

Interventie

Agressie Regulatie op Maat Klinisch voor Volwassenen

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 13 december 2023

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: prof. dr. L.M. Hoogsteder (24 oktober 2023).

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

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak	9
2. Uitvoering	15
3. Onderbouwing	19
4. Onderzoek.....	25
5. Samenvatting Werkzame elementen.....	28
6. Aangehaalde literatuur	29

Samenvatting

Agressie Regulatie op Maat voor Volwassenen Klinisch (vanaf nu AROPmaat-VK) is bedoeld voor volwassenen patiënten met ernstige agressieproblematiek die in detentie zitten of residentiële forensische zorg krijgen aangeboden. Het primaire doel van AROPmaat-VK is het verminderen van agressief gedrag en het reduceren van (de kans op) recidive van gewelddadig gedrag. AROPmaat-VK 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

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

Doel

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

Aanpak

AROPmaat-VK 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 diversie handleidingen: een theoretische handleiding, een programma- en managementhandleiding voor de behandelaar en managers van een instelling. Verder is de inhoud van het programma voor de patiënt en de behandelaar nauwkeurig beschreven in de standaard en optionele modules. Er bestaan ook videofragmenten die ter ondersteuning van de behandeling gebruikt kunnen worden. Voor de werving kan er gebruikgemaakt worden van een folder en een PowerPointpresentatie.

Onderbouwing

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

emotionele processen een rol. Ten derde kunnen ongunstige sociale omstandigheden (denk aan schulden, geen inkomen en/of vaste woning) en negatieve opgedane levenservaringen een criminogene risicofactor vormen voor de ontwikkeling van agressieproblematiek. De AROPmaat-VK 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 AROPmaat-VK (Hoogsteder, 2018 en Dust & Hoogsteder, 2023). Bij het onderzoek in 2018 waren 25 patiënten, 16 behandelaren en vijf verschillende vestigingen/instellingen betrokken. In 2023 waren er drie TBS-klinieken en een FPK betrokken. De resultaten in 2018 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). De interventie werd door de patiënten beoordeeld met een gemiddelde van 7,5. In 2023 waren de resultaten iets minder gunstig. Bij twee klinieken bleek alleen met onderdelen van de AROPmaat-VK gewerkt te worden, waardoor de methodiek niet gebruikt wordt zoals bedoeld. Ook vindt daar incidenteel intervisie plaats (er wordt met een plan van aanpak gewerkt om dit te verbeteren). Bij de overige drie instellingen werd de programma-integriteit als voldoende gerapporteerd. Het is opvallend dat cliënten de modules krijgen die geïndiceerd zijn en dat er een mooie samenwerking plaatsvindt tussen de vaktherapeuten en de psychologen, waardoor behandelaren zich voldoende toegerust voelen in het doen van ervaringsgerichte oefeningen.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

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

Intermediaire doelgroep

Aan het begin van de behandeling worden mensen uit het netwerk van de patiënt gestimuleerd om emotionele steun te bieden. ARopMaat-VK 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.

ARopMaat-VK 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 ARopMaat-VK. 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 AR-behandelaar kan begrijpen;
2. De patiënt heeft een IQ van 80 of hoger. Tijdens de intake wordt de SCIL toegepast om te screenen op LVB. Mocht het instrument aangeven dat er mogelijk sprake is van LVB, dan wordt de WAIS afgenomen en de ADAPT (observatielijst adaptieve vaardigheden; Jonker et al., 2021);
3. De 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, een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een normoverschrijdend-gedragsstoornis, een andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis of cluster-B persoonlijkheidsstoornis al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik.
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 AROPMaat-VK aan de slag te gaan, ook nadat de AROPMaat-VK-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 integratiefase is de module Partner in beeld geïndiceerd als er sprake is van een (actuele) partner.

Betrokkenheid doelgroep

AROPMaat-VK 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 AROPMaat-VK 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 AROPMaat-VK gemiddeld genomen beoordeeld met een 7.5.

1.2 Doel

Hoofddoel

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

Subdoelen

Hieronder worden de concrete subdoelen beschreven die helpen om het hoofddoel te realiseren. De subdoelen zijn gekoppeld aan de modules die binnen AROPMaat-VK 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 AROPmaat-doelenlijst, de BRIEF (Executieve Functies Gedragsvragenlijst), de UCL en de Verkorte Lijst Irrationale Gedachten (V-LIG; Schoute, 2022).

De AROPmaat-VK 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 problemen¹;
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 AROPmaat-VK 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

ARopMaat-VK maakt gebruik van de RNR-principes (risk-need-responsivity; zie voor uitleg kopje onderbouwing) en van een cognitief gedragsmatige aanpak. Daarnaast werkt het zorgprogramma met ervaringsgerichte oefeningen, denk aan dramatherapeutische technieken, zoals rollenspelen, stoelentechneken² imaginatie-oefeningen en aangepaste mindfulness-oefeningen. Er is indien nodig continu aandacht voor het motiveren. Ook worden er thuiswerk-oefeningen meegegeven.

Fasering

ARopMaat-VK bestaat uit de volgende fasen:

Fasen en aanbod	Parallele fase	Acties
Indiceren		
Risicotaxatie	Invullen checklist indicatiestelling Reguliere assessment instelling	Door regiebehandelaar: Risicotaxatie Afname screeningsinstrumenten ARopMaat-VK Indiceren
Intake	Valideren Aangaan contact	Door regiebehandelaar: Voorlopige indicatie optionele modules. Indien al mogelijk opstellen / aanvinken behandeldoelen.
Pre-behandeling		
1. Startmodule	Indien geïndiceerd een aanvullend behandelaanbod, bijvoorbeeld gericht op traumaverwerking, problematisch middelengebruik of het behandelen van ADHD.	Door ARopMaat-VK-behandelaar: Valideren Motiveren Empoweren Vergroten responsiviteit Opstellen veiligheidsplan Analyseren Netwerk; stimuleren tot krijgen van meer steun
Behandeling		
2. Stressreductie (O) ³ 3. Impulscontrole (O) 4. Beheersingsvaardigheden (S) ⁴ 5. Anders denken (S) 7. Waarnemen en Interpreteren (O) 8. Emotieregulatie (O) 9. Netwerk (S) 10. Zelfbeeld (O) 11. 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 behandelfase is afgerond, omdat de patiënt voldoende positieve veranderingen heeft

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

³ O = optioneel

⁴ S = Standaard

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 nazorgfase 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 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 waarschijnlijk gaan om 1,5 jaar. Het programma wordt tijdens de behandelfase 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 AROPmaat-VK uit een set standaard modules (Startmodule, Beheersingsvaardigheden, Anders denken, de Groepsmodule en Netwerk) en een set optionele modules (Stressreductie, Impulscontrole, Waarnemen en Interpretieren, Emotieregulatie, Zelfbeeld en Partner in Beeld). Onderdelen uit de introductiemodule worden tijdens de pre-behandelfase ingezet. De overige onderdelen en modules worden vanaf de behandelfase 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 rode draad qua aanbod

Een essentieel deel van de behandeling bestaat uit het blijvend investeren in het motiveren en het opbouwen van een adequate werkalliantie. Hierbij is het nodig om structureel motiverende gesprekstechnieken, waaronder het stimuleren van 'het geloof in eigen kunnen' toe te passen en het valideren, inclusief het bieden van aandacht en het kunnen opschorten van het eigen oordeel. Op die manier wordt voorkomen dat de 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 sessie de mogelijkheid om situaties in te brengen die boosheid of irritatie hebben opgeroepen. Een 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 voor als het probleem nog voortduurt of zich mogelijk herhaalt. Naast dit onderdeel worden verschillende modules aangeboden die elk gericht zijn op het behalen van een subdoel. De standaard modules en de geïndiceerde modules worden indien mogelijk in een vaste volgorde aangeboden (zie onderstaand overzicht bij kopje inhoud behandelfase). Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, heeft immers invloed op de leerbaarheid. Als een 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 voor een andere volgorde worden gekozen, bijvoorbeeld als een patiënt weerstand toont tegen een specifieke module en de voorkeur heeft voor een andere. Ook komt het vaak voor dat een patiënt een probleem inbrengt dat vraagt om een reactie waar vaardigheden uit verschillende modules voor nodig zijn. De module Partner in Beeld wordt ingezet indien geïndiceerd en zodra beiden hiervoor gemotiveerd zijn (hier zet de behandelaar zich actief voor in). Het moment waarop de module Zelfbeeld wordt aangeboden vraagt om maatwerk. De inhoud kan gefaseerd worden aangeboden, soms is het wenselijk om hier meteen mee te beginnen, soms vooraf aan de module Juist waarnemen en interpreteren. Om de reden is de module onderaan de lijst gezet.

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 AROPMaat-VK-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 AROPMaat-VK kan uit twee fasen 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 regiëbehandelaar 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-VA 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.

Opbouw module

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

Inhoud (voorbereidende) 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 bovenstaande 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. Tijdens elke sessie moet er een doe-oefening worden aangeboden. Aan het einde van de sessie wordt er samen gezorgd voor een samenvatting van de bijeenkomst en wordt er besloten welke thuisopdracht voor de patiënt passend is om mee aan de slag te gaan.

In elke sessie wordt er aandacht besteed aan:

- A.** Het leren innemen van perspectief, dit wordt tijdens de interventie getraind door de patiënt zich te laten verplaatsen in mensen die anders (tegenovergesteld) denken en door het doen van rollenspelen;
- B.** Het werken aan oplossingsvaardigheden. Hier is al eerder uitleg over gegeven.
- C.** Er is blijvend aandacht voor het motiveren. Denk hierbij ook aan het valideren en het behouden van inzicht in de nadelige gevolgen van het vertonen van agressief gedrag.

1. Startmodule (standaard)

Onderdelen uit deze module worden al ingezet tijdens de voorbereidende-behandelfase. Als de module in deze fase nog niet is afgerond, wordt het aanbod voortgezet tijdens de behandelfase. Deze module staat in het teken van het motiveren (o.a. een voordelen- en nadelenanalyse, maar ook doen van stoelentechniek), empoweren, het opstellen van een veiligheidsplan, het maken van een netwerkanalyse en levenslijn, het bieden van psycho-educatie, inzicht krijgen in eigen agressieketen, veiligheidsmanagement en het opbouwen van een behandelrelatie. In deze module wordt de patiënten bijvoorbeeld gevraagd een filmpje te maken van mensen die belangrijk voor hen zijn, waarin zij iets positiefs zeggen over de patiënt.

2. Module stressreductie, inclusief signaleringsplan (optioneel)

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

3. Module Impulscontrole (optioneel)

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

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

4. Module Beheersingsvaardigheden (standaard)

Er wordt geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. Hiervoor is het een meerwaarde dat de patiënt in staat is om zijn aandacht buiten zichzelf te plaatsen door te oefenen met bewerkte mindfulnessoefeningen. Voor het leren toepassen van beheersingsvaardigheden oefent de patiënt 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 die leiden tot gevoelens van onzekerheid en die boosheidsgevoelens versterken. De invloed van het denken op emoties en gedrag wordt uitgelegd (RET) met het model van de vijf G's. De patiënt wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties in combinatie met een passende houding. 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, zo ook diverse stoelentechnieken en imaginatie oefeningen.

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 conflictuitlokkers de patiënt toepast. Vervolgens wordt aan de patiënt gevraagd hiermee te stoppen, daarna wordt geoefend met het toepassen van een conflictremmer die helpt om in het vervolg escalatie te voorkomen.

7. Module Waarnemen en Interpreteren (optioneel)

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

8. Module Emotieregulatie (optioneel)

Het doorlopen van deze module draagt bij aan het beter kunnen differentiëren en uiten van diverse emoties, voornamelijk emoties die gerelateerd zijn aan agressief gedrag. De module helpt om emoties beter te leren herkennen (ook qua gevoel in het lijf), zowel bij de patiënt zelf als bij anderen. Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van kaartjes met gevoelens (gevoelenswereldspel). Tijdens het delen van ervaringen wordt de patiënt gevalideerd en bijvoorbeeld uitgenodigd om de emotie in zijn lichaam waar te nemen. Waar voel je de emotie, hoe voelt het daar precies, hoe groot is het gevoel? Ook wordt er gewerkt aan het meer grip krijgen op eigen emoties, onder andere door via een stoelentechniek de emotie te valideren en er vervolgens afstand van te nemen, of door het doen van ontspannings- en focusoefeningen. Een andere oefening is bijvoorbeeld het leren benaderen van een situatie vanuit het 'emotionele' denken en het 'verstandige' denken.

9. Module Netwerk (standaard)

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

10. Module Partner in Beeld (optioneel)

Tijdens deze module wordt eerst stilgestaan bij de motivatie. Dit gebeurt vaak door de partner eerst alleen te spreken. Ook is het op die manier makkelijker om zicht te krijgen op de veiligheid en of er sprake is van partnergeweld. Als dit speelt, wordt er al snel samen gewerkt aan een veiligheidsplan en/of signaleringsplan en het werken met de time-outprocedure. Verder wordt in ieder geval gewerkt aan het leren kennen van elkaars triggers (rode knoppen) en het leren toepassen van beheersingsvaardigheden voor als je als partner te maken krijgt met een rode knop. Door het werken met de module zullen de patiënt en de partner meer veiligheid ervaren. De mogelijkheid tot bieden van psycho-educatie aan partner is aanwezig. Verder ligt bij de partner de focus op het leren toepassen van de-escalerende technieken (conflictremmers), helpende gedachten en het leren adequater communiceren. De 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.

11. Module Zelfbeeld (optioneel)

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

Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)

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

Werving

Voor elke instelling/vestiging die met AROPMaat-VK werkt, is het voor het verkrijgen van voldoende verwijzingen van belang om bekendheid over de interventie te realiseren bij potentiële verwijzers. De wijze waarop een instelling dit verzorgt, is verschillend. De ontwikkelaar van de AROPMaat-VK kan voorbeelden van een folder en PowerPointpresentatie leveren.

2. Uitvoering

Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

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

Er zijn ondersteunende filmfragmenten leverbaar om theoretische onderdelen of oefeningen beter uit te kunnen leggen. Verder bestaat er een PowerPointpresentatie die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners uit te leggen. Ook is er een folder over de AROPMaat-VK leverbaar.

Locatie en type organisatie

De interventie kan worden uitgevoerd door forensische klinische settingen die behandeling bieden (of behandelaren laten komen vanuit een forensische ambulante zorginstelling) aan volwassen patiënten. Het kan bijvoorbeeld gaan om een TBS-kliniek, PPC, FPK, verslavingskliniek 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 AROPMaat-VK-certificaat, dienen behandelaren universitair (psychologie of orthopedagogiek) of hbo (sociaal-agogisch: PMT, dramatherapeut of systeemtherapeut) opgeleid te zijn en kennis van en ervaring te hebben met cognitieve gedragstherapie. Naast deze reguliere opleidingseisen is het voor het behoud van de programma-integriteit noodzakelijk om de driedaagse AROPMaat-basisopleiding te volgen. In deze opleiding wordt eerst uitleg gegeven over het theoretische kader van de AROPMaat-VK en de wijze waarop verandering wordt gerealiseerd. Vervolgens worden de modules doorgenomen en verschillende oefeningen uitgetoetst, van feedback voorzien en/of gedemonstreerd. Ook wordt de deelnemer gestimuleerd sensitiever te worden voor leerstijlen en transcultureel behandelen.

Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

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

- De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het behandelen van 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 is in staat om een adequate werkalliantie op te bouwen;

- De behandelaar kan zijn/haar eigen waardeoordeel opschorten als dit nodig is om te voorkomen dat de 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-oefeningen;
- De behandelaar heeft een functie waarin hij/zij onder andere individuele behandelingen aanbiedt, hierdoor is het mogelijk om te voldoen aan de vereiste caseload.

Kwaliteitsbewaking

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

1. Per vestiging van een instelling wordt een programmaverantwoordelijke (PV) aangesteld die verantwoordelijk is voor de programma-integriteit. De PV volgt jaarlijks minimaal twee PV-dagen en krijgt naar behoefte begeleiding van hoofdontwikkelaar;
2. Behandelaren voldoen aan de gestelde opleidings- en competentie-eisen (zie vorige kopje). Zij krijgen na het volgen van de basisopleiding een certificaat dat twee jaar geldig is. Dit certificaat wordt verlengd door de hoofdontwikkelaar als de behandelaar jaarlijks een booster heeft gevolgd en voldoet aan de voorwaarde omtrent de caseload (zie randvoorwaarden)'
3. De PV 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. AROPmaat-VK wordt aangeboden aan patiënten die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
7. Tijdens het aanbieden van een AROPmaat-VK wordt de behandeling gemonitord aan de hand van een sessie-checklist en een eindevaluatielijst, zodat gecontroleerd kan worden of voldaan wordt aan de meest essentiële AROPmaat-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.

Randvoorwaarden

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

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

8. De behandelaar maakt gebruik van ondersteunende producten die aanwezig dienen te zijn. Het gaat om een *fysiobal, een gewone bal, gevoelswereldspel, kwaliteitenspel, vaardighedenspel en relatiespel*.

Implementatie

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering

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

Ondersteuning tijdens de opstartfase

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden door behandelaren als zij de basisopleiding hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken dan immers al over behandelervaring. Bovendien bieden de modules en handleidingen voldoende houvast. In de opstartfase is het echter wel essentieel dat de PV vaker werkbegeleiding aanbiedt en dat er tweewekelijks intervisie plaatsvindt, zodat de AR-behandelaar het materiaal voldoende leert kennen en kan toepassen. In deze periode is er rekening gehouden met extra begeleiding vanuit de ontwikkelaar aan de programmaverantwoordelijke voor het beantwoorden van vragen. Ook is er een terugkomdag na drie maanden voor alle behandelaren waarin aandacht is voor de vragen en ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan.

Kosten

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

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

Bij de klinische versie werd uit de onderzoeksgegevens duidelijk dat een ARopMaat-behandelaar gemiddeld genomen 56,6 weken behandeld met een intensiteit van 1,16 uur per week. Het gaat dan om een bedrag van 17.574,30 euro, uitgaande van een uurtarief van 145 euro (tarief dat geldt bij de forensische klinische setting). Hierbij is uitgegaan van 50% indirecte tijd.

Extra tijdsinvestering programmaverantwoordelijke (PV)

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

Kosten opleiding

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

Kosten materiaal

Er dient rekening te worden gehouden met de kosten voor het vervaardigen van de modules (dit doet de

instelling zelf, het materiaal wordt digitaal aangeleverd), het aanschaffen van de meetinstrumenten en enkele tablets m filmfragmenten te laten zien en rollenspelen op te nemen (zie randvoorwaarden). Zo ook de fysiobal, een gewone bal en de genoemde spellen die eveneens bij het kopje randvoorwaarden worden beschreven.

3. Onderbouwing

Probleem

ARopMaat-VK is bedoeld voor volwassenen met ernstige agressieproblematiek. Er wordt hierbij onderscheid gemaakt tussen agressief gedrag dat in de vroege kindertijd begint, niet vanzelf stopt en lastig behandelbaar is, en agressief gedrag dat tijdens de adolescentie begint en daarna geleidelijk afneemt. De eerste vorm wordt Life Course Persistent (LCP) of chronische agressie genoemd, de tweede vorm Adolescence Limited agressie (Aguilar et al., 2000 en Moffitt et al., 2002; Moffitt, 2015; Jolliffe et al., 2017; Moffitt, 2018). Chronische agressie is van toepassing bij patiënten die geïndiceerd zijn voor ARopMaat-VK. Deze vorm gaat relatief vaak gepaard met psychische problemen en verschillende criminogene risicofactoren waaronder problematische middelengebruik en gedragsstoornissen of persoonlijkheidsproblematiek (e.g., Agnew-Blais et al., 2016; Assink et al., 2015; Brand, a'Campo & Van den Hurk, 2013; Bonta & Andrews, 2017. Coccaro et al., 2016; Garofalo et al., 2021; Johnson, 2019; Mancke et al., 2018; Terzi et al., 2017).

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

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

Uit ervaring blijkt dat zeker 20% van de volwassen patiënten die gesloten worden geplaatst in aanmerking komen voor de indicatiecriteria van de ARopMaat-VK (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 ARopMaat-VK-doelgroep bestaat voor circa 95% uit mannen, circa 60% heeft een migratieachtergrond.

Patiënten met een cluster-B persoonlijkheidsstoornis vertonen duidelijk meer agressie; bij hen is de kans op recidive na twee (17%) en vijf jaar (27,5%) hoger dan bij patiënten met overige persoonlijkheidsstoornissen (range 13,2%-21,6%), zo blijkt uit Nederlands validatieonderzoek naar de HKT-R (Spren, Brand, Ter Horst & Bogaerts, 2014). Middelengebruik of –afhankelijkheid in relatie tot persoonlijkheidsstoornissen (25,2%, waarvan 17,7% ernstig) is een veel voorkomende diagnose (Mulder, Brand, Bullens, Van Marle, 2010) en blijkt van invloed op het ontwikkelen en persisteren van antisociaal gedrag (Delisi et al., 2013).

Ook ADHD en autismespectrumstoornissen (ASS) is een veel voorkomende diagnose bij de ARopMaat-VK-doelgroep en is eveneens gerelateerd aan de ontwikkeling van agressief gedrag (e.g., Chang et al., 2015). Ten slotte wordt op basis van (inter)nationale bevindingen (Bogaerts et al., 2011) verwacht dat de prevalentie van traumagerelateerde problematiek hoog is. Bij de ARopMaat-doelgroep zijn weinig verschillen in de aard en ernst van gedragsproblemen tussen landen en culturen. Wel komen gedragsproblemen relatief vaker voor in lagere sociaaleconomische klassen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014).

Gevolgen

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

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

Oorzaken

Het biopsychosociaal model

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag kunnen worden verklaard vanuit het biopsychosociaal model (BPS-model; Dodge & Pettit, 2003). Hierbij wordt ter verdieping gebruik gemaakt van de theorie over het verstoorde sociale informatieverwerkingsproces. Volgens het BPS-model is chronische agressie het gevolg van een interactie tussen enerzijds de biologische,

psychologische en sociale factoren en anderzijds de kwetsbaarheid voor deze factoren. Hierbij is het van belang hoe de omgeving reageerde op het agressieve gedrag (sociaal-cognitieve leertheorie; Bandura, 1997). In de eerste plaats vormen bepaalde biologische predisposities een risico voor de ontwikkeling van agressief gedrag, zoals ADHD (Murray et al., 2021), ASS (Fitzpatrick et al., 2016; Van den Boogert et al., 2021) en de mate van impulsiviteit (executieve functie) (Bresin 2019). Ten tweede spelen hierbij psychologische factoren, zoals cognitieve en emotionele processen (de mate van mentaliseren, wederom executieve functies, waaronder cognitieve vervormingen), een rol (Golding & Fitzgerald, 2019; McGuire, 2008; Taylor & Novaco, 2005; Holley et al., 2017). Ten derde kunnen ongunstige sociale omstandigheden (schulden, geen inkomen en/of vaste woning en een beperkt of risicovol sociaal netwerk) een criminogene risicofactor vormen voor de ontwikkeling van agressieproblematiek (Schwab-Reese et al., 2020). De sociale omstandigheden kunnen ook bestaan uit negatieve opgedane levenservaringen met betrekking tot de interactie met opvoeders, leeftijdsgenoten en op latere leeftijd met maatschappelijke instituties en een eventuele partner (Labella & Masten, 2018; Low & Espelage, 2014). Het BPS-model is systemisch, de ontwikkeling van de agressieproblematiek wordt gezien als onderdeel van het hele systeem waar de mens zich in bevindt. Daarnaast is het model ook circulair, dit betekent dat de verschillende factoren onderling invloed op elkaar hebben.

De theorie over het (verstoorde) sociale informatieverwerkingsproces

De theorie over het (verstoorde) sociale informatieverwerkingsmodel (SIV; Crick & Dodge, 1994) is een noodzakelijke toevoeging op het BPS-model, aangezien het specifieker verklaart welke factoren een rol spelen bij de problematiek van de doelgroep (Cooke, 2017). Het SIV veronderstelt dat een agressieproblematiek gerelateerd is aan selectieve en disfunctionele informatieverwerking en laat zien hoe zowel biologische als psychische en sociale factoren (denk ook aan context en omgevingsfactoren) hierbij een rol spelen. Als een verstoorde SIV structureel wordt, kan dit leiden tot het ontwikkelen en in stand houden van agressief gedrag (Smeijers et al., 2020).

Crick en Dodge (1994) hebben het sociale-informatieverwerkingsproces inzichtelijk gemaakt door zes fases te onderscheiden. De wijze waarop deze stappen worden gezet is afhankelijk van de ervaren emoties en de database. Een database verschilt per persoon, het bestaat o.a. uit (epi-)genetisch materiaal, de invloed van eerdere (sociale) ervaringen, de aangeleerde normen en waarden, het gevoel van eigenwaarde en cognitieve schema's (Dodge & Pettit, 2003). Samenvattend kan worden gesteld dat de aard van de gebeurtenis in combinatie met cognitieve en sociale processen, hoe een persoon zich voelt (emotie), de mate waarin de persoon stress ervaart, in hoeverre de persoon in staat is tot zelfcontrole (impulscontrole) en het toepassen van sociale vaardigheden voor een groot deel bepalen hoe de stappen van de sociale informatieverwerking worden doorlopen (Hofmann et al., 2012; Lemerise en Arsenio, 2000; Van Nieuwenhuijzen et al., 2017; Klein Tunte et al., 2020).

Wisselwerking biologische, psychologische en sociale factoren

Het blijkt dat individuele risicofactoren, die betrekking hebben op iemands houding en denkwijze (cognitieve vervormingen; Wallinius et al., 2011), direct samenhangen met delinquent gedrag (Van der Horn et al., 2016; Demeter, 2019). Verder is bekend dat chronische agressie zelden optreedt zonder dat genetische factoren daarin een aandeel hebben. Bij patiënten met agressieproblematiek gaat het onder andere om een tekort aan executieve functies (Miura & Fuchigami, 2017; Chang et al., 2015; Syngelaki et al., 2009). Executieve functies zijn cognitieve processen die nodig zijn om doelgericht, efficiënt en sociaal aangepast gedrag te organiseren in nieuwe, onbekende situaties (Huizinga, 2007; Miyake & Friedman, 2012). Vooral het werkgeheugen, de cognitieve flexibiliteit en de inhibitie zijn relevant voor het verminderen van agressieproblematiek (Diamond, 2013; Kleine Deters et al., 2020). Als bij de genoemde functies sprake is van disfunctioneren leidt dit onder andere tot verstoringen in de sociale informatieverwerking (Andrews & Bonta, 2010; Crick & Dodge, 1994) en dit vergroot de kans op agressief gedrag.

Stoornissen in de sociale verwerking worden versterkt door een tekort aan het vermogen om perspectief in te nemen (mentaliseren; Jolliffe & Farrington, 2004) en een tekort aan oplossingsvaardigheden. Uit recent onderzoek blijkt opnieuw dat een gebrek aan adequate probleemoplossende vaardigheden (Van Horn et al., 2016) en andere adequate coping strategieën positief samenhangen met de kans op algemene en gewelddadige recidive (Coid et al., 2015; Modecki et al., 2017; Van Nieuwenhuijzen et al., 2017). Het gaat hierbij ook om copingvaardigheden die een beroep doen op de executieve functies, namelijk jezelf kunnen

beheersen, het kunnen reguleren van emoties en het adequaat omgaan met stress⁵ (Wolff et al., 2020; Kovacs et al., 2006). Het niet adequaat omgaan met (chronische) stress belemmert de ontwikkeling van de zelfregulatie. Chronische stress is echter ook afhankelijk van stressoren, denk aan het hebben van schulden, geen inkomen of vaste verblijfsplaats (Fischer, Captein, & Zwirs, 2012). Verder wordt een tekort aan oplossingsvaardigheden bij problemen versterkt door een 'ongezond' netwerk, vooral in de vorm van een vriendenkring die een negatieve invloed uitoefent (Gallupe et al, 2019; Denkers & de Jong, 2020).

Aan te pakken factoren

Het BPS-model gaat ervan uit dat de kans op chronische agressie steeds groter wordt als er meer dan één stressfactor en/of criminogene risicofactor aanwezig is. Elke extra stressfactor of criminogene risicofactor vergroot de kans sprongsgewijs op het ontwikkelen van (ernstige) agressieproblematiek (Murray & Farrington, 2010). De draaglast wordt dan namelijk steeds kleiner, tenzij er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de draaglast te compenseren. In de meeste gevallen bestaan beschermende factoren uit het tegengestelde van risicofactoren: het risico is afwezig of er is sprake van een positieve tegenhanger. AROPMaat-VK 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 AROPMaat-VK-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 AROPMaat-VK-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 AROPMaat-VK-doelen. *Als dit aan de orde is, is vaak de inzet van een aanvullende behandelvorm noodzakelijk, al dan niet aangeboden door een andere behandelaar.*

Verantwoording

Om zorg te dragen voor een effectieve behandeling heeft de AROPMaat-VK 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-*

⁵ 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).

responsivity; Bonta & Andrews, 2017) die leiden tot significant meer recidivevermindering in vergelijking tot interventies die geen gebruik hebben gemaakt van deze principes (Bonta & Andrews, 2017).

Volgens de RNR-principes is het van belang dat de intensiteit van de behandeling (frequentie en duur) is afgestemd op het recidiverisico (risicoprincipe). Dit betekent dat de behandeling van 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 aangeboden krijgt, gericht op het verminderen van traumagerelateerde klachten, ADHD of problematisch middelengebruik. De regiebehandelaar van AROPMaat-VK is hier verantwoordelijk voor en kan afhankelijk van de expertise een deel zelf uitvoeren. Vervolgens is het relevant dat er rekening wordt gehouden met de ontvankelijkheid van een individu voor een bepaalde interventie (Menger & Krechtig, 2008; Verdonck & Jaspaert, 2009; responsiviteitsbeginsel). Het responsiviteitsbeginsel is onder te verdelen in algemene en specifieke responsiviteit. Algemene responsiviteit is gericht op het toepassen van technieken die bij een soortgelijke doelgroep effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2007). Specifieke responsiviteit staat voor het zorgdragen voor een goede werkalliantie en afstemming tussen de 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 & Jaspaert, 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 AROPMaat-VK

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

B: Behoeftebeginsel

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

C. Responsiviteitsbeginsel

Algemene responsiviteitsprincipe

Om zorg te dragen voor de algemene responsiviteit maakt de AROPMaat-VK gebruik van werkzame elementen die bij de forensische doelgroep effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2010), waardoor de kans groter wordt dat de doelen worden gerealiseerd. Deze elementen worden grotendeels ook gebruikt bij de AROPMaat voor Jongvolwassenen in een residentiële en ambulante setting en blijken bij deze versies effectief (Hoogsteder et al., 2014; Hoogsteder et al., 2018; Hoogsteder et al., 2022). Hierdoor is de kans groter dat dit ook geldt voor deze variant. Hieronder wordt beschreven welke specifieke technieken worden ingezet:

1a. Cognitief Gedragstherapeutische Elementen (CGT-elementen)

Uit verschillende meta-analyses en studies over het behandelen van (ernstige) agressieproblematiek blijkt

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

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

Aangezien het werken aan stressreductie helpt bij het verminderen van agressieproblematiek (Franco et al., 2016; Lee & DiGiuseppe, 2018), maakt AROPMaat-VK onder andere gebruik van (aangepaste) mindfulness-oefeningen afkomstig van de mindfulness-based-stress-reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1998). Mindfulness heeft als doel het verminderen van stress door het leren richten van de aandacht (focussen) en het bewust worden van dat wat je waarneemt en doet. Hierdoor heeft mindfulness in potentie een gunstige invloed op het werkgeheugen en op een verminderd vermogen tot inhibitie. Uit onderzoek blijken mindfulness oefeningen te leiden tot onder andere vermindering van stress (Himelstein et al., 2012; Shonin et al., 2013). Recent heeft er een meta-analyse plaatsgevonden om te kijken naar het effect van mindfulness-based oefeningen bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen tot 24 jaar met externaliserende gedragsproblemen (Hoogsteder et al., 2023). Het blijkt dat mindfulness-based interventies leiden tot vermindering van de gedragsproblemen (groot-effect). We weten echter nog niet of dit ook geldt voor volwassenen in een klinische setting.

c. Inzicht versus ervaringsgericht werken

Verandering ontstaat door het geven van inzicht en het toepassen van verschillende ervaringsgerichte oefeningen en middelen. Er wordt concreet geoefend met diverse vaardigheden, zoals het innemen van verschillende perspectieven, rolinleving in een persoon die tegenovergesteld denkt aan de patiënt, ontspanningsoefeningen, oefeningen ter beheersing van de impulsen, imaginatie oefeningen en het oefenen met het toepassen van helpende-gedachten in combinatie met een passende houding. Recent heeft er een meta-analyse plaatsgevonden om te kijken naar het effect van experiëntiële technieken in combinatie met CGT bij kinderen, jongeren en jongvolwassenen tot 24 jaar met externaliserende gedragsproblemen (Hoogsteder et al., 2024). Het blijkt dat experiëntiële technieken van meerwaarde zijn naast CGT en leidt tot vermindering van de gedragsproblemen (middelgroot effect). We weten nog niet of dit ook geldt voor volwassenen in een klinische setting, wel zijn er aanwijzingen dat het bij een soortgelijke doelgroep werkt (Dela Cruz et al., 2023).

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

a. Basishouding

Om verandering te realiseren is het een randvoorwaarde dat de behandelaar zorgt voor een behandelrelatie waarin de patiënt contact durft aan te gaan (Tschuschke, et al., 2015; Will et al., 2016). Het is essentieel dat de behandelaar de patiënt valideert (empathie tonen en het onder woorden brengen wat de ander voelt en denkt; Linehan et al., 1999; Holländare, et al., 2016; Voutilainen, et al., 2018). AROPMaat-VK gaat ervanuit dat deze basishouding het zorgt voor verbinding, een betere emotieregulatie en het vergroot de specifieke responsiviteit (Hoogsteder et al., 2023).

b. Sensitief voor maatwerk / een responsief aanbod

AROPMaat-VK bestaat grotendeels uit een intensief individueel behandelaanbod (McQuire, 2008). Dit blijkt

effectiever en maakt het makkelijker om maatwerk te leveren (responsief te behandelen). AROPMaat-VK voldoet aan het specifieke responsiviteitsprincipe door het werkmateriaal en de inhoud van de behandeling af te stemmen op de behandelmotivatie (van der Helm et al., 2018), 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.

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

De theorie van Bandura (1997) wordt als onderdeel ingezet om verandering te bereiken. Bandura stelt dat verbetering in ‘zelfeffectiviteit’ een belangrijk mechanisme is voor het veranderen van gedrag. Een goede en realistische zelfeffectiviteit vergroot de leerbaarheid, waardoor nieuw gedrag gemakkelijker aan te leren is. Zelfeffectiviteit gaat over het geloof in het eigen kunnen op het gebied van de zelfregulatie en de mate van motivatie. Zelfeffectiviteit wordt gevormd door ervaring, sociale modellen, kerngedachten, de mate van ervaren stress en negatieve emoties (Bandura, 1997). Er zijn diverse aanwijzingen dat het verbeteren van het geloof in eigen kunnen invloed heeft op de motivatie en de behaalde resultaten (Briones-Rodriguez, et al., 2016; Burnette et al., 2013). Volgens Bandura is er sprake van weinig geloof in eigen kunnen als een mens vele negatieve ervaringen heeft opgedaan. De behandelaar zal om die reden patiënt voldoende empoweren en succeservaringen op laten doen.

d. Doorlopend motiveren

Aangezien een deel van de doelgroep gedemotiveerd is, zet de AROPMaat-behandelaar doorlopend verschillende motivatietechnieken in om motivatieverandering te stimuleren. Hierbij is het van belang dat de toegepaste technieken aansluiten bij het motivatieniveau van de patiënt en inspelen op de verschillende domeinen die de motivatie kunnen beïnvloeden. De AROPMaat-behandelaar benadert motivatie als een veranderbaar begrip dat o.a. wordt bepaald door een proces waarbij de patiënt, zijn omgeving en de behandelaar interacteren (Rovers, 2010). Motivatie verschilt per tijdstip en situatie en kan zowel door interne (emotionele en cognitieve) als externe factoren (zoals de mate van responsief aanbod, aanwezigheid van een steunend systeem en mate waarin life events aan de orde zijn) beïnvloed worden (Gale et al., 2018; Verdonck & Jaspert, 2009).

Voorbeelden van relevante motivatietechnieken die in het zorgprogramma worden ingezet:

1. Het valideren en het aangaan van contact en het opbouwen van een werkalliantie.
2. Aansluiten bij het eigenbelang van de 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 AROPMaat-AV als voordelig wordt gezien);
4. Het werken aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit (geloof in eigen kunnen).

4. Onderzoek

Onderzoek naar de uitvoering

- A.** Procesequelutie Agressie op Maat Klinisch voor Volwassenen
Hoogsteder, L.M.
de Waag
2018
- B.** De procesevaluatie beschrijft hoe de ontwikkeling van Agressie op Maat Klinisch voor Volwassenen (ARopMaat-VK) 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 ARopMaat-VK. 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 patiëntendossier, de uitkomst van evaluatiegesprekken met de programmaverantwoordelijken van ARopMaat-VK 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.
- C.** 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. Uit de procesevaluatie in 2018 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 maandelijkse 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.
- ARopMaat-VK 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 ARopMaat-VK 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 AROPMaat-VK-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, zijn tijdens een landelijke PV-dag aan de programmaverantwoordelijken in 2018 medegedeeld. Vervolgens zijn er speerpunten geformuleerd (bijvoorbeeld meer oefenen met valideren en het doen van doe-oefeningen tijdens intervisies), om zo stap voor stap te werken aan de nodige verbeteringen.

A. Procesevaluatie Agressie op Maat Klinisch voor Volwassenen

Hoogsteder, L.M.

de Waag

2023

- B.** De procesevaluatie beschrijft beknopt hoe de ontwikkeling van Agressie Regulatie op Maat Klinisch voor Volwassenen (AROPMaat-VK) tot stand is gekomen en wat er sinds 2018 is veranderd, naar aanleiding van de procesevaluatie uit 2018 en de feedback van patiënten en behandelaren die zijn geïnventariseerd door programmaverantwoordelijken en/of voortkomen uit de ingevulde eind-evaluatieformulieren. Daarna wordt er ingegaan op het bereik van AROPMaat-VK (welke instellingen bieden het aan en hoeveel cliënten krijgen het aangeboden). Vervolgens wordt er een beknopt beeld gegeven over het niveau van de programma-integriteit binnen de Waag (het betreft behandelingen die binnen penitentiaire inrichtingen hebben plaatsgevonden). Daarna wordt er een beeld gegeven van het niveau van de programma-integriteit van verschillende instellingen. Hiervoor hebben vijf teams (kliniek/afdeling) de twee reguliere evaluatieformulieren ingevuld, om zo een indruk te geven over hoe een team het gemiddeld genomen doet. Het gaat om een evaluatieformulier waarin wordt geïnventariseerd in hoeverre de potentiële werkzame elementen worden toegepast tijdens de behandelsessies. Het andere is een eindevaluatieformulier dat een indruk geeft over het niveau van de PI tijdens het totale behandelproces. Tevens is door vier verschillende instellingen de implementatiemonitor ingevuld, om zo te kunnen toetsen in hoeverre er voldaan is aan de randvoorwaarden en in hoeverre de implementatie geborgd is.

C. Bereik en aanbod AROPMaat-VK

De laatste vijf jaar werd AROPMaat-VK aangeboden door Waag-behandelaren die behandeling bieden in een PI (soms een PPC), de Van der Hoeven kliniek, Fivoor, de Pompekliniek, VNN en Lentis. Afgelopen jaar zijn ook GGNet, en GGZ-Drenthe aangehaakt (zij hebben niet meegedaan met de beoordeling). In totaal is AROPMaat-VK de afgelopen vijf jaar 201 keer aangeboden aan patiënten die voldeden aan de indicatiecriteria. In 2022 ging het om circa 67 patiënten. Van de 201 cliënten zijn ongeveer 34 cliënten om diverse redenen eerder gestopt met behandeling. Het valt op dat, naast deze aantallen, het regelmatig voorkomt dat enkele modules uit de AROPMaat-VK worden gebruikt in combinatie met schematherapie en/of traumabehandeling.

Niveau van de programma-integriteit: wat gaat er goed en wat heeft aandacht nodig?

Bij de gebruikte formulieren werd – net zoals in 2018 – als criteria gehanteerd dat de programma-integriteit in orde was als de gemiddelde score hoger is dan of gelijk is aan 80%. Bij de evaluatieformulieren voor het beoordelen van de behandelsessies werd een gemiddelde score (ingevuld door behandelaren) van 79,96% gehaald. Bij de eindevaluatieformulieren ging het om een score van 76,16%. Er waren twee klinieken bij wie de programma-integriteit onvoldoende was. Bij de overige instellingen was de PI wel in orde. Er blijkt dat er bij alle instellingen, in vergelijking tot 2018, vooruitgang is geboekt in het valideren (cliënten geven een beter cijfer op de vraag in hoeverre zij zich begrepen hebben gevoeld door de behandelaar) en het daadwerkelijk toepassen van doe-oefeningen en meer sensitiviteit voor leerstijl. Ook gaat het beter met het meegeven van doe-oefeningen Volgens de

behandelaren en programma-verantwoordelijken komt dit vooral doordat hier sinds 2018 tijdens de basisopleiding, de boosters en de landelijke PV-dagen volop aandacht aan wordt besteed. Bij de instellingen waar de PI in orde was, geven de behandelaren aan dat cliënten alle modules aangeboden krijgen die geïndiceerd zijn en dat er volgens hen een mooie samenwerking plaatsvindt tussen de vaktherapeuten en de psychologen, waardoor behandelaren zich meer dan voldoende toegerust voelen in het doen van ervaringsgerichte oefeningen. Bij deze twee instellingen (drie verschillende locaties) waren geen specifieke aandachtspunten als het gaat om het verbeteren van de werkzame elementen.

Hoe staat het met het borgen van de randvoorwaarden en kwaliteitseisen van AROPmaat?

De ingevulde implementatiemonitor laat een verschillend beeld zien over het borgen van de randvoorwaarden en kwaliteitseisen. Zo voldeden de behandelaren aan de eisen omtrent de opleiding. Drie van de vijf instellingen dragen zorg voor de maandelijkse intervisie, en voldoen aan de gevraagde caseload en het krijgen van passende werkbegeleiding, indien gewenst. Verder wordt uit de ingevulde implementatiemonitors duidelijk dat de evaluatieformulieren ter beoordeling van het niveau van de programma-integriteit lang niet altijd worden ingevuld, zo ook de ondersteunende instrumenten (doelenlijst en V-LIG) ter gebruik van de tussentijdse evaluatiemomenten. Daarnaast zijn er twee instellingen die alleen onderdelen van de AROPmaat aanbieden, waardoor er per definitie niet aan de PI wordt voldaan.

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

Tijdens de landelijke PV-dag in oktober 2023 is met elkaar afgesproken dat er ECHT aandacht komt voor het invullen van de V-LIG en de doelenlijst en het werken met het ontwikkelformulier. In de brainstormsessie werden concrete ideeën verzameld die naar verwachting gaan helpen bij het borgen van deze punten. Denk aan het samen invullen van de doelenlijst, zodat het meer een behandelinterventie wordt. Het zorgt voor verbinding en meer beeld bij de problematiek, bovendien creëert het de mogelijkheid om de cliënt te motiveren en commitment te creëren over de behandeldoelen. Ook wordt de uitkomst van de lijsten onderdeel van het behandelplan en het evaluatiegesprek. Met de instellingen bij wie de PI onvoldoende is, omdat er slecht met enkele modules van de AROPmaat wordt gewerkt en niet gezorgd wordt voor intervisie, wordt per instelling bekeken of ze door willen gaan met het aanbieden van de AROPmaat en of ze bereid zijn om te investeren in het verbeteren van de PI.

5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Toepassen van het RNR-principes;
2. Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie/werkalliantie;
3. Valideren (empathie tonen, vanuit verbinding en vertraging de patiënt stimuleren om emoties waar te nemen en te ervaren, zo ook oordeelsvrij onderzoeken wat de ander voelt en denkt);
4. De behandelaar is in staat zijn/haar waardeoordeel op te schorten als dit nodig is, om te voorkomen dat de patiënt zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met deze denkwijze;
5. Doorlopend motiveren door het toepassen van motiverende gesprekstechnieken en specifieke AROPmaat-motivatietechnieken, waaronder het versterken van het 'geloof in eigen kunnen';
6. Diverse CGT-Interventies en imaginatie-oefeningen inzetten om cognitieve vervormingen te verminderen die boosheidsgevoelens versterken of agressief gedrag goedpraten en het flexibeler leren denken bevorderen;
7. Het werken aan probleemoplossingsvaardigheden (Van Horn et al, 2016). De patiënt wordt elke bijeenkomst gestimuleerd om te denken vanuit het perspectief van de ander en om mogelijke oplossingen of reacties te bedenken voor een specifieke situatie en oefent met het toepassen (CGT-techniek);
8. Het aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen (dramatherapeutische technieken, denk aan stoelentechneken en rollenspellen; Andrews & Bonta, 2010; Hoogsteder et al, 2014; Hoogsteder et al, 2024, Landenberger & Lindsey, 2005; Morlye, 2018);
9. Grotendeels individueel behandelaanbod (DiGiuseppe & Tafrate, 2001);
10. Toepassen van bewerkte mindfulnessoefeningen (gericht op bewustwording, ontspanning en het focussen van de aandacht);
11. Veel aandacht voor de ontwikkeling van executieve functies, waaronder stressreductie (Schippers et al., 2020; Deffenbacher, 2011), impulscontrole, beheersingsvaardigheden en emotieregulatie;
12. Betrekken van betrokken systeemleden voor het realiseren van sociale en emotionele steun.

6. Aangehaalde literatuur

- Agnew-Blais J.C., Polanczyk, G.V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T.E., Arseneault, L. (2016). Evaluation of the Persistence, Remission, and Emergence of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Young Adulthood. *JAMA Psychiatry*, 1;73(7):713-20.
- 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. *Dev Psychopathol*, 12(2):109-32.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *Rehabilitating criminal justice policy and practice*. Psychology, Public Policy, and Law. Vol. 16(1), 39-55. Ottawa: American Psychological Association.
- Assink, M., van der Put, C. E., Hoeve, M., de Vries, S. L. A., Stams, G. J. J. M., & Oort, F. J. (2015). *Risk factors for persistent delinquent behavior among juveniles: A meta-analytic review*. *Clinical Psychology Review*, 42, 47–61.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy; the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Beck, A.T., & Haigh, E.A.P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, 10, 1-14
- Blake, C.S., & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 209-221.
- Bogaerts, S., Henrichs, J., & Klerx, F. (2011). Huiselijk geweldplegers in een poliklinische forensisch psychiatrische setting delictinformatie en persoonlijkheidspathologie. Onderzoek in opdracht van het Ministerie van Justitie en Veiligheid: WODC: Den Haag
- Bonta, J. & Andrews, D.A. (2017). *The psychology of criminal conduct, Sixth Edition*. Routledge.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. (User Report 2007–06). 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.
- Bresin, K. (2019). Impulsivity and aggression: A meta-analysis using the UPPS model of impulsivity. *Aggression and violent behavior*, 48, 124-140.
- Briones-Rodriguez, C., Morales-Martinez, G. E., Santos- Alcantara, M. G., Lopez-Ramirez, E. O., & Urdiales-Ibarra, M. E (2016). Cognitive algebra underlying high school student´s self-efficacy judgment to solve mathematical problems in the classroom or online. *International Journal of Education*, 8(2), 136-148.
- Burnette, J. L., O'Boyle, E. H., VanEpps, E. M., Pollack, J. M., & Finkel, E. J. (2013). Mind-sets matter: A meta-analytic review of implicit theories and self-regulation. *Psychological Bulletin*, 139(3), 655-701.
- Brook, J. S., Lee, J. Y., Finch, S. J., Brown, E. N., Brook, D. W. (2013). Long-term consequences of membership in trajectory groups of delinquent behavior in an urban sample: Violence, drug use, interpersonal and neighborhood attributes. *Aggressive Behavior*, 39, 440-452.
- Campbell, C. A., Barnes, A., Papp, J., D'amato, C., Anderson, V. R., & Moses, N. (2020). Understanding the role of neighborhood typology and sociodemographic characteristics on time to recidivism among adjudicated youth. *Criminal Justice and Behavior*, 47(9), 1079-1096.
- Chang, Z., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2015). Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. *The Lancet Psychiatry*, 2(10), 891-900.
- Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74 – 101.
- Coccaro, E. F., Fridberg, D. J., Fanning, J. R., Grant, J. E., King, A. C., & Lee, R. (2016). Substance use disorders: Relationship with intermittent explosive disorder and with aggression, anger, and impulsivity. *Journal of psychiatric research*, 81, 127-132.
- Cohen, M. A., & Piquero, A. R. (2015). Benefits and costs of a targeted intervention program for youthful offenders: The YouthBuild USA Offender Project. Available at SSRN 1154055.
- Coid, J. W., Kallis, C., Doyle, M., Shaw, J., & Ullrich, S. (2015). Identifying causal risk factors for violence among discharged patients. *PloS one*, 10(11), e0142493.
- Cooke, T. (2017). Social information processing: A useful framework for educational psychology. *Educational Psychology Research and Practice*, 3(1), 50-69.
- 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.
- Dela Cruz, G. A., Johnstone, S., Kim, H. S., & Castle, D. J. (2023). Review of third-wave therapies for substance use disorders in people of color and collectivist cultures: Current evidence and future directions. *Psychology of Addictive Behaviors*, 37(5), 681–694. <https://doi.org/10.1037/adbo000883>
- Demeter, E. (2019). The relationship between the criminal offence and self serving cognitive distortions. *Journal Plus Education*, 23(SP IS), 81-86.
- Denkers & de Jong, 2020. Delinquentie, vrienden en 'boosheid met liefde'. *Tijdschrift voor Criminologie*, 62, 2-3.
- 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, 349-371.
- Dust, S., & Hoogsteder, L.M. (2023) Procesevaluatie Agressie Regulatie op Maat Klinisch voor Volwassenen 2023. De Waag.
- Fischer, T.F.C., Captein, W.J.M., Zwirs, B.W.C. (2012) Gedragsinterventies voor volwassen justitiabelen. Erasmus Universiteit Rotterdam en WODC. Boom Lemma: Den Haag.
- Fitzpatrick, S. E., Srivorakiat, L., Wink, L. K., Pedapati, E. V., & Erickson, C. A. (2016). Aggression in autism spectrum disorder: presentation and treatment options. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1525–1538.
- Fix, R.L. & Fix, S.T. (2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 219-227.
- Deffenbacher, J.L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 212-221.
- Franco, C., Amutio, A., López-González, L., Oriol, X., & Martínez-Taboada, C. (2016). Effect of a mindfulness training program on the impulsivity and aggression levels of adolescents with behavioral problems in the classroom. *Frontiers in Psychology*, 7: 1385.
- Gale, J., Clarbour, J., & Rayner, K. (2018). Psychologists' understanding of the factors influencing successful treatment in a secure forensic environment. *Journal of Forensic Practice*.
- Garofalo, C., Neumann, C. S., & Velotti, P. (2021). Psychopathy and aggression: The role of emotion dysregulation. *Journal of Interpersonal Violence*, 36, 23-24,
- Garrido, V., & Morales, L. A. (2007). Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treat. *Campbell Systematic Reviews*, 7, 1-47.
- Golding, P., & Fitzgerald, H. E. (2019). The early biopsychosocial development of boys and the origins of violence in males. *Infant mental health journal*, 40(1), 5-22.
- Hill, J., Tollenaar, N., & Weijters, G. (2021). Ontwikkelingen in de recidive onder jeugdigen. WODC, Memorandum 2021-1.
- Himmelstein, S., Hastings, A., Shapiro, S., & Heery, M. (2012). Mindfulness training for self-regulation and stress with incarcerated youth: A pilot study. *Probation Journal*, 59(2), 151-165.
- Hofmann, W., Schmeichel, B.J., & Baddeley, A.D. (2012). Executive functions and self-regulation. *Trends in Cognitive Sciences*, 16, 174-180.
- Hogue, A., Bobek, M., MacLean, A., Miranda, R., Wolff, J. C., & Jensen-Doss, A. (2020). Core elements of cbt for adolescent conduct and substance use problems: Comorbidity, clinical techniques, and case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 426-441.
- Holländare, F., Gustafsson, S. A., Berglind, M., Grape, F., Carlbring, P., Andersson, G., Hadjistavropoulos, H., & Tillfors, M. (2016). Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *Internet Interventions*, 3, 1–7.
- Holley, S. R., Ewing, S. T., Stiver, J. T., & Bloch, L. (2017). The relationship between emotion regulation, executive functioning, and aggressive behaviors. *Journal of interpersonal violence*, 32(11), 1692-1707.
- Hoogsteder, L.M. (2017). Procesevaluatie AROPmaat-VK. Utrecht: De Waag.
- 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., Van Os, R. C. J., Lutjens, J. B., Sweers, N., & Stams, G. J. M. M. (2023). A multilevel meta-analysis on the effect of mindfulness-based interventions in reducing externalizing problem behavior in adolescents. *International Journal of Stress Management*, 30(3), 309–320. <https://doi.org/10.1037/stro000285>
- Hoogsteder, L. M., Oomen, P., Sweers, N. & Hendriks, J. (2022). A quasi-experimental study on the Effects of Responsive Aggression Regulation Therapy for Juveniles. *International Journal of Forensic Mental Health*.
- Hoogsteder, L.M., Ruijsenaars, K., Kesteloo, S., Oomen, P., Dust, S., Stams, G.J.J.M.A (2024). Multilevel Meta-Analysis: The Effects of Cognitive Behavioral Therapy in Combination with Experiential Interventions for Children and Adolescents with Externalizing Problem Behavior. Under review.
- Hoogsteder, L. M., Stams, G.J.J.M., Schippers, E. E., & Bonnes, D. (2018). Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART): An evaluation study in a Dutch juvenile justice institution in terms of recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(14), 4403-4424.
- Huizinga, M. (2007). De ontwikkeling van executieve functies tussen kindertijd en jongvolwassenheid. *Neuropsychologie* 3, 74-82.
- Johnson, S. A. (2019). Understanding the violent personality: antisocial personality disorder, psychopathy, & sociopathy explored. *Forensic Research & Criminology International Journal*, 7(2), 76-88.
- Huesmann, L. R. (2018). An integrative theoretical understanding of aggression: a brief exposition. *Current Opinion in Psychology*, 19, 119-124.
- Jonker, F.J.R., Didden, H.C.M., Goedhard, L.E., Korzilius, H.P.L.M., & Nijman, H.L.I. (2021). The Adaptive Ability Performance Test (ADAPT): A new instrument for measuring adaptive skills in people with intellectual disabilities and borderline intellectual functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 169(2), 264-274.
- Jolliffe, D., Farrington, D. P., Piquero, A. R., Loeber, R., & Hill, K. G. (2017). Systematic review of early risk factors for life-course-persistent, adolescence-limited, and late-onset offenders in prospective longitudinal studies. *Aggression and violent behavior*, 33, 15-23.
- 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.
- Klein Tuente, S. K., Bogaerts, S., Smeijers, D., & Veling, W. (2020). Associations between social information processing and aggression in forensic psychiatric inpatients. In: S. Klein Tuente (Ed), *Understanding aggression and treating forensic psychiatric inpatients with Virtual Reality* (p.p. 94-114). Groningen, Nederland: University of Groningen.
- Kuklinski, M. R. (2015). Benefit-Cost Analysis of Prevention and Intervention Programs for Youth and Young Adults: Introduction to the Special Issue. *Journal of Benefit-Cost Analysis*, 6(3), 455–470.
- Kovacs, M., Sherrill, J., George, C. J., Pollock, M., Tumuluru, R. V., & Ho, V. (2006). Contextual emotion-regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (8), 892-903.
- Labella, M. H., & Masten, A. S. (2018). Family influences on the development of aggression and violence. *Current opinion in psychology*, 19, 11-16.
- Landenberger, N.A., & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Lee, A. H., & DiGiuseppe, R. (2018). Anger and aggression treatments: a review of meta-analyses. *Current Opinion in Psychology*, 19, 65-74.
- Lemerise, E. A., & Arsenio, W. F. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development*, 71, 107–118.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter J., Comtois, K.A. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal of Addictions*, 8, 279– 292.

- Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. In: *Victims and Offenders*, 4, 124-147.
- Lipsey, M.W., Landenberger, N.A., & Wilson, S.J. (2007). *Effects of Cognitive Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Philadelphia, Pennsylvania: Campbell Collaboration.
- Loeber, R., Slot, W., & Stouthamer-Loeber, M. (2008). A cumulative developmental model of risk and promotive factors. In Loeber, R., Slot, W. Laan, P.H. van der en Hoeve, M. (red.) *Tomorrow's criminals: The development of child delinquency and effective interventions*. Ashgate: Ashgate Press.
- Low, S., & Espelage, D. (2014). Conduits from community violence exposure to peer aggression and victimization: contributions of parental monitoring, impulsivity, and deviancy. *Journal of counseling psychology*, 61(2), 221-232.
- Mancke, F., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2018). Correlates of aggression in personality disorders: an update. *Current Psychiatry Reports*, 20, 1-14.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence, *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2577–2597.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *The delict as basic assumption: methodology for working in an forced setting*. Amsterdam: Publisher SWP/Probation Netherland.
- Miller, D.B. and O'Callaghan, J.P. (2002) Neuroendocrine Aspects of the Response to Stress. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 51, 5-10.
- Minotta-Valencia, I., Minotta-Valencia, C. M. (2021). Cognitive Behavioral Therapy General Aspects and in Particular it's Technique. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 11, 409.
- Mitchell, D., Tafrate, R., & Hogan, T. (2018) Cognitive Behavioral Therapy in Forensic Treatment. *Psychology*.
- Miura, H., & Fuchigami, Y. (2017). Impaired executive function in 14-to 16-year-old boys with conduct disorder is related to recidivism: A prospective longitudinal study. *Criminal behaviour and mental health*, 27(2), 136-145
- Miyake, A., & Friedman, N. P. (2012). The nature and organization of individual differences in executive functions: Four general conclusions. *Current Directions in Psychological Science*, 21(1), 8–14.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B.J. (2002) Males of the life-course persistent and adolescence limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years, *Development Psychopathology*, 14(1), 179-207.
- Moffitt, T. E. (2015). Life-course-persistent versus adolescence-limited antisocial behavior. *Developmental Psychopathology: Volume Three: Risk, Disorder, and Adaptation*, 570-598.
- Moffitt, T. E. (2018). Male antisocial behaviour in adolescence and beyond. *Nature human behaviour*, 2(3), 177-186.
- Morley, R.H. (2018). The Impact of Mindfulness Meditation and Self-Compassion on Criminal Impulsivity in a Prisoner Sample. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 33 (2), 118-122.
- 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.
- Murray, A., Lavoie, J., Booth, T., Eisner, M., & Ribeaud, D. (2021). To what extent does emotional dysregulation account for aggression associated with ADHD symptoms? An experience sampling study. *Psychiatry research*, 303, 114059.
- Murray, J., & Farrington, D.P. (2010), Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry* 55, 633-42.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Gedragstoornissen*. Verkregen op 12 december 2015 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychischestoornissen/gedragstoornissen/>.
- Piquero, A. R., Farrington, D. P., Nagin, D. S., & Moffitt, T. E. (2010). Trajectories of offending and their relation to life failure in late middle age: Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 47(2), 151-173.
- Rovers, B. 2010. *Motiveren en motivatieproblematiek. Integraal motiveren in het patiëntenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.
- Schoute, A. (2022). *Het meten van irrationele gedachten: Validatie van de Verkorte Lijst Irrationele Gedachten (V-LIG) bij volwassenen*. [masterthesis] Universiteit van Amsterdam.

- Schippers, E.E., Hoogsteder, L.M., Stams, G.J.J.M. (2020). Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Improves Executive Functioning in Adolescents and Young Adults with Severe Aggression Problems: A Pilot Study. *Journal of Forensic Sciences*, 65 (6), 2058-2064.
- Schubert, C. A., Mulvey, E.P., Loughran, T.A., & Loyosa, S.H. (2012). Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39. Doi: 10.1177/0093854811426710
- Schwab-Reese, L. M., Parker, E. A., & Peek-Asa, C. (2020). The interaction of dopamine genes and financial stressors to predict adulthood intimate partner violence perpetration. *Journal of interpersonal violence*, 35(5-6), 1251-1268.
- Shonin, E., van Gordon, W., Slade, K., & Griffiths, M. D. (2013). Mindfulness and other Buddhist-derived interventions in correctional settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 18(3), 365-372.
- Smeijers, D., Benbouriche, M., & Garofalo, C. (2020). The association between emotion, social information processing, and aggressive behavior: A systematic review. *European Psychologist*.
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014). Handleiding HKT-R: Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie. Groningen: Stichting FPC dr. S. van Mesdag.
- Syngelaki, E.M., Moore, S.C., Savage, J.C., Fairchild, G., & Van Goozen, S.H.M. (2009). Executive functioning and risky decision making in young male offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 1213-1227.
- Taylor, J.L., & Novaco, R.W. (2005). Anger treatment for people with developmental disabilities: A theory, evidence and manual based approach. West Sussex: John Wiley & Sons.
- Terzi, L., Martino, F., Berardi, D., Bortolotti, B., Sasdelli, A., & Menchetti, M. (2017). *Aggressive behavior and self-harm in Borderline Personality Disorder: The role of impulsivity and emotion dysregulation in a sample of outpatients. Psychiatry Research*, 249, 321–326.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., ... & Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, 25(4), 420-434.
- Valentine, S. E., Ahles, E. M., Dixon De Silva, L. E., Patrick, K. A., Baldwin, M., Chablani-Medley, A., Shtasel, D.L. & Marques, L. (2019). Community-based implementation of a paraprofessional-delivered cognitive behavioral therapy program for youth involved with the criminal justice system. *Journal of health care for the poor and underserved*, 30(2), 841.
- Van den Boogert, F.; Sizoo, B.; Spaan, P.; Tolstra, S.; Bouman, Y.H.A.; Hoogendijk, W.J.G.; Roza, S.J. (2021). Sensory Processing and Aggressive Behavior in Adults with Autism Spectrum Disorder. *Brain Sciences*, 11, 95.
- Van den Hurk, A. A. & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What Works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Van der Helm, G. H. P, Kuiper, C. H. Z., & Stams, G. J. J. M. (2018) Group climate and treatment motivation in secure residential and forensic youth care from the perspective of self- determination theory. *Children and Youth Services Review*, 93, 339–344.
- Van Horn, J.E., Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., Van den Hanenberg, F.J.A.C., Van der Put, C.E., & Bogaerts, S., (2016). *Handleiding Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE): Volwassen patiënten vanaf 18 jaar, versie 1.0*. Kwaliteit Forensische Zorg
- van Nieuwenhuijzen, M., van Rest, M. M., Embregts, P. J. C. M., Vriens, A., Oostermeijer, S., van Bokhoven, I., & Matthys, W. (2017). Executive functions and social information processing in adolescents with severe behavior problems. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence*, 23(2), 228-241.
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). *Motivatatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld*. Leuven: Leuvens Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Voutilainen, L., Henttonen, P., Kahri, M., Ravaja, N., Sams, M., & Peräkylä, A. (2018). Empathy, challenge, and psychophysiological activation in therapist–client interaction. *Frontiers in Psychology*, 9, 530.
- 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.
- Welsh, B. C., Farrington, D. P., & Gowar, B. R. (2015). Benefit-cost analysis of crime prevention programs. *Crime and Justice*, 44(1), 447-516.
- Will, T., Gessnitzer, S., & Kauffeld, S. (2016). You think you are an empathic coach? Maybe you should think again. The difference between perceptions of empathy vs. empathic behaviour after a person-centred coaching training. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, 9(1), 53-68.
- Wolff, K. T., & Baglivio, M. T. (2016). Adverse Childhood Experiences, Negative Emotionality, and Pathways to Juvenile Recidivism. *Crime & Delinquency*, 63(12), 1495-1521.
<https://doi.org/10.1177/0011128715627469>

Samenwerking erkenningstraject

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

