

Interventie

Agressie Regulatie op Maat Klinisch Volwassenen (ARK-V)

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 28 maart 2018

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Dr. L.M. Hoogsteder en prof. dr. S. Bogaerts (2018) .
Justitieinterventies.nl: Agressie Regulatie op Maat Klinisch Volwassenen (ARK-V). Utrecht: Nederlands
Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van www.justitieinterventies.nl.

Inhoud

Colofon	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
Samenvatting	4
Korte samenvatting van de interventie	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	5
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak	9
2. Uitvoering	14
3. Onderbouwing	18
4. Onderzoek	24
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	24
5. Samenvatting Werkzame elementen	26
6. Aangehaalde literatuur	27

Samenvatting

Korte samenvatting van de interventie

Agressie Regulatie op Maat Klinisch voor Volwassenen (vanaf nu ARK-V) is bedoeld voor volwassenen patiënten met ernstige agressieproblematiek die in detentie zitten of residentiële forensische zorg krijgen aangeboden. Het primaire doel van ARK-V is het verminderen van agressief gedrag en het reduceren van (de kans op) recidive van gewelddadig gedrag. ARK-V is een behandeling met een individueel en groepsgericht aanbod en gebruik maakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak, 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 negen maanden tot 2,5 jaar.

Doelgroep

ARK-V is bedoeld voor klinische patiënten met ernstige agressieproblematiek en een IQ boven de 80. Er is sprake van een hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag. Het agressieprobleem is onderdeel van ernstige psychosociale en/of psychiatrische problematiek, veelal in combinatie met complexe comorbiditeit. Er is tenminste sprake van een andere gespecificeerde *persoonlijkheidsstoornis of een* disruptieve, impulsbeheersings- of andere 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 disfunctionele cognities en scripts die leiden tot agressief gedrag.

Doel

Het primaire doel van ARK-V 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. Dit doel wordt bereikt door aan diverse subdoelen te werken. Denk aan het verminderen van stressgevoelens en het verbeteren van de impulscontrole.

Aanpak

ARK-V werkt met een individueel aanbod en indien passend bij de leerstijl van de patiënt met een groepsaanbod. Er wordt gebruik gemaakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness oefeningen) waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Voor het leveren van maatwerk wordt een set standaard en optionele modules aangeboden. De duur van de behandeling (zonder nazorg) is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van minimaal 9 maanden tot maximaal 2,5 jaar. Gemiddeld genomen zal het gaan om 1,5 jaar. Er wordt minimaal 1,5 keer per week behandeld en maximaal drie keer per week. Een individuele sessie duurt minimaal een uur. De groepsmodule start na het afronden van de module beheersingsvaardigheden, een sessie duurt 90 minuten. Als er een groepsaanbod is, dan wordt er minimaal om de week individuele behandeling aangeboden.

Materiaal

Het materiaal van de interventie bestaat uit diverse handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een programma- en managementhandleiding voor de behandelaar en managers van een instelling en een opleidingshandleiding. Verder is de inhoud van het programma voor de patiënt en de behandelaar nauwkeurig beschreven in tien standaard en optionele modules. Er bestaan ook videofragmenten die ter ondersteuning van de behandeling gebruikt kunnen worden.

Onderbouwing

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag worden verklaard vanuit het biopsychosociaal model (BPS-model; Dodge & Pettit, 2003). Hierbij wordt ter verdieping gebruik gemaakt van de theorie over het verstoorde sociale informatie verwerkingsproces. Volgens het BPS-model is chronische agressie het gevolg van een interactie tussen enerzijds de biologische, psychologische en sociale factoren en anderzijds de kwetsbaarheid voor deze factoren. In de eerste plaats vormen bepaalde biologische

predisposities een risico voor de ontwikkeling van agressief gedrag, zoals ADHD, ASS, en de mate van impulsiviteit (executieve functie). Ten tweede spelen hierbij psychologische factoren, zoals cognitieve en emotionele processen een rol. Ten derde kunnen ongunstige sociale omstandigheden (denk aan schulden, geen inkomen en/of vaste woning voordat de patiënt gesloten werd geplaatst) en negatieve opgedane levenservaringen een criminogene risicofactor vormen voor de ontwikkeling van agressieproblematiek. De ARK-V werkt aan het verminderen van aanwezige dynamische criminogene risicofactoren en het versterken van beschermende factoren, hierbij zijn de RNR-principes leidend (risk-need-responsivity; zie voor uitleg kopje onderbouwing).

Onderzoek

Er heeft bij verschillende instellingen een procesevaluatie plaatsgevonden naar de uitvoering van de ARK-V (Hoogsteder, 2018). Bij het onderzoek waren 25 patiënten, 16 behandelaren en vijf verschillende vestigingen/instellingen betrokken. Het gaat om patiënten uit twee penitentiaire inrichtingen, een TBS kliniek, een Forensische Psychiatrische Kliniek en een besloten opvang voor veteranen. De resultaten toonden aan dat de beoogde doelgroep grotendeels is bereikt en dat de programma-integriteit op groepsniveau in orde was. De behandelaren voldeden aan de basisvoorwaarden qua opleiding, het volgen van intervisie (op één instelling na), en de nodige ervaring (zo niet dan werd extra werkbegeleiding aangeboden). Bij de gebruikte evaluatieformulieren werd als criteria gehanteerd dat de programma-integriteit in orde was als de gemiddelde score hoger of gelijk is aan 80%. Bij de eindevaluatieformulieren werd een gemiddelde score (ingevuld door behandelaren en patiënten) van 81,8% gehaald. Bij de checklisten ging het om een gemiddelde score van 80,5%.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

ARK-V is bedoeld voor volwassen patiënten (mannen en vrouwen) van verschillende etnische afkomst die in een residentiële voorziening verblijven met een IQ boven de 80. Patiënten zijn onder andere vanwege gewelddadig gedrag in aanraking gekomen met politie. Het agressieve gedrag uit zich op minimaal twee leefgebieden en kan instrumenteel of emotioneel van aard zijn of een combinatie van beide. Er is sprake van een hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag en het agressieprobleem is onderdeel van ernstige psychosociale en/of psychiatrische problematiek veelal in combinatie met complexe comorbiditeit. Er is tenminste sprake van een (andere gespecificeerde) disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis (denk aan een oppositioneel opstandige gedragsstoornis en een normoverschrijdend-gedragsstoornis), een persoonlijkheidsstoornis (veelal cluster-B) al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik. Er is sprake van een tekort aan executieve functies, waaronder een geringe impulscontrole en emotieregulatie, beperkte probleemoplossing en disfunctionele cognities en scripts die leiden tot agressief gedrag.

Intermediaire doelgroep

Aan het begin van de behandeling worden mensen uit het netwerk van de patiënt gestimuleerd om emotionele steun te bieden. ARK-V richt zich verder op de betrokken sociotherapeuten die werkzaam zijn op de leefgroep waar de patiënt verblijft. Zij dienen te helpen bij het doen van opdrachten op de leefgroep en het naleven van het veiligheidsplan en signaleringsplan. Tijdens de laatste fase van de behandeling wordt geregeld dat betrokken netwerkleden of professionals deze rol over nemen. Er dient dan extra aandacht te zijn voor het waarborgen van de veiligheid van kinderen (indien aan de orde), bijvoorbeeld door Veilig Thuis in te schakelen.

ARK-V richt zich naast de patiënt ook op een eventuele partner (op het moment dat de patiënt binnen drie maanden uitstroomt of met verlof gaat).

Selectie van doelgroepen

De behandelverantwoordelijke van de patiënt (eventueel onder supervisie van een regiebehandelaar) is verantwoordelijk voor het indiceren van het zorgprogramma ARK-V. Binnen een klinische setting vindt in de regel vrijwel direct na binnenkomst diagnostiek, risicotaxatie en assessment plaats. Hierdoor is er al snel voldoende informatie beschikbaar om te kunnen bepalen of de interventie van toepassing is. Hierbij zijn onderstaande criteria leidend.

Indicatiecriteria

1. De patiënt beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate zodat hij de gegeven instructies en aanwijzingen van de ARK-V-behandelaar kan begrijpen;
2. De patiënt heeft een minimale IQ-score van 80. Indien er geen recente gegevens zijn over de IQ-score, wordt dit in eerste instantie geschat met de SCIL (Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking). Als de uitkomst van de SCIL aangeeft dat er mogelijk sprake is van een IQ onder de 80 wordt er een volledige IQ-meting gedaan;
3. De patiënt scoort hoog op geweldsrecidive gemeten met de HKT-r (Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie; Spreen, Brand, Ter Horst, Bogaerts, 2014).
4. De patiënt scoort hoog op minstens twee van de volgende dynamische risicofactoren van de HKT-r: Antisociaal Gedrag, Impulsiviteit, Geringe coping en Vijandigheid;
5. De patiënt heeft één of meerdere geweldsdelicten gepleegd;
6. Er is volgens de DSM-5 sprake van een (andere gespecificeerde) disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis (denk aan een oppositioneel opstandige gedragsstoornis en een normoverschrijdend-gedragsstoornis), een persoonlijkheidsstoornis (veelal cluster-B) al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik;
7. Uit de BRIEF-A (Executieve functies gedragsvragenlijst voor volwassenen, ingevuld door de behandelaar of behandelcoördinator) blijkt dat de patiënt klinisch scoort op minstens één van de volgende schalen: emotieregulatie, inhibitie, cognitieve flexibiliteit en zelfevaluatie.

Contra-indicaties

1. Er is sprake van floride psychose en/of zeer ernstige traumagerelateerde klachten;
2. Een structurele weigering door de patiënt om met ARK-V aan de slag te gaan, ook nadat de ARK-V-behandelaar diverse motivatietechnieken heeft toegepast. Let op: dit kan pas tijdens de pré-behandeling worden beoordeeld. De AR-behandelaar heeft tijd nodig om te investeren in het motiveren;
3. Agressie die uitsluitend op zichzelf wordt gericht (automutilatie).

Contra-indicatie tot gedeeltelijk aanbieden van groepsbehandelingen

Er wordt standaard een groepsmodule aangeboden. Dit is echter contra-geïndiceerd als het werken in een groep te bedreigend is voor de patiënt of als uit (dossier)informatie blijkt dat de patiënt regelmatig negatief gedrag vertoont op de leefgroep of een andere groepsbehandeling. Hetzelfde geldt als er sprake is van specifieke vaardigheidstekorten en/of psychische problemen die belemmerend werken bij het leren in groepsverband.

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 HKT-r zijn vastgesteld.

Zo is bijvoorbeeld de module Stressreductie geïndiceerd als patiënten hoog scoren op Geringe coping (HKT-r) en/of op dit onderdeel positief scoren op de checklist optionele modules. De module Impulscontrole is aan de orde als er sprake is van ADHD en ASS of bij een hoge score op de HKT-R / BRIEF (m.b.t. impulsiviteit). Patiënten komen in aanmerking voor de module Emotieregulatie als zij volgens de DSM-5 gediagnosticeerd zijn met een borderline persoonlijkheidsstoornis en/of last hebben van stemmingswisselingen. Tijdens de integratie fase is de module Partner in beeld geïndiceerd als er sprake is van een (actuele) partner.

Betrokkenheid doelgroep

ARK-V is ontstaan door gebruik te maken van de residentiële versie voor jongvolwassenen en de Ambulante versie voor volwassenen. Tijdens de ontwikkeling van deze versies is onder andere gebruik gemaakt van de feedback van de (jong)volwassenen en behandelaren (Hoogsteder, 2014). Dit is ook nog gebeurd tijdens het verbeteren van de verschillende AROPmaat versies. Uit de feedback van de ARK-V doelgroep (14 patiënten) kwam naar voren dat patiënten de oefening 'wisselen van aandacht' ervaren als een helpende oefening. Sommige patiënten gaven aan dat er behoefte is aan een samenvatting aan het einde van elke module. Dit is inmiddels gerealiseerd. Ook werden de plaatjes niet altijd acceptabel gevonden. Sommige waren volgens de patiënten te kinderachtig, andere werden niet begrepen (ook dit is veranderd). Relatief veel patiënten gaven aan dat ze het individueel behandelen zeer waarderen. Ook hebben verschillende patiënten beschreven dat ze graag hadden gezien dat de interventie er eerder was geweest. Om ervoor te zorgen dat er doorlopend feedback binnenkomt van de doelgroep, worden zij gestimuleerd om tijdens de afronding van de behandel fase een evaluatieformulier in te vullen. Terugkerende feedback zal dan worden besproken met de programmaverantwoordelijken. Tijdens de procesevaluatie (Hoogsteder, 2018) hebben patiënten de ARK-V gemiddeld genomen beoordeeld met een 7.5.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het primaire doel van ARK-V 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. Dit wordt gemeten met de HKT-r en de ARK-V-doelenlijst. Op een later moment (effectonderzoek) zullen recidivecijfers worden opgevraagd bij het WODC.

Subdoelen

Hieronder worden de concrete subdoelen beschreven die helpen om het hoofddoel te realiseren. De subdoelen zijn gekoppeld aan de modules die binnen ARK-V worden aangeboden. Of een doel bereikt is, wordt per module aan de hand van vaste criteria geëvalueerd (deze staan in de algemene programma handleiding). Daarnaast worden aan het begin en aan het einde van de behandeling verschillende

vragenlijsten afgenomen om te bepalen in welke mate er sprake is van vooruitgang. Het gaat om de HKT-r, de ARK-V-doelenlijst, AR-vaardighedenlijst, de BRIEF (Executieve Functies Gedragsvragenlijst), de AVL (Agressie Vragenlijst), de UCL en de Lijst Irrationale Gedachten (LIG).

De ARK-V werkt aan de volgende standaard subdoelen:

1. Bij de patiënt is sprake van verandermotivatie. De patiënt gelooft in verandering en toont inzet en doet moeite om verandering te realiseren. De patiënt heeft zicht op de nadelen voor zichzelf m.b.t. agressief handelen;
2. De patiënt ervaart emotionele steun van één of meer mensen uit zijn netwerk;
3. De patiënt heeft afstand genomen van risicosystemen uit zijn netwerk, waaronder (een deel van) zijn vriendenkring en is weerbaarder tegen eventuele negatieve invloeden;
4. De patiënt is in staat tot het innemen van perspectief van anderen. Dit betekent o.a. dat de patiënt lastige gebeurtenissen vanuit verschillende kanten kan bekijken en dat een patiënt kan bedenken hoe een ander over een situatie denkt;
5. De patiënt kan adequate oplossingen (manieren van reageren) bedenken en toepassen als er sprake is van lastige situaties /structurele problemen;
6. De patiënt beschikt over adequate beheersingsvaardigheden. Hij kan enkele trucs toepassen die helpen om zichzelf in te houden ter voorkoming van agressief gedrag;
7. De patiënt hanteert geen cognitieve vervormingen die het agressieve en antisociale gedrag in stand houden. Dit betekent o.a. dat de patiënt functionele (helpende) gedachten kan toepassen.
8. De patiënt kan het gedrag van anderen met een ruime blik waarnemen en via rationele gedachten interpreteren. *(Aan dit doel wordt standaard via de groepsmodule gewerkt, maar als dit onvoldoende werkt, wordt ook de optionele module aangeboden);*
9. De patiënt beschikt over adequate vaardigheden in het omgaan met conflicten. Dit betekent o.a. dat de patiënt tijdens conflicten technieken kan inzetten die de-escalerend werken, adequaat (assertief) met autoriteiten om kan gaan en kritiek kan ontvangen zonder boos te worden.

Algemene doelen voor betrokken sociotherapeuten en/of betrokken systeemleden (indien aanwezig)

1. Betrokken sociotherapeuten bieden steun bij het maken van opdrachten op de leefgroep;
2. Betrokken sociotherapeuten en systeemleden hebben kennis en inzicht in het probleemgedrag van de patiënt;
3. Betrokken sociotherapeuten (en systeemleden tijdens de nazorgfase) herkennen acute risicofactoren bij de patiënt en helpen de patiënt bij het naleven van het veiligheidsplan;
4. Betrokken systeemleden bieden emotionele steun.

De ARK-V werkt aan de volgende optionele subdoelen:

1. De patiënt reduceert gevoelens van stress en spanning; er is geen sprake van chronische stress / verhoogde arousal. Hij past functionele copingvaardigheden toe;
2. De patiënt kan eigen impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen;
3. De patiënt kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is;
4. De interactie tussen partner en de patiënt is verbeterd. Partner en patiënt 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;
5. ADHD en/of middelenafhankelijkheid en/of traumagerelateerde klachten van de patiënt is onder controle en versterkt het externaliserende probleemgedrag niet.

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

¹ Dit betekent dat er tijdens de nazorgfase door de inzet van forensisch maatschappelijk werk of individuele trajectbegeleiding ook gewerkt wordt aan het realiseren van huisvesting en inkomen.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Algemeen

ARK-V is gebaseerd op de RNR-principes (*risk-need-responsivity*; zie voor uitleg kopje *onderbouwing*) en maakt gebruik van een individueel en groepsgericht aanbod. Het betreft een cognitief gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken, rollenspelen, en aangepaste mindfulness oefeningen) waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Ook worden er oefeningen voor op de leefgroep meegegeven, het doen van de opdrachten wordt gestimuleerd door de sociotherapeuten. Onder het kopje inhoud wordt uitgebreide informatie gegeven over de inhoudelijke aanpak.

Fasering

ARK-V bestaat uit de volgende fasen:

Fasen en aanbod	Parallele fase	Acties
Indiceren		
Risicotaxatie	Invullen checklist indicatiestelling Reguliere assessment instelling	Door regiebehandelaar: Risicotaxatie Afname screeningsinstrumenten ARK-V Indiceren
Intake	Valideren Aangaan contact	Door regiebehandelaar: Voorlopige indicatie optionele modules. Indien al mogelijk opstellen / aanvinken behandeldoelen.
Pre-behandeling		
1. Introductiemodule	Indien geïndiceerd een aanvullend behandelaanbod, bijvoorbeeld gericht op traumaverwerking, problematisch middelengebruik of het behandelen van ADHD.	Door ARK-V-behandelaar: Valideren Motiveren Empoweren Vergroten responsiviteit Opstellen veiligheidsplan Analyseren Netwerk; stimuleren tot krijgen van meer steun
Behandeling		
2. Stressreductie (O) ² 3. Impulscontrole (O) 4. Beheersingsvaardigheden (S) ³ 5. Anders denken (S) 7. Waarnemen en Interpreteren (O) 8. Emotieregulatie (O) 9. Netwerk (S) 10. Partner in beeld (O)	Indien geïndiceerd een aanvullend behandelaanbod, bijvoorbeeld gericht op traumaverwerking of behandelen van ADHD. Viermaandelijke evaluatie 6. De Groepsmodule (S) gaat van start als de patiënt bezig is met de Module Anders denken.	Behandelen door het aanbieden van de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules.
Afronding behandeling		
De behandeling wordt afgesloten door een certificaat te overhandigen.	De patiënt zit nog gesloten en heeft geen verlofstatus. Andere behandelingen lopen ws. nog door.	De behandel fase is afgerond, omdat de patiënt voldoende positieve veranderingen heeft laten zien gericht op de programmadoelen.
Nazorgfase 1		
Nazorgfase 1		De behandeling is afgerond, maar de patiënt wordt nog minimaal drie maanden eens per twee weken gezien. Focus ligt op herhaling en toepassen toekomstplan. Deze nazorg fase wordt afgerond als er geen sprake is van terugval. Als de nazorgfase is afgerond en er is toch sprake van terugval dan kan de behandeling weer worden opgepakt.
Nazorgfase 2		
Nazorgfase 2	Er is minimaal sprake van een meerdaagse verlofstatus.	Nazorg is afgestemd op problematiek en geschatte recidiverisico. Als bij meerdaagse

² O = optioneel

³ S = Standaard

verlof / proefverlof nog sprake is van een matig recidiverisico of hoger, is AROPMaat-AV geïndiceerd of een andere passende interventie.

Frequentie en duur van de interventie

Afhankelijk van de aard en ernst van de problematiek en de vaardigheidstekorten, biedt de interventie de mogelijkheid om naast standaard modules, ook optionele modules te volgen. Het programma sluit op die manier beter aan bij het risico- en behoeftebeginsel van de patiënt. De behandeling (zonder nazorg) duurt minimaal 9 maanden en maximaal 2,5 jaar. Gemiddeld genomen zal het ws. gaan om 1,5 jaar. Het programma wordt tijdens de behandelphase minimaal 1,5 keer per week aangeboden (hierbij geldt dat er een periode twee contactmomenten per week zijn), maar de frequentie kan (tijdelijk) oplopen tot drie keer per week. Bijvoorbeeld als de patiënt langzaam leert of als er sprake is van een acute risicofactor. Als de standaard groepsmodule start (na de module beheersingsvaardigheden), vindt er minimaal eens in de twee weken ook individuele behandeling plaats. Een sessie uit de groepsmodule duurt 90 minuten.

Standaard en optionele modules

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

Inhoud van de interventie

Algemene informatie

Basishouding en aanbod

Een essentieel deel van de behandeling bestaat uit het blijvend investeren in het motiveren en het opbouwen van een adequate werkalliantie tussen patiënt en behandelaar. Hierbij is het nodig om structureel motiverende gesprekstechnieken toe te passen, waaronder het stimuleren van 'het geloof in eigen kunnen' en het valideren, inclusief het bieden van aandacht en het kunnen opschorten van het eigen oordeel. Op die manier wordt voorkomen dat de patiënt 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 patiënt, zodat de patiënt makkelijker contact aangaat en meer openstaat om te leren en positieve veranderingen door te maken.

De patiënt krijgt bij de start van een bijeenkomst (al vanaf de pre-behandelphase) de mogelijkheid om situaties in te brengen die boosheid of irritatie hebben opgeroepen. De patiënt kan op die manier zijn gevoelens ventileren en op een rij zetten en dit draagt bij aan een adequate emotieregulatie. Daarnaast worden er samen met de behandelaar adequate oplossingen / reacties bedacht (en indien wenselijk geoefend) voor als het probleem nog voortduurt of zich mogelijk 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 behandelphase). Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, heeft immers invloed op de leerbaarheid. Als een patiënt 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 patiënt dit wel kan. In het kader van de responsiviteit kan hier echter van worden afgeweken, bijvoorbeeld als een patiënt weerstand toont tegen een specifieke module en een andere wel graag wil doen. Ook komt het voor dat een patiënt een probleem inbrengt die vraagt om een reactie waarbij vaardigheden uit verschillende modules voor nodig zijn. Denk aan het rustig worden, het toepassen van een beheersingsvaardigheid en een conflictremmer.

Per patiënt wordt bekeken wanneer het beste begonnen kan worden met de module 'Netwerk' en 'Partner in beeld' (indien van toepassing). Wel wordt tijdens de introductiemodule al een netwerkanalyse opgemaakt om te kijken wie uit het netwerk de patiënt (op afstand) kan steunen (met een plan om dit te realiseren) en wie mogelijk een negatieve invloed heeft.

Behandeling van een psychiater (farmacotherapie), verslavingszorg en/of een trauma-interventie wordt parallel aan de ARK-V ingezet als er sprake is van bijvoorbeeld ADHD / depressie, problematisch middelengebruik of trauma gerelateerde klachten. Deze behandeling kan, indien nodig, doorlopen als de patiënt voor de ARK-V al in de nazorgfase zit.

Continuïteit

Er wordt zorggedragen voor continuïteit door de sociotherapeuten op de leefgroep van de patiënt te betrekken bij het naleven van het veiligheidsplan en het signaleringsplan en het doen van opdrachten. De patiënt krijgt na elke sessie de opdracht om de doe-opdrachten die zijn meegegeven voor op de leefgroep te bespreken met zijn mentor (één van de sociotherapeuten van de leefgroep). De ARK-V-behandelaar bespreekt dit eveneens wekelijks met de mentor. Er wordt dan tevens overlegd hoe de sociotherapeuten op de leefgroep kunnen ondersteunen bij het behalen van subdoelen. Zo kunnen zij bijvoorbeeld de patiënt elke dag stimuleren om focusopdrachten of ontspanningsoefeningen te doen. Ze kunnen de patiënt vragen om elke dag een tegenargument te benoemen m.b.t. een cognitieve vervorming of ondersteuning bieden bij het toepassen van een beheersingsvaardigheid. Verder worden patiënten gestimuleerd om mensen uit hun netwerk te benaderen voor het krijgen van meer (emotionele) steun. Als een patiënt een verlofstatus krijgt, worden mensen uit het netwerk gevraagd om ondersteuning te bieden bij het naleven van het veiligheidsplan. Lukt dit niet dan worden hierbij professionals betrokken. Een eventuele partner wordt bij de behandeling betrokken als de mogelijkheid op verlof in zicht is. Partners of een ander betrokken systeemlid kunnen enkele sessies zonder de patiënt worden gezien. Dit kan zorgdragen voor het vergroten van hun motivatie om de patiënt te ondersteunen en/of te werken aan het verbeteren van de relatie. Ook is het soms effectiever om zonder de patiënt psycho-educatie aan te bieden en de-escalerende technieken aan te leren (indien nodig).

Afronding en nazorg

De nazorg van de ARK-V kan uit twee fase bestaan. De eerste fase is alleen aan de orde als de patiënt nog vastzit, maar de behandelfase al afgerond is. De contactmomenten worden dan langzaam afgeschaald en stopgezet als er geen sprake is van terugval. De tweede nazorgfase treedt in als de patiënt bezig is met resocialiseren en minimaal een meerdaagse verlofstatus heeft. Tijdens deze nazorgfase wordt indien nodig ondersteuning geboden op het sociale vlak (inkomen, woonruimte en dagbesteding) en het naleven van het veiligheidsplan door bijvoorbeeld maatschappelijk werk in te zetten en/of intensieve trajectbegeleiding. De regiebehandelaar spant zich in om dit in gang te zetten. Daarnaast is doorverwijzing naar een ambulante forensische behandelsetting nodig als er nog sprake is van een matig recidiverisico of hoger. De AROPMaat-AV is dan veelal geïndiceerd. De ambulante behandeling zal vooral gefocust zijn op herhaling, het leren herkennen en verdragen van nieuwe triggers en stressoren die niet van toepassing waren in de gesloten setting, het toepassen van beheersingsvaardigheden gerelateerd aan een andere context, het empoweren en meer grip krijgen op eigen leven door het uitvoeren van het toekomstplan van de patiënt en het adequaat leren reageren op terugval.

Inhoud (pre)behandelfase

Opbouw sessie

Elke bijeenkomst wordt een transfer gemaakt naar de vorige bijeenkomst en stilgestaan bij de afgelopen dagen of week. Hierbij kan gekozen worden uit een drietal oefeningen. In de regel wordt gevraagd naar situaties waar de patiënt boos over is geweest. Zie ook 'Basishouding en rode draad qua aanbod' voor meer uitleg. Als er doorgedaan kan worden met het aanbieden van de module, wordt er altijd gezocht naar een balans in het bieden van inzicht en het doen van een oefening. Elke sessie moet er een doe-oefening worden aangeboden. Aan het einde van de sessie wordt er samen gezorgd voor een samenvatting van de bijeenkomst, vervolgens wordt besloten welke opdracht voor op de leefgroep passend is (dit wordt later ook gecommuniceerd met de mentor die het vervolgens laat weten aan de overige sociotherapeuten / groepsleiding).

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

B. Het werken aan oplossingsvaardigheden.

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

1. Introductiemodule (standaard).

Deze module staat in het teken van het motiveren, empoweren, het bieden van psycho-educatie, inzicht krijgen in eigen agressieketen, veiligheidsmanagement, het maken van een netwerkanalyse en het opbouwen van een behandelrelatie. In deze module wordt bijvoorbeeld samen met de patiënt een netwerkanalyse verricht. Er wordt in beeld gebracht welke netwerkleden steun kunnen bieden en op welke manier. Naast het realiseren van een meer steunend netwerk is het de bedoeling dat er zicht komt op mogelijke netwerkleden die gevoelens van stress of negatieve emoties versterken of die de patiënt aanzetten tot agressief gedrag.

2. Module stressreductie, inclusief signaleringsplan (optioneel).

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

3. Module Impulscontrole (optioneel).

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

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

4. Module Beheersingsvaardigheden (standaard).

Er wordt geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. Hierbij wordt wederom gebruik gemaakt van bewerkte mindfulness oefeningen. De patiënt oefent (in overleg) met triggers die boosheid oproepen. De moeilijkheidsgraad wordt hierbij langzaam opgevoerd. Bedoeling is dat de patiënt 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. De invloed van het denken op emoties en gedrag wordt uitgelegd (RET; Rationeel Emotieve Therapie) door gebruikmaking van het model van de vijf G's. De patiënt wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties. Ook wordt de patiënt 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.

6. Groepsmodule (standaard)

De groepsmodule is gericht op drie aspecten, het gaat om:

1. Waarnemen en interpreteren:

Dit is gericht op het minder selectief waarnemen en bewustwording van niet-helpende gedachten die het waarnemen en interpreteren negatief beïnvloeden. Daarnaast wordt geoefend met het neutraler interpreteren van de bedoelingen van anderen.

2. Moreel beredeneren en pro sociaal denken:

Er worden diverse morele dilemma's voorgelegd die het moreel beredeneren en het pro sociaal denken bevorderen. De patiënten worden gestimuleerd perspectief van een ander in te nemen, denken na over de verschillende keuzes die je kunt maken en de eventuele gevolgen.

3. Werken aan adequate conflictvaardigheden:

Er wordt gewerkt aan het aanleren van diverse vaardigheden, die nodig zijn om op een constructieve wijze om te gaan met conflicten. Denk aan het adequaat communiceren, omgaan met autoriteiten en kritiek, het leren herkennen van eigen conflictaanjagers en het oefenen met het toepassen van conflictremmers. Bij conflicten die vaker voorkomen, wordt er eerst bekeken welke conflict-uitlokkers de patiënt toepast. Vervolgens wordt aan de patiënt gevraagd hiermee te stoppen, daarna wordt geoefend met het toepassen van een conflictremmers die helpt om in het vervolg escalatie te voorkomen.

7. Module Waarnemen en Interpretieren (optioneel).

Deze module is van toepassing als er meer aandacht voor het thema nodig is (het aanbod tijdens de groepsmodule is onvoldoende). Er wordt gewerkt aan 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 interpreteren negatief beïnvloeden met als gevolg onnodige negatieve emoties of ruzies. Als oefening wordt bijvoorbeeld gevraagd om hardop over iemand te vertellen 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.

8. Module Emotieregulatie (optioneel).

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

9. Module Partner in Beeld (optioneel)

Deze module wordt aangeboden als een patiënt een partner heeft en binnen enkele maanden met verlof mag. Door het aanbieden van de module zullen de patiënt en de partner meer veiligheid ervaren (inzet veiligheidsplan, leren toepassen time-out procedure en/of signaleringsplan). De mogelijkheid tot bieden van psycho-educatie aan partner is aanwezig. Verder ligt de focus op het leren toepassen van de-escalerende technieken (conflictremmers), helpende gedachten en het leren adequater communiceren. De patiënt 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.

10. Module Netwerk (standaard).

Deze module wordt in ieder geval aangeboden als de patiënt vrij snel met verlof mag. In deze module wordt nogmaals een sociale netwerkanalyse gedaan. Aan de hand van de uitkomsten wordt bekeken welke oefeningen en acties nu nog nodig zijn om het netwerk verder te verbeteren. Hierbij wordt vooral gekeken naar een leven buiten de inrichting en hoe er vanuit dat perspectief meer geprofiteerd kan worden van (al bestaande) steunpersonen binnen het huidige netwerk. Verder wordt de (negatieve) invloed van netwerkliden inzichtelijk gemaakt en geoefend met het leren weerstaan van deze invloed.

Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)

De patiënt krijgt de inhoud die staat in de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules zo aangeboden dat het aansluit bij de leerstijl en doet de meest belangrijke oefeningen die hierbij horen. In de algemene programmahandleiding staat een overzicht met oefeningen / onderdelen die in elk geval gedaan moeten worden bij een module. De oefeningen die hierboven bij elke module staan beschreven zijn daar een voorbeeld van. Daarnaast kunnen er extra oefeningen worden gedaan als een patiënt meer tijd nodig heeft om de doelen van een module te behalen. De behandelaar bekijkt welke oefeningen goed aansluiten bij de leerstijl van de patiënt. Naast de behandelfase, is ook de nazorg essentieel. Er dient dan getoetst te worden of er geen terugval plaatsvindt. De focus ligt dan op het naleven van het toekomstplan.

Werving

Aangezien het om een interventie gaat die in een klinische setting wordt aangeboden, is het niet nodig om te werven. Wel kan de hoofontwikkelaar van de ARK-V voorbeelden geven voor een folder en een PowerPoint leveren als het wenselijk is om een presentatie te geven over het product.

2. Uitvoering

Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

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

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

Locatie en type organisatie

De interventie kan worden uitgevoerd door forensische klinische settings die behandeling bieden (of behandelaren laten komen vanuit een forensische ambulante zorginstelling) aan volwassen patiënten. Het kan bijvoorbeeld gaan om een TBS-kliniek, FPK of PI. Om de behandeling uit te kunnen voeren is het nodig om te beschikken over een reguliere behandelkamer en een groepsruimte.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

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

Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

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

- De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het behandelen van patiënten 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 kan zijn/haar eigen waardeoordeel opschorten als dit nodig is om te voorkomen dat de patiënt 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-opdrachten;
- De programmaverantwoordelijke (dit is een behandelaar met een specifieke rol, zie voor meer informatie onderstaande kopje) beschikt over dezelfde competenties als de behandelaar, maar heeft ruime ervaring in het behandelen van patiënten binnen een forensische setting en het begeleiden van behandelaren.

Kwaliteitsbewaking

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

1. Per vestiging van een instelling wordt een programmaverantwoordelijke (PV) aangesteld die extra taken heeft gericht op het borgen van de kwaliteit en de programma-integriteit. De PV volgt jaarlijks minimaal twee PV-dagen met als doel om de rol van PV te ontwikkelen en/of te onderhouden en verdieping aan te brengen in de methodiek. Verder is het mogelijk om naar behoefte begeleiding van de hoofdontwikkelaar te ontvangen;
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 verzorgt het eerste jaar elke twee weken een uur intervisie om zo de nodige ARopMaat-methoden te verbeteren en te onderhouden. Na een jaar wordt dit eens per maand aangeboden (dan anderhalf uur);
4. De PV biedt naast intervisie eens in de twee weken werkbegeleiding aan als hier behoefte aan is bij de behandelaar. De PV kan 'meekijken' tijdens behandelsessies of vragen om het maken van video-opnames die tijdens intervisie worden getoond. Een patiënt dient hier wel toestemming voor te geven. Ook is het mogelijk om een periode vaker de sessie-checklist te gebruiken en deze ook door de patiënt 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. ARK-V wordt aangeboden aan patiënten die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
7. Tijdens het aanbieden van een ARK-V-behandeling wordt de behandeling gemonitord aan de hand van een sessie-checklist (indien gewenst, minimale gebruik per behandeling is drie keer) en een eindexamenlijst, zodat er zicht is of er is voldaan aan de meest essentiële methoden en technieken. Deze lijsten worden door zowel de behandelaar als de patiënt ingevuld. Aan patiënten wordt bovendien specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden en of zij nog tips hebben. Als het gaat om bruikbare tips die de inhoud niet wezenlijk veranderen, dan worden deze verwerkt.

Randvoorwaarden

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

1. Bij de AR-behandelaren en ook binnen andere lagen in de instelling is voldoende bereidheid en enthousiasme om met deze interventie te werken, ook zijn de nodige financiële middelen (zie kopje over de kosten) beschikbaar;
2. Per instelling zijn minimaal twee ARK-V-behandelaren actief;
3. De ARK-V-behandelaren voldoen aan de minimale eis om twee tot drie patiënten per week ARK-V aan te bieden;

4. De ARK-V-behandelaren hebben een functie waarin zij onder andere individuele behandelingen aanbiedt, hierdoor is het mogelijk om te voldoen aan de vereiste case-load.
5. De ARK-V-behandelaren dienen voldoende indirecte tijd (zie paragraaf over de kosten) te krijgen voor het afstemmen met de ketenpartners en andere relevante betrokkenen;
6. 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 ARK-V-behandelaren (naast de intervisie), het zorgdragen voor de (interne) PR, het laten invullen van nul- en eindmetingen en evaluatieformulieren (ROM-en);
7. De behandelingsruimte moet groot genoeg zijn om met de behandelaar(s) en patiënt(en) rondom tafels te kunnen zitten. Dit is vooral een issue als het gaat om de groepsmodule. Daarnaast moet ruimte zijn voor het doen van de verschillende doe-oefeningen.
8. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen.
9. Voor elke deelnemer is er werkmateriaal (de modules) aanwezig voor het geval de patiënt dit gebruikt.
10. De behandelaar maakt gebruik van ondersteunende producten die aanwezig dienen te zijn. Het gaat om een fysio-bal, een gewone bal, gevoelswereldspel, kwaliteitsspel, vaardigheidenspel en het relatie spel.

Implementatie

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:

Op het moment dat een instelling interesse toont in ARK-V 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 opleider 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 de 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 opleider aan de programmaverantwoordelijke voor het beantwoorden van vragen. Ook helpen de PV-dagen (3 keer per jaar) hierbij. Verder bestaat één dag van de basisopleiding uit een terugkomdag die na drie maanden wordt aangeboden met aandacht voor de vragen en ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan.

Kosten

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

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

Extra tijdsinvestering programma-verantwoordelijke:

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

Kosten opleiding

Het kost 450 euro (exclusief btw) per persoon om iemand te certificeren in ARK-V (eventueel in combinatie met de ambulante versie voor volwassenen). Er kan ook een in company opleiding worden aangeboden. Deze kost 3600 euro (exclusief btw). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de opleiding (ontwikkelaar of een ervaren PV die hiertoe bevoegd is) door één trainer wordt aangeboden aan een groep die niet groter is dan twaalf personen. De kosten voor een jaarlijkse in company booster bedraagt 1000 euro (exclusief btw), als er

aangesloten wordt bij een reguliere training voor verschillende instellingen dan komt het neer op 150 euro per persoon (exclusief btw). De PV-en krijgt drie keer per jaar een speciale dag aangeboden en indien nodig ondersteuning door de hoofdontwikkelaar. Dit kost in totaal 550 euro (exclusief btw) per jaar.

Kosten materiaal

Er dient rekening te worden gehouden met de kosten voor het printen 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 fysiobals en genoemde spelen bij de randvoorwaarden.

3. Onderbouwing

Probleem

Probleem

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

Specifieke kenmerken gericht op ernst, spreiding en prevalentie

Uit ervaring blijkt dat zeker 20% van de volwassen patiënten die gesloten worden geplaatst in aanmerking komen voor de indicatiecriteria van de ARK-V (ook qua eisen omtrent IQ-score). Dit is echter afhankelijk van het type instelling en betekent niet dat de gedetineerden en/of patiënten deze behandelvorm ook allemaal krijgen aangeboden. De ARK-V-doelgroep bestaat voor circa 95% uit mannen, circa 60% heeft een migratieachtergrond. De gemiddelde leeftijd is 35 jaar. Patiënten met een cluster-B persoonlijkheidsstoornis (ca. 55% van de doelgroep) vertonen duidelijk meer agressie; bij hen is de kans op recidive na twee (17%) en vijf jaar (27,5%) hoger dan bij patiënten met overige persoonlijkheidsstoornissen (range 13,2%-21,6%), zo blijkt uit Nederlands validatieonderzoek naar de HKT-R (Spreeen, Brand, Ter Horst & Bogaerts, 2014). Middelengebruik of -afhankelijkheid in relatie tot persoonlijkheidsstoornissen is een veel voorkomende diagnose (Mulder, Brand, Bullens, Van Marle, 2010; Van der Knaap, Weijters, & Bogaerts, 2007) en blijkt van invloed op het ontwikkelen en persisteren van antisociaal gedrag (Delisi, Angton, Behnken, Kusow, 2013). Uit de procesevaluatie blijkt dit bij ca. 60% van de ARK-V-doelgroep aan de orde. Cluster-B persoonlijkheidsstoornissen in combinatie met middelenaafhankelijkheid vormt een groter recidiverisico in vergelijking met patiënten bij wie sprake is van persoonlijkheidsstoornissen NOA en middelenaafhankelijkheid (Spreeen et al., 2014).

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

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

Gevolgen

De agressieproblematiek heeft bij de doelgroep al vaak geleid tot geweldsdelicten, denk hierbij aan bedreiging, mishandeling, zware mishandeling, (poging tot) doodslag en (poging tot) moord. Niets doen betekent dat de kans op terugval hoog is (Garrido & Morales, 2007; Schubert, Mulvey, Loughran, & Loyosa, 2012; Wartna, et al., 2010; Wartna et al., 2014). Daarnaast hebben patiënten die crimineel gedrag vertonen een verhoogd risico om in een criminele buurt te blijven wonen en om te gaan met mensen die drugs gebruiken (Brook, Lee, Finch, Brown, & Brook, 2013). Gewelddadig gedrag dat nog steeds plaatsvindt in de volwassenheid leidt relatief vaker tot het negatief beïnvloeden van andere leefgebieden, zoals het hebben van problemen op het gebied van woonruimte, werk en een relatie (Piquero, Farrington, Nagin, & Moffitt, 2010). Gewelddadig kan serieuze psychische en fysieke schade aanrichten aan slachtoffers (Loeber et al., 2009).

Agressief gedrag heeft dus om diverse redenen een grote impact op de samenleving en leidt tot een grote kostenpost voor de samenleving (Loeber et al., 2009).

Oorzaken

Het biopsychosociaal model

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

De theorie over het (verstoorde) sociale informatieverwerkingsproces

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

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

Wisselwerking biologische, psychologische en sociale factoren

Het blijkt dat individuele risicofactoren, die betrekking hebben op iemands houding en denkwijze (o.a. impulsiviteit en cognitieve vervormingen; Wallinius, Johansson, Lardén, & Dernevik, 2011), direct samenhangen met delinquent gedrag (Van der Horn et al., 2016). Verder is bekend dat chronische agressie zelden optreedt zonder dat genetische factoren daarin een aandeel hebben. Bij patiënten met agressieproblematiek gaat het onder andere om een tekort aan executieve functies ((Chang, Larsson, Lichtenstein, & Fazel, 2015; Syngelaki, Moore, Savage, Fairchild, & Van Goozen, 2009). De tekort heeft vaak te maken met aanleg (maar is ontwikkelbaar) in combinatie met een tekort aan oefening. Executieve functies zijn cognitieve processen die nodig zijn om doelgericht, efficiënt en sociaal aangepast gedrag te organiseren in nieuwe, onbekende situaties (Huizinga, 2007). Volgens Diamond (2013) zijn vooral het werkgeheugen, de cognitieve flexibiliteit en de inhibitie relevant voor het verminderen van agressieproblematiek. Als bij de genoemde functies sprake is van disfunctioneren leidt dit onder andere tot verstoringen in de sociale informatieverwerking (Andrews & Bonta, 2010; Crick & Dodge, 1994) en dit vergroot de kans op agressief gedrag.

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

Aan te pakken factoren

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

De afwezigheid van een steunend en beschermend netwerk, eventueel in combinatie met de aanwezigheid van een risicovol netwerk: Dit is gerelateerd aan doelen 2 en 3 van de standaard subdoelen, er wordt via de Introductiemodule en de module Netwerk aan gewerkt. Ook de betrokken sociotherapeuten en systeemleden werken hieraan via de subdoelen 1 t/m 4 die bij hen van toepassing zijn.

De aanwezigheid van een negatieve interactie tussen patiënt en partner: Dit is gerelateerd aan doel 4 van de optionele subdoelen, 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 ARK-V-doelen, er wordt via de module Anders denken aan gewerkt.

De afwezigheid van sociale vaardigheden gericht op conflicthantering (ook beschermend): Dit is gerelateerd aan doel 9 van de standaard subdoelen, er wordt specifiek via de groepsmodule aan gewerkt.

De aanwezigheid van een stoornis in de sociale informatieverwerking, waaronder een tekort aan vaardigheden gericht op perspectief in nemen van een ander en het oplossen van problemen: Dit is gerelateerd aan doel 4, 5, 8 en 9 van de standaard subdoelen. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de verschillende stappen die doorlopen worden tijdens het verwerken van sociale informatie. Dit wordt o.a. aangepakt tijdens de groepsmodule en de module Waannemen en Interpreteren. *Aan de doelen 4 en 5 wordt doorlopend gewerkt via het vaste onderdeel van elke sessie.*

De aanwezigheid van executief disfunctioneren (denk vooral aan beperkte beheersingsvaardigheden en impulsiviteit (o.a. door problemen met het reguleren van stress en emoties): dit is gerelateerd aan doel 1, 2 en 3 van de optionele ARK-V-doelen en doel 6 van de algemene ARopMaat-doelen. Er wordt aan gewerkt via de modules Stressreductie, Impulscontrole, Beheersingsvaardigheden, en Emotieregulatie.

De aanwezigheid van problematisch middelengebruik en/of ADHD en/of traumagerelateerde klachten. Dit is gerelateerd aan doel 5 van de optionele ARK-V-doelen. *Als dit aan de orde is, is vaak de inzet van een aanvullende behandelvorm noodzakelijk.*

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).

Verantwoording

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

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

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de ARK-V

De RNR-principes zijn zo vormgegeven dat er enerzijds behandeling op maat kan worden aangeboden die aansluit bij de problematiek en leerstijl van een patiënt, 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 HKT-r ontrafelt **hoe** de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een hoog risicoprofiel. Aan de hand van de uitkomst kan grotendeels worden ingeschat hoe lang en intensief de behandeling zal zijn. Er wordt regelmatig (tenminste elke vier maanden) geëvalueerd met de betrokkene behandelaren en begeleiders om te bepalen of de ingezette intensiteit nog past bij de huidige situatie. Mocht er sprake zijn van acute risicofactoren dan wordt er met het behandelteam besproken hoe hier mee moet worden omgegaan.

B: Behoeftebeginsel

De behandeling zal gericht zijn op de dynamische criminogene risicofactoren die op de patiënt van toepassing zijn. Uit de diagnose volgens de DSM-5 en de score van de HKT-r wordt duidelijk welke criminogene risicofactoren bij een patiënt aan de orde zijn. Meestal is een criminogene risicofactor gekoppeld aan een module van de ARK-V. Het zal nodig zijn om ook andere behandelvormen ter ondersteuning in te zetten als er sprake is van kritische risicofactoren waar ARK-V niet voldoende in toegerust is. Denk bijvoorbeeld aan het inzetten van ondersteuning door forensisch maatschappelijk werk of intensieve trajectbegeleiders tijdens de resocialisatiefase (bijvoorbeeld voor het aanpakken van schulden en het verkrijgen van werk/inkomen), farmacotherapie, bijvoorbeeld in verband met ADHD of het aanbieden van EMDR wegens het behandelen van een trauma en CGT bij problematisch middelengebruik en gokken. De regiëbehandelaar bespreekt dit met het behandelteam van de patiënt.

C. Responsiviteitsbeginsel

Algemene responsiviteitsprincipe

Om zorg te dragen voor de algemene responsiviteit maakt de ARK-V gebruik van technieken die bij de forensische doelgroep effectief blijken te zijn (Andrews & Bonta, 2010), waardoor de kans groter wordt dat de doelen worden gerealiseerd. Bovendien blijkt de ARopMaat voor Jongvolwassenen in een residentiële setting effectief (Hoogsteder, Kuijpers, Stams, Van Horn & Hendriks, 2014; Hoogsteder Stams, Schippers, & Bonnes, 2018). Dit impliceert dat de ARK-V ook zal bijdragen aan het verminderen of stoppen van agressief gedrag van

de patiënt in het heden en het reduceren van (de kans op) recidive van gewelddadig gedrag in de toekomst. Hieronder wordt beschreven welke specifieke technieken worden ingezet:

1a. Cognitief Gedragstherapeutische Elementen (CGT-elementen)

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

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

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

Inzicht versus ervaringsgericht werken

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

Specifieke responsiviteitsprincipe

a. Sensitief voor maatwerk / een responsief aanbod

ARK-V bestaat grotendeels uit een intensief individueel behandelaanbod (McGuire, 2008). Dit blijkt effectiever en maakt het makkelijker om maatwerk te leveren (responsief te behandelen). ARK-V voldoet aan het specifieke responsiviteitsprincipe door het werkmateriaal en de inhoud van de behandeling af te stemmen op de behandelmotivatie, cognitieve capaciteiten, leerstijl en leertempo van de patiënt. Het werkmateriaal is bijvoorbeeld geschikt voor zowel patiënten met een vrij lage intelligentie als voor patiënten 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 patiënten 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 patiënt. Er wordt gewerkt met keuze uit verschillende thuisopdrachten, wederom afhankelijk van leerstijl en de hulpvraag.

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

De theorie van Bandura (1997) wordt als onderdeel ingezet om verandering te bereiken. Bandura stelt dat verbetering in 'zelfeffectiviteit' een belangrijk mechanisme is voor het veranderen van gedrag. Een goede en realistische zelfeffectiviteit vergroot de leerbaarheid, waardoor nieuw gedrag gemakkelijker aan te leren is.

Zelfeffectiviteit gaat over het ‘geloof in het eigen kunnen’ op het gebied van de zelfregulatie en de mate van motivatie. Zelfeffectiviteit wordt gevormd door ervaring, sociale modellen, kerngedachten, de mate van ervaren stress en negatieve emoties (Bandura, 1997).

c. Doorlopend motiveren

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

1. Het valideren en het aangaan van contact en het opbouwen van een werkalliantie.
2. Aansluiten bij het eigenbelang van de patiënt. Tot welke nadelen leidt het agressieve gedrag voor de patiënt?
3. Er wordt actief met de patiënt gezocht naar motivatoren (redenen die voor de patiënt belangrijk zijn en maken dat het volgen van de ARK-V als voordelig wordt gezien);
4. Het werken aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit (geloof in eigen kunnen). Dit stimuleert de leerbaarheid (responsiviteit) en de motivatie. Dit wordt gerealiseerd door succeservaringen op te laten doen en door positieve bekrachtiging. Eventueel kunnen er ook oefeningen worden aangeboden die het ‘geloof in eigen kunnen’ vergroten. Deze oefeningen staan in de algemene handleiding beschreven.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

- A.** Procesevaluatie Agressie op Maat Klinisch voor Volwassenen
Hoogsteder, L.M.
De Waag, Utrecht
Februari, 2018
- B.** De procesevaluatie beschrijft hoe de ontwikkeling van Agressie op Maat Klinisch voor Volwassenen (ARK-V) tot stand is gekomen en op welke wijze de feedback van o.a. patiënten en behandelaren is verwerkt. Hiervoor is in de loop der jaren ook gebruik gemaakt van de feedback op de andere versies van AROPmaat. Vervolgens is getoetst of er voldaan is aan de randvoorwaarden van ARK-V. Denk hierbij aan de gestelde opleidingseisen, ervaring in het werken met de forensische doelgroep, het volgen van de maandelijkse intervisie, het voldoen aan de gevraagde caseload en het krijgen van werkbegeleiding, indien gewenst. Ook werd stilgestaan bij de vraag of de beoogde doelgroep daadwerkelijk is bereikt. Verder is voor het beoordelen van de mate van programma-integriteit (PI) onderzocht in hoeverre (een groot deel van) de werkzame ingrediënten werden toegepast. Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van enkele methoden gebruikt, namelijk het analyseren van dossier-informatie vanuit het elektronisch patiënten dossier, de uitkomst van evaluatiegesprekken met de programmaverantwoordelijken van ARK-V en de uitkomst van de gebruikte evaluatieformulieren (maandelijkse checklist en eind-evaluatieformulier). De checklist toetst de mate waarop een sessie of een serie sessies zijn uitgevoerd. Het eind-evaluatieformulier toets het gehele aanbod en beoordeelt in welke mate het RNR-model en de overige werkzame elementen zijn toegepast. Deze laatste lijst maakt het mogelijk om de programma-integriteit van een behandeling per patiënt te beoordelen. Dit is onder andere belangrijk voor als er in de toekomst onderzoek wordt gedaan naar de doeltreffendheid. Verder is het mogelijk om de programma-integriteit op groepsniveau te beoordelen. Aan de patiënten wordt bij de eind-evaluatielijst ook gevraagd naar de ervaringen en de tevredenheid. Er waren 25 patiënten betrokken bij het onderzoek, 16 behandelaren en vijf instellingen / vestigingen. Het gaat om patiënten uit twee penitentiaire inrichtingen die behandeld werden door behandelaren vanuit de Waag, een TBS kliniek, een FPK en een gesloten opvang voor veteranen.
- C.** Uit de procesevaluatie komt naar voren dat er grotendeels aan de randvoorwaarden was voldaan. Zo voldeden de behandelaren aan de eisen omtrent de opleiding, er werd indien nodig werkbegeleiding aangeboden, behandelaren volgden op vier van de vijf instellingen/locaties maandlijks intervisie (als er geen sprake was van overmacht). Vijftien behandelaren functioneerden voldoende, dit bleek uit de ingevulde ontwikkelingsformulieren en/of de functioneringsgesprekken. Verder voldeden 14 behandelaren aan de eisen omtrent de caseload.
ARK-V lijkt in voldoende mate de beoogde doelgroep te bereiken. Alle patiënten voldeden aan minstens vier van de zeven inclusiecriteria. Bij de overige criteria werden enkele afwijkingen aangetroffen. Zo bleek één patiënt de Nederlandse taal minder goed te beheersen dan in eerste instantie werd ingeschat. Twee patiënten hadden een IQ-score tussen de 71 en 76; de regiebehandelaar en uitvoerende behandelaar van deze patiënten waren echter van mening dat zij in voldoende mate van de behandeling konden profiteren. Verder bleek de BRIEF bij zes patiënten niet ingevuld te zijn, waardoor niet met zekerheid kon worden vastgesteld dat er sprake was van beperkte executieve functies (al werd dit wel zo ingeschat). Bij alle deelnemende patiënten was geen sprake van een contra-indicatie.
Bij de gebruikte formulieren werd als criteria gehanteerd dat de programma-integriteit in orde was als de gemiddelde score hoger of gelijk is aan 80%. Bij de eindevaluatieformulieren werd een gemiddelde score (ingevuld door behandelaren en patiënten) van 81,8% gehaald. Hierbij scoorden de behandelaren 79,4% (net niet voldoende) en de patiënten 84,2%. Bij de checklisten ging het om een gemiddelde score van 80,5% (behandelaren 80,6% en patiënten 80,4%).
De interventie werd door de patiënten beoordeeld met een gemiddelde van 7,5. 73,6% van de patiënten zegt minder boosheid te ervaren na het volgen van de ARK-V en 73,6% vindt dat de behandeling heeft geholpen. De mate waarin patiënten hun agressie konden beheersen werd bij aanvang gescoord met een 4,6 en bij afronding van de behandeling met een 7,5 (gemeten met een 10-puntschaal).
Uit de procesevaluatie zijn duidelijke aandachtspunten zichtbaar. Er worden alleen punten genoemd die op groepsniveau lager scoorden dan 80%. Zo kwam naar voren dat circa 25% van de behandelaren en de

patiënten van mening zijn dat behandelaren de patiënt tijdens de sessies beter kunnen valideren. De patiënt vindt overigens dat er voldoende aandacht is en dat er in voldoende mate wordt geluisterd, maar hij voelt zich niet altijd begrepen (27%). Doe-oefeningen worden in 35% van de behandelingen niet tijdens elke sessie aangeboden. Verder kan de continuïteit worden verbeterd door vaker een doe-oefening voor op de leefgroep mee te geven. Behandelaren mogen tijdens intervisiebijeenkomsten regelmatig oefenen met specifieke ARK-V-vaardigheden, zoals het valideren en motiveren, aansluiten bij leerstijl en het oefenen met ervaringsgerichte opdrachten / rollenspelen. Daarnaast bleek dat het responsief behandelen soms onvoldoende uit de verf komt (bij 28%). Hierbij is het echter de vraag of dit lastig is door de complexiteit van de doelgroep of door een tekort aan competenties bij behandelaren. Als laatste aandachtspunt kwam naar voren dat er niet altijd werd voldaan aan de minimaal eis omtrent de intensiteit van de behandeling (32% gerapporteerd door de behandelaren versus 36% afkomstig uit dossier informatie). Zij zagen de patiënt gemiddeld genomen eens per week.

De aandachtspunten die uit deze procesevaluatie naar voren zijn gekomen, worden de eerstvolgende landelijke PV-dag aan de programmaverantwoordelijken medegedeeld. Er zullen dan speerpunten worden geformuleerd, zodat er stap voor stap gewerkt wordt aan de nodige verbeteringen. Dit is nodig, omdat het onder andere helpt om het effect van de werkzame elementen te vergroten. Het valt overigens op dat er enkele behandelaren relatief gezien laag scoren. Zij zullen hier via hun programmaverantwoordelijken op worden aangesproken.

5. Samenvatting Werkzame elementen

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

6. Aangehaalde literatuur

- Aguilar, B., Sroufe, L. A., Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and psychopathology*, 12(2), 109-132.
- Anderson, C.A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*. Vol. 16(1), 39-55. Ottawa: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy; the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- 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.
- Beck, A. T. (1999). *Prisoners of hate: The cognitive basis of anger, hostility, and violence*. HarperCollins Publishers.
- 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
- Bonnes, D.M.M. (2015) *Agressieregulatie op Maat: Pilotstudie naar veranderingen in het executief functioneren bij jongeren met agressieproblematiek (masterscriptie)*. Universiteit van Amsterdam
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. (User Report 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Brand, E.F.J.M., a'Campo, A.M.G., Van den Hurk, A.A. (2013). *15 jaar PIJ-ers in beeld: Kenmerken en veranderingen van jeugdigen die de PIJ-maatregel opgelegd kregen in de periode 1995-2010*. Dienst Justitiële Inrichtingen: Den Haag.
- Brook, J. S., Lee, J. Y., Finch, S. J., Brown, E. N., Brook, D. W. (2013). Long-term consequences of membership in trajectory groups of delinquent behavior in an urban sample: Violence, drug use, interpersonal and neighborhood attributes. *Aggressive Behavior*, 39, 440-452.
- Chang, Z., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2015). Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. *The Lancet Psychiatry*, 2(10), 891-900.
- Chiesa, A., & Serretti, A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *The journal of alternative and complementary medicine*, 15(5), 593-600.
- Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74 – 101.
- Coccaro, E.F., Lee, R., & McCloskey, M.S. (2014). Relationship between Psychopathy, Aggression, Anger, Impulsivity and Intermittent Explosive Disorder. *Aggressive Behavior*, 40, 526-536.
- Coid, J. W., Kallis, C., Doyle, M., Shaw, J., & Ullrich, S. (2015). Identifying causal risk factors for violence among discharged patients. *PloS one*, 10(11), e0142493.
- Davidson, R.J. (2003). Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Deffenbacher, J.L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 212-221.
- Delisi, Angton, Behnken, & Kusow (2013). Do adolescent drug users are fare the worst? Onset type, juvenile delinquency, and criminal careers. *International Journal of offender therapy and comparative criminology*, 1-16.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.
- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R.C. (2001). A comprehensive treatment model for anger disorders. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 262-271.
- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R.C. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology, Science and Practice*, 10, 70-84.
- Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39(2), 349.
- 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.
- 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.

- Garrido, V., & Morales, L. A. (2007). Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treat. *Campbell Systematic Reviews*, 7, 1-47.
- Hofmann, W., Schmeichel, B.J., & Baddeley, A.D. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in Cognitive Sciences*, 16, 174-180.
- Hoogsteder, L.M. (2014). Coming on strong: Is Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) a promising intervention? (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Hoogsteder, L.M. (2017). *Procesevaluatie ARopMaat Ambulant*. Utrecht: De Waag.
- Hoogsteder, L.M. (2018). *Procesevaluatie ARK-V*. Utrecht: De Waag.
- Hoogsteder, L.M., Van Horn, J.E., Stams, G.J.J.M., Wissink, I.B., & Hendriks, J. (2015). The relationship between the level of program integrity and pre-post-test changes of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Ambulant: a pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. doi: 10.1177/0306624X14554828
- Hoogsteder, L.M., Kuijpers, N., Stams, G.J.J.M., Van Horn, J.E., & Hendriks, J. (2014). Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 25-35.
- Hoogsteder, L.M., Stams, G.J.J.M., Schippers, E., & Bonnes, D. (2018). Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART): An evaluation study in a Dutch juvenile justice institution in terms of recidivism. Accepted for publication. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*.
- Huizinga, M. (2007). De ontwikkeling van executieve functies tussen kindertijd en jongvolwassenheid. *Neuropsixis* 3, 74-82.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 441-476.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T.G., Hosmer, D., & Bernhard, J. (1998). Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kovacs, M., Sherrill, J., George, C. J., Pollock, M., Tumuluru, R. V., & Ho, V. (2006). Contextual emotion-regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (8), 892-903.
- Landenberger, N.A., & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Lemerise, E. A., & Arsenio, W. F. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development*, 71, 107-118.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter J., Comtois, K.A. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal of Addictions*, 8, 279- 292.
- Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. *Victims and Offenders*, 4, 124-147.
- Loeber, R., Slot, W., & Stouthamer-Loeber, M. (2008). A cumulative developmental model of risk and promotive factors. In Loeber, R., Slot, W. Laan, P.H. van der en Hoeve, M. (red.) *Tomorrow's criminals: The development of child delinquency and effective interventions*. Ashgate: Ashgate Press.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence, *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2577-2597.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *The delict as basic assumption: methodology for working in an forced setting*. Amsterdam: Publisher SWP/Probation Netherland.
- Miller, C. J., Flory, J. D., Scott, R. M., Harty, S. C., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2008). Childhood ADHD and the emergence of personality disorders in adolescence: a prospective follow-up study. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(9), 1477.
- Miller, D.B., & O'Callaghan, J.P. (2002) Neuroendocrine Aspects of the Response to Stress. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 51, 5-10.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B.J. (2002) Males of the life-course persistent and adolescence limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years, *Development Psychopathology*, 14(1), 179-207.

- Mulder, E., Brand, E., Bullens, R., Van Marle, H. (2010). Risk Factors for overall recidivism and severity of recidivism in serious juvenile offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(1), 118-135.
- Mullin, S., & Simpson, J. (2007). Does executive functioning predict improvement in offenders' behaviour following enhanced thinking skills training? An exploratory study with implications for rehabilitation. *Legal and Criminological Psychology*, 12, 117-131.
- Murray, J., & Farrington, D.P. (2010). Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 633-42.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Gedragstoornissen*. Verkregen op 12 december 2015 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychischestoornissen/gedragstoornissen/>.
- Piquero, A. R., Farrington, D. P., Nagin, D. S., & Moffitt, T. E. (2010). Trajectories of offending and their relation to life failure in late middle age: Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 47(2), 151-173.
- Plattner, B., Giger, J., Bachmann, F., Brühwiler, K., Steiner, H., Steinhausen, H.C., Bessler, C. & Aebi, M. (2012). Psychopathology and offense types in detained male juveniles. *Psychiatry Research*, 198, 285-90.
- Rovers, B. 2010. *Motiveren en motivatieproblematiek. Integraal motiveren in het patiëntenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.
- 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
- Spren, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014). Handleiding HKT-R: Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie. Groningen: Stichting FPC dr. S. van Mesdag.
- Syngelaki, E.M., Moore, S.C., Savage, J.C., Fairchild, G., & Van Goozen, S.H.M. (2009). Executive functioning and risky decision making in young male offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 1213-1227.
- Tollenaar, N, Dijk, van, J., & Alblas, J.W. (2009). Monitor multi-offenders. National Government: WODC.
- Taylor, J.L., & Novaco, R.W. (2005). Anger treatment for people with developmental disabilities: A theory, evidence and manual based approach. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Van den Hurk, A. A. & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What Works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Van der Knaap, L. M., Weijters, G., & Bogaerts, S. (2007). *Criminogene problemen onder daders die in aanmerking komen voor gedragsinterventies*. WODC.
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). *Motivatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld*. Leuven: Leuvens Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Alma, S.M., Essers, A.A.M., & Bregman, I.M. (2010). *Recidivism report 1997-2007: Trends in the reconviction rate of Dutch offenders*. Fact sheet 2010-6a. The Hague: WODC.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., & Homburg, G.H.J. (2014). *Terugval in recidive. Exploratie van de daling in de recidivecijfers van jeugdigen en ex-gedetineerden bestraft in de periode 2002-2010*. Den Haag: WODC.
- Wallinius, M., Johansson, P., Lardén, M., & Dernevik, M. (2011). Self-serving cognitive distortions and antisocial behaviour among adults and adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 286-301.

Samenwerking erkenningstraject

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

