. V., & Ho, V. (2006). Contextual emotion-regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45* (8), 892-903.
- Labella, M. H., & Masten, A. S. (2018). Family influences on the development of aggression and violence. *Current opinion in psychology, 19*, 11-16.
- Landenberger, N.A., & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology, 1*, 451-476.
- Lemerise, E. A., & Arsenio, W. F. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development, 71*, 107–118.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter J., Comtois, K.A. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal of Addictions, 8*, 279– 292.
- Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. In: *Victims and Offenders, 4*, 124-147.
- Lipsey, M.W., Landenberger, N.A., & Wilson, S.J. (2007). *Effects of Cognitive Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Philadelphia, Pennsylvania: Campbell Collaboration.
- Loeber, R., Slot, W., & Stouthamer-Loeber, M. (2008). A cumulative developmental model of risk and promotive factors. In Loeber, R., Slot, W. Laan, P.H. van der en Hoeve, M. (red.) *Tomorrow's criminals: The development of child delinquency and effective interventions*. Ashgate: Ashgate Press.
- Low, S., & Espelage, D. (2014). Conduits from community violence exposure to peer aggression and victimization: contributions of parental monitoring, impulsivity, and deviancy. *Journal of counseling psychology, 61*(2), 221-232.
- Mancke, F., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2018). Correlates of aggression in personality disorders: an update. *Current Psychiatry Reports, 20*, 1-14.
- Martens, M., & Metselaar, S. (2014). *Digitale zorg verbindt: Ervaringen, wensen en behoeftes van cliënten en naasten die gebruik maken van ambulante GGz*.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence, *Philosophical Transactions of the Royal Society B, 363*, 2577–2597.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *The delict as basic assumption: methodology for working in an forced setting*. Amsterdam: Publisher SWP/Probation Netherland.
- Miller, D.B. and O'Callaghan, J.P. (2002) Neuroendocrine Aspects of the Response to Stress. *Metabolism-Clinical and Experimental, 51*, 5-10.
- Minotta-Valencia, L., & Minotta-Valencia, C. (2021). Cognitive Behavioral Therapy: General Aspects and its Particular Technique. *Journal of Psychology & Psychotherapy 11* (5: 000409), 1-7.
- Mitchell, D., Tafrate, R., & Hogan, T. (2018) *Cognitive Behavioral Therapy in Forensic Treatment*. Psychology.
- 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.
- Moffitt, T. E. (2015). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. *Developmental Psychopathology: Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation*, 570-598.

- Moffitt, T. E. (2018). Male antisocial behaviour in adolescence and beyond. *Nature human behaviour*, 2(3), 177-186.
- Mulder, E., Brand, E., Bullens, R., Van Marle, H. (2010). Risk Factors for overall recidivism and severity of recidivism in serious juvenile offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(1), 118-135.
- Mullin, S., & Simpson, J. (2007). Does executive functioning predict improvement in offenders' behaviour following enhanced thinking skills training? An exploratory study with implications for rehabilitation. *Legal and Criminological Psychology*, 12, 117-131.
- Murray, A., Lavoie, J., Booth, T., Eisner, M., & Ribeaud, D. (2021). To what extent does emotional dysregulation account for aggression associated with ADHD symptoms? An experience sampling study. *Psychiatry research*, 303, 114059.
- Murray, J., & Farrington, D.P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry* 55, 633-42.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Gedragstoornissen*. Verkregen op 12 december 2015 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychischestoornissen/gedragstoornissen/>.
- Piquero, A. R., Farrington, D. P., Nagin, D. S., & Moffitt, T. E. (2010). Trajectories of offending and their relation to life failure in late middle age: Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 47(2), 151-173.
- Plattner, B., Giger, J., Bachmann, F., Brühwiler, K., Steiner, H., Steinhausen, H.C., Bessler, C. & Aebi, M. (2012). Psychopathology and offense types in detained male juveniles. *Psychiatry Research*, 198, 285-90.
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Hengesch, G., Schneider, M., Supprian, T., Schwitzgebel, P., Pinhard, K., Dovi-Akue, N., Wender, P., & Thome, J. (2004) Prevalence of attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(6), 365-371. doi:10.1007/s00406-004-0516-z
- Rovers, B. 2010. *Motiveren en motivatieproblematiek. Integraal motiveren in het cliëntenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.
- Schreurs, P. J. G., Van de Willige, G., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrechtse Coping lijst: Omgaan met problemen en gebeurtenissen*. Pearson.
- Schubert, C. A., Mulvey, E.P., Loughran, T.A., & Loyosa, S.H. (2012). Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39. Doi: 10.1177/0093854811426710
- Schwab-Reese, L. M., Parker, E. A., & Peek-Asa, C. (2020). The interaction of dopamine genes and financial stressors to predict adulthood intimate partner violence perpetration. *Journal of interpersonal violence*, 35(5-6), 1251-1268.
- Siezenga, A. M., van Gelder, J. L., & van der Schalk, J. (2022). What Works in the Digital Age? VR and Smartphone Applications for Forensic Psychology. Challenging Bias in Forensic Psychological Assessment and Testing, 130-157.
- Smeijers, D., Benbouriche, M., & Garofalo, C. (2020). The association between emotion, social information processing, and aggressive behavior: A systematic review. *European Psychologist*.
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014). Handleiding HKT-R: Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie. Groningen: Stichting FPC dr. S. van Mesdag.
- Syngelaki, E.M., Moore, S.C., Savage, J.C., Fairchild, G., & Van Goozen, S.H.M. (2009). Executive functioning and risky decision making in young male offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 1213-1227.
- Tollenaar, N, Dijk, van. J., & Alblas, J.W. (2009). Monitor multi-offenders. National Government: WODC.
- Taylor, J.L., & Novaco, R.W. (2005). Anger treatment for people with developmental disabilities: A theory, evidence and manual based approach. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Terzi, L., Martino, F., Berardi, D., Bortolotti, B., Sasdelli, A., & Menchetti, M. (2017). *Aggressive behavior and self-harm in Borderline Personality Disorder: The role of impulsivity and emotion dysregulation in a sample of outpatients*. *Psychiatry Research*, 249, 321-326.
- Van den Boogert, F.; Sizoo, B.; Spaan, P.; Tolstra, S.; Bouman, Y.H.A.; Hoogendijk, W.J.G.; Roza, S.J. (2021). Sensory Processing and Aggressive Behavior in Adults with Autism Spectrum Disorder. *Brain Sciences*, 11, 95.

- Van den Hurk, A. A. & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What Works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Van Horn, J.E., Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., Van den Hanenberg, F.J.A.C., Van der Put, C.E., & Bogaerts, S., (2016). *Handleiding Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE): Volwassen cliënten vanaf 18 jaar, versie 1.0*. Kwaliteit Forensische Zorg
- Van Nieuwenhuijzen, M., Van Rest, M. M., Embregts, P. J. C. M., Vriens, A., Oostermeijer, S., Van Bokhoven, I., & Matthys, W. (2015). Executive functions and social information processing in adolescents with severe behavior problems. *Child neuropsychology*, 23(2), 228-241.
- Verdonck, E., & Jaspert, E. (2009). *Motivatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld*. Leuven: Leuvens Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Voutilainen, L., Henttonen, P., Kahri, M., Ravaja, N., Sams, M., & Peräkylä, A. (2018). Empathy, challenge, and psychophysiological activation in therapist–client interaction. *Frontiers in Psychology*, 9, 530.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257.
- Ward, T. (2010). The Good Lives Model of offender rehabilitation: Basic assumptions, aetiological commitments, and practice implications. *Offender supervision: New directions in theory, research and practice*, 41-64.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Alma, S.M., Essers, A.A.M., & Bregman, I.M. (2010). *Recidivism report 1997-2007: Trends in the reconviction rate of Dutch offenders*. Fact sheet 2010-6a. The Hague: WODC.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., & Homburg, G.H.J. (2014). *Terugval in recidive. Exploratie van de daling in de recidivecijfers van jeugdigen en ex-gedetineerden bestraft in de periode 2002-2010*. Den Haag: WODC.
- Wallinius, M., Johansson, P., Lardén, M., & Dernevik, M. (2011). Self-serving cognitive distortions and antisocial behaviour among adults and adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 286-301.

Samenwerking erkenningstraject

Het erkenningstraject wordt in samenwerking uitgevoerd door het Nederlands Jeugdinstituut (Nji), het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL), het 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.

