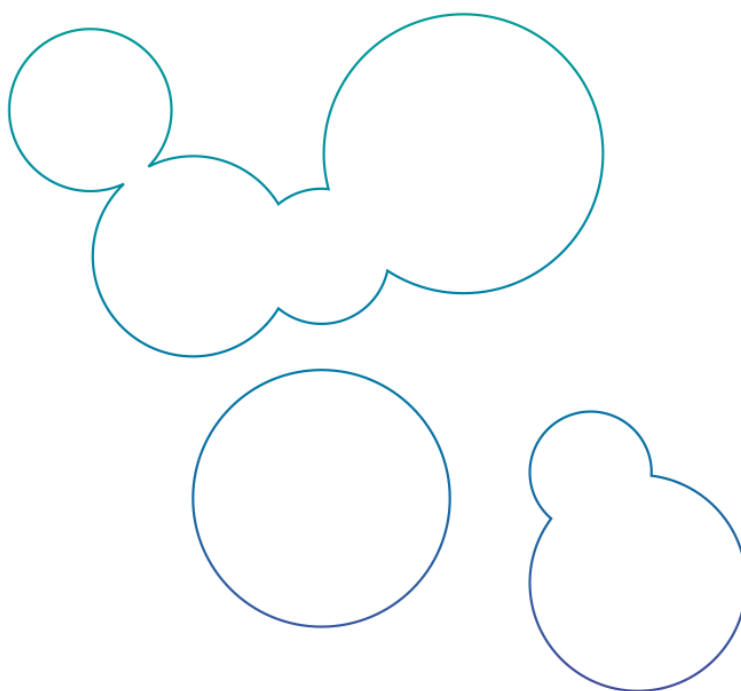


Interventiebeschrijving

**** Gedragsinterventie Alcohol en Geweld ****



Colofon

Eigenaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: SVG Verslavingsreclassering, Utrecht

E-mail: info@svg.reclassering.nl

Telefoon: +31 (30) 310 77 36

Website: <https://svg.nl/wat-doen-wij/interventies/>

Contactpersoon

Naam: Marije Lans

E-mail: M.lans@svg.reclassering.nl

Telefoon: M 06-39613769

Referentie in verband met publicatie

Naam auteurs: Cas Barendregt, Elske Wits, Marill Muyres en Maarten Merkx

Titel interventie: Alcohol en Geweld 3.1

Plaats, instituut: Den Haag, Instituut voor Leefwijzen en Verslaving (IVO), Utrecht, Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG)

Publicatiedatum: : april 2025

Verantwoording

De interventie Alcohol en Geweld is in 2010 ontwikkeld in opdracht van de SVG door Arkin Academy en Maarten Merkx. De interventie Alcohol en Geweld is in 2015, 2019 en 2021 doorontwikkeld door de reclassering i.s.m. Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en verslaving (IVO) (met medewerking van de Reclasseringsacademie en de trainers van SVG). In 2021 is de interventie (handleiding en werkboek) uitgetest door IVO en SVG trainers onder projectleiding van de SVG. Op basis daarvan en de procesevaluatie uitgevoerd in 2024 zijn handleiding voor de trainer en het werkboek voor deelnemers ontwikkeld naar versie 4.0.

Disclaimer en informatiegebruik

Dit document bevat een beknopte weergave van de beschreven interventie. Bijbehorende materialen ontbreken, denk aan een handboek, werkboek en opleidingsdocumentatie. Deze zijn wel nodig om de interventie uit te kunnen voeren. Het is daarom niet toegestaan om de interventie uit te voeren enkel op basis van dit document.

De informatie in dit document, voor zover die betrekking heeft op de hier beschreven interventie, mag niet worden overgenomen zonder toestemming van de eigenaar van de interventie. Ook mag de informatie niet worden gebruikt voor het maken van een eigen variant van de beschreven interventie.

Wil je de beschreven interventie gaan uitvoeren? Of wil je informatie over deze interventie overnemen? Neem dan contact op met de interventie-eigenaar of contactpersoon. Deze staat genoemd op de webpagina van de interventie in de Databank Effectieve Jeugdinterventies.

Samenvatting

Alcohol en Geweld is een interventie voor daders die bij de reclassering onder toezicht staan vanwege geweldsdelicten gepleegd onder invloed van alcohol. De interventie wordt extramuraal gegeven, zowel aan groepen als individueel. Het gaat niet om huiselijk geweld of partnergeweld. Vaak gaat het om mishandeling en openlijke geweldpleging, zoals uitgaansgeweld of geweld bij (sport) evenementen waarbij meerdere daders en slachtoffers betrokken zijn. De interventie is primair gericht op het terugdringen van de kans op geweldsrecidive. Doel is het voorkomen van agressief gedrag, met name door het veranderen van alcoholgebruik in situaties die kunnen leiden tot geweld. Om dit te bereiken richt de interventie zich enerzijds op bewustwording, anderzijds op (gedrags)verandering. Deelnemers krijgen onder andere inzicht in de relatie tussen (overmatig)alcoholgebruik en agressief gedrag, risicosituaties voor agressie en de rol van alcohol daarin, en de voor- en nadelen die verandering van het alcoholgebruik in risicosituaties kan hebben. Met behulp van oefeningen leren zij sociale druk herkennen en in risicosituaties alcohol te weigeren en/of agressie te voorkomen. Tevens leren zij zelfcontrolemaatregelen toe te passen om overmatig alcoholgebruik en agressief gedrag tegen te gaan. De hypothese is dat met het bevorderen van deze (cognitieve en sociale) vaardigheden, het aantal geweldsdelicten dat onder invloed van alcohol wordt gepleegd, afneemt.

Ontwikkeling interventie Alcohol en Geweld

In 2010 is, in opdracht van de Stichting Verslavingsreclassering GGZ, de interventie Alcohol en Geweld ontwikkeld. De oorspronkelijke interventie is ontwikkeld door Arkin, Amsterdam Institute for Addiction Research (AIAR) en SVG (Merkx, Smeerdijk, Kuiper, Buntjer, De Ridder, 2010). In 2017 honoreerde de Erkeningscommissie Justitiële Interventies aangevraagde verlenging niet. Met ondersteuning van KFZ (call 2018-83) hebben Onderzoeksinstituut IVO en Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG), in samenwerking met ervaren trainers, de interventie doorontwikkeld (2019) en is tegemoet gekomen aan de kritiek van de erkeningscommissie (2017). Dit leverde in 2019 de vernieuwde interventie Alcohol en Geweld (3.1) op. De interventiebeschrijving, die de interventie theoretisch onderbouwt, is verbeterd; onder andere door de relatie tussen alcoholgebruik en geweld duidelijker te maken. In aanvulling op de doorontwikkeling in 2019 is een pilot uitgevoerd om de Alcohol en Geweld uit te testen in de praktijk bij trainers en deelnemers. Op basis van deze pilot zijn de trainershandleiding en het werkboek verbeterd (2021). Een uitgebreide beschrijving van de versiegeschiedenis van de interventie Alcohol en Geweld is opgenomen in de rapportage Procesevaluatie (2024) paragraaf 1.1 Versiegeschiedenis.

Doelgroep

Alcohol & Geweld richt zich op (jong)volwassen justitiabelen die veroordeeld zijn voor een geweldsdelict dat is gepleegd onder invloed van alcohol. Het betreft justitiabelen met een gemiddeld recidiveprofiel. Zij kunnen vaak worden aangemerkt als binge-drinker¹ voorafgaand aan het geweldsdelict. De minimum leeftijd om deel te nemen is 18 jaar. De interventie is niet geschikt voor mensen met een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol.

Doel

Hoofddoel van de interventie is het terugdringen van (het risico op) geweldsdelicten onder invloed van alcohol. Deelnemers hebben na afronding van Alcohol en Geweld meer controle over hun alcoholgebruik en hun agressieve gedrag.

¹ Het Amerikaanse National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) spreekt van binge drinken bij alcoholgebruik waarbij de alcoholspiegel in bloed binnen 2 uur stijgt naar 0,08 g/dl [1]. De hoeveelheid alcohol die hiervoor nodig is verschilt naar geslacht, leeftijd en gewicht. In vragenlijstsonderzoeken wordt binge drinken vaak geoperationaliseerd als het drinken van 4 glazen of meer per gelegenheid bij vrouwen of 6 glazen of meer per gelegenheid bij mannen. Om pragmatische redenen wordt binge drinken ook vaak geoperationaliseerd als het drinken van 5 glazen of meer per gelegenheid, ongeacht het geslacht. (NIAAA, 2014). Drinking levels defined. Retrieved from <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.

Aanpak

Alcohol en Geweld bestaat uit 11 bijeenkomsten: negen groepsbijeenkomsten en twee individuele bijeenkomsten. De totale interventie duurt 22 uur is modulair van opzet. Er zijn drie modules met drie accenten: alcohol (3 bijeenkomsten), agressie (3 bijeenkomsten) en de derde module is een integratiemodule (3 gecombineerde bijeenkomsten alcohol en agressie). De interventiestart met één individuele bijeenkomst en er vindt een individueel eindgesprek plaats. Omdat de groepen klein² zijn, 4 à 5 deelnemers, hoeft er vaak maar een trainer te worden ingezet. De groepsbijeenkomsten vinden bij voorkeur één keer per week plaats en duren 2 uur. Indien gewenst, mogen er maximaal 2 bijeenkomsten per week worden gegeven. In de interventie Alcohol en Geweld worden de oefeningen op specifieke risicofactoren toegespitst. Er is ook aandacht voor factoren die beschermend kunnen zijn, zoals een steunend sociaal netwerk. In de uitwerking van de programmaonderdelen zijn de subdoelen van de interventie direct gelinkt aan één of meerdere van deze factoren. De interventie Alcohol en geweld wordt gebruik gemaakt van een cognitief-gedragsmatige aanpak. De interventie (training) Alcohol en geweld is geen cognitief gedragstherapeutische behandeling. Er worden principes en technieken uit CGT gebruikt, zoals de onderdelen functieanalyse (FA) terugvalpreventie, Motivational Interviewing, het 5G schema en de techniek psycho-educatie. Er wordt aandacht besteed aan cognitieve herstructurering oftewel het opsporen en uitdagen van niet-helpende gedachten en vergroten van het probleemoplossend denken. Deelnemers leren vanuit een ander perspectief naar dezelfde situatie te kijken en anders op de situatie te reageren. Ze ontwikkelen helpende gedachten omgaan met sociale druk (assertiviteit), en leren vaardigheden die zelfcontrole en agressieregulatie kunnen versterken.

Materialen

Er is voorlichtingsmateriaal ontwikkeld voor ketenpartners) en deelnemers van Alcohol en Geweld. Ook is een trainershandleiding (2021) en werkboek (2021) voor deelnemers geschreven. Voor de implementatie van Alcohol & Geweld is er een de interventiebeschrijving (2019) opgesteld. Hierin is een uitgebreide (theoretisch) beschrijving van de interventie opgenomen met aandacht voor de uitvoering. Er worden aanvullende implementatie activiteiten uitgevoerd zoals informatiebijeenkomsten in de regio's en trainersopleidingen en bijscholingen van de trainers.

Onderbouwing

Uit verschillende literatuurreviews (Lammers e.a., 2014, Raemakers e.a., 2016, Spits e.a., 2016) blijkt dat alcoholgebruik een risicofactor is voor gewelddadige criminaliteit. Er is een relatie tussen alcoholgebruik en geweld, maar geen een eenduidige oorzaak/gevolg relatie (Duke et al. 2018). Het gaat daarbij altijd om de wisselwerking tussen persoonlijke factoren, de eigenschappen van het middel en situationele factoren (Zinberg, 1984). In de wisselwerking tussen persoon en situatie kan een aanvullende verklaring worden gezocht in de verwachtingen die er zijn van het (stimulerende) effect van alcohol op agressie en situaties waarbij signalen als provocerend kunnen worden geïnterpreteerd, een zogenaamde 'vijandige interpretatie bias' (Lammers e.a., 2014; Raemakers e.a., 2016). Bij het terugdringen van geweld onder invloed van alcohol kunnen we de eigenschappen van alcohol niet veranderen, ook op de setting heeft een interventie geen directe invloed. De interventie grijpt derhalve aan op het individu en diens relatie tot (overmatig) alcoholgebruik en diens relatie tot (prikkels uit) de omgeving. De intensiteit van de interventie dient te worden afgestemd op de mate van het recidiverisico: hoe hoger de kans op recidive, hoe intensiever de interventie moet zijn (Andrew & Bonta, 2010). Uitgangspunt is dat er een relatie moet zijn tussen alcoholgebruik en het delict. De cognitieve benadering van deze interventie richt zich op het bewust worden van de wisselwerking tussen gedachten, gevoel en gedrag en legt het accent op het modificeren van disfunctionele gedachten en het genereren van helpende gedachten.

Onderzoek

In 2010 is, in opdracht van de Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SGV), de interventie Alcohol en Geweld ontwikkeld. Naar Alcohol en Geweld is (nog) geen effectonderzoek gedaan. In 2012 is een procesevaluatie (Hammink en Wits, 2012) uitgevoerd naar de eerste versie van de interventie Alcohol en Geweld en daarna is de interventie doorontwikkeld (Alcohol en Geweld 2.0). In 2019 is de interventie Alcohol en Geweld 3.0 verder ontwikkeld door Instituut voor Onderzoek naar Leefwijzen en verslaving (IVO) in samenwerking met de SVG (Stichting

² Waarbij een maximum van 8 deelnemers gehanteerd wordt.

Verslavingsreclassering GGZ). Bij de doorontwikkelde versie 3.0 (en later 3.1) heeft er in 2021 praktijktoets plaatsgevonden en is er een procesrapportage opgesteld door IVO en de SVG (Barendregt, Wits, Uytterlinde 2021). In 2024 is een procesevaluatie (Berden ,Barendregt, en Lans, 2024) uitgevoerd naar de laatste versie van de interventie Alcohol en Geweld. Op basis van de verzamelde data, en de resultaten die daaruit voortkwamen, wordt geconcludeerd dat de training goed in elkaar zit en de uitvoering hierbij aansluit tijdens de verschillende sessies. Wel zijn er onderdelen die geoptimaliseerd zou kunnen worden.

Inhoud

Samenvatting	3
1. Beschrijving interventie	7
1.1 Doelgroep	7
1.2 Doel.....	9
1.3 Aanpak	13
2. Uitvoering.....	17
3. Onderbouwing.....	24
4. Onderzoek	34
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	34
4.2 Onderzoek naar de effectiviteit	35
5. Aangehaalde literatuur	36

1. Beschrijving interventie

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Alcohol & Geweld richt zich op (jong)volwassen justitiabelen die veroordeeld zijn voor een geweldsdelict dat is gepleegd onder invloed van alcohol. Vaak gaat het om mishandeling en openlijke geweldpleging (zijnde niet huiselijk geweld) waarbij meerdere daders en slachtoffers betrokken zijn. Het betreft justitiabelen met een gemiddeld recidiveprofiel. Zij kunnen vaak worden aangemerkt als binge-drinker³ voorafgaand aan het geweldsdelict. De interventie is niet geschikt voor mensen met een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol.

De inclusiecriteria voor Alcohol & Geweld zijn:

- Leeftijd $\geq 18^4$ jaar;
- Het delict is gepleegd onder invloed van alcohol
- Het betreft een geweldsdelict

Het betreft justitiabelen met een gemiddeld recidiveprofiel, en eventueel degene met een laag risicoprofiel, waarbij de reclasseringswerker beoordeelt of het opportuun is om de persoon in kwestie aan de interventie te laten deelnemen.

Kandidaten kunnen niet deelnemen als tenminste één van de onderstaande criteria geldt:

- Er is sprake van partner geweld of huiselijk geweld.
- Er is sprake van een laag of hoog risico op recidive⁵ (in voorkomende gevallen kan de reclasseringswerker beslissing dat iemand met een laag recidive risico toch kan deelnemen aan de interventie)
- Er is sprake van een (niet behandelde) gediagnosticeerde⁶ antisociale persoonlijkheidsstoornis
- Er is sprake van een ernstige stoornis in het gebruik van alcohol.
- Cliënt heeft een gebrekkige beheersing van de Nederlandse taal
- Cliënt heeft een vermoedelijk een IQ van 80 of lager. Vermoeden op basis van de SCIL (screener cognitief functioneren). De reclasseringswerker oordeelt zelf dit instrument wel of niet af te nemen en of aanvullende diagnostiek nodig is.

Intermediaire doelgroep

N.v.t.

Selectie van doelgroepen

Alcohol en Geweld wordt extramuraal uitgevoerd, bij alle instellingen van de SVG⁷. Er is sprake van een landelijk dekkend aanbod. Extramuraal zijn de volgende modaliteiten mogelijk:

- Een sepot onder voorwaarden, met als bijzondere voorwaarde de onderhavige gedragsinterventie en toezicht op de naleving van de bijzondere voorwaarde door de reclassering;

³ Het Amerikaanse National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) spreekt van binge drinken bij alcoholgebruik waarbij de alcoholspiegel in bloed binnen 2 uur stijgt naar 0,08 g/dl [1]. In vragenlijstonderzoeken wordt binge drinken vaak geoperationaliseerd als het drinken van 4 glazen of meer per gelegenheid bij vrouwen of 6 glazen of meer per gelegenheid bij mannen. Om pragmatische redenen wordt binge drinken ook vaak geoperationaliseerd als het drinken van 5 glazen of meer per gelegenheid, ongeacht het geslacht. (NIAAA, 2014). Drinking levels defined. Retrieved from <https://www.niaaa.nih.gov/alcohol-health/overview-alcohol-consumption/moderate-binge-drinking>.

⁴ Er kan een uitzondering gemaakt worden voor 16 en 17 jarigen die zijn veroordeeld onder het volwassenstrafrecht vanwege hun geestelijke ontwikkeling.

⁵ Gemeten middels de RISC. De RISC een risicotaxatie- en adviesinstrument van de reclassering.

⁶ Aan te tonen via recente diagnostiek.

⁷ <https://svg.nl/over-svg/svg-instellingen/>

- Een beslissing van de Officier van Justitie (OM-afdoening), waarbij de gedragsinterventie wordt opgelegd als bijzondere voorwaarde in combinatie met toezicht op naleving van de voorwaarde;
- Schorsing voorlopige hechtenis met bijzondere voorwaarde gedragsinterventie en toezicht op de naleving van de bijzondere voorwaarde door de reclassering;
- Een vonnis met een (deels) voorwaardelijke straf, waarbij de gedragsinterventie als bijzondere voorwaarde is opgelegd, met toezicht op de naleving van de bijzondere voorwaarde door de reclassering;
- Als aanwijzing in een reclasseringstoezicht.

Indicatiestelling

Gestructureerd Professioneel Oordeel

De instrumenten RISC en aanvullende informatie over de interventiehulp bij het nemen van gestructureerde beslissingen. Maar het werken met instrumenten schakelt de professional niet uit. Instrumenten en beslisregels kunnen nooit de hele werkelijkheid bevatten. In de RISC die sinds 2018 wordt gebruikt, staat het vormen van een gestructureerd professioneel oordeel centraal. Het gebruik van de RISC ondersteunt de reclasseringsadviseur om op gestructureerde wijze te komen tot een oordeel.

De intensiteit van de interventie dient te worden afgestemd op de mate van het recidiverisico: hoe hoger de kans op recidive, hoe intensiever de interventie moet zijn (Andrew & Bonta, 2010.) Met behulp van het risicotaxatie-instrument RISC (versie 2018), het risicotaxatie- en adviesinstrument van de reclassering wordt een gestructureerd professioneel oordeel gevormd van het risiconiveau van de reclassant die in aanmerking komt voor de interventie Alcohol en Geweld⁸. Er zijn in de RISC⁹ twee onderdelen die met name van belang zijn voor de vorming van dit oordeel: 1) de kernvragen middelengebruik en verslaving en 2) de OXREC.

RISC

Het RISC-onderdeel middelengebruik en verslaving bevat vijf kernvragen die informeren naar de ernst van het middelengebruik en de relatie tot het delictgedrag. De vragen zijn niet gebaseerd op of afgeleid van de DSM-5 criteria “stoornis in het gebruik van alcohol” (licht, matig of ernstig). De reclasseringsadviseur moet zelf de vertaalslag maken van informatie die de RISC op levert en de DSM-5 criteria. In alle gevallen is het geadviseerd dat bij vermoeden van middelen gerelateerde problematiek en/of delictgedrag de verdiepende vragen van de RISC te stellen. De adviseur kan zo een betrouwbare inschatting maken of de reclassant een lichte, matige of ernstige stoornis heeft in het middelengebruik.

OXREC

De OXREC is gebaseerd op de samenhang tussen kenmerken van personen en recidivegegevens en geeft een indicatie van het recidiverisico van groepen personen met deze kenmerken. Met de OXREC wordt op basis van statische en dynamische factoren een berekening gemaakt van de kans op algemene- en geweldsrecidive. De OXREC ondersteunt de reclasseringswerker bij het maken van een gestructureerd professioneel oordeel; het reclasseringsoordeel. Ook de keuze om een interventie te adviseren ligt bij de adviseur van de reclassering.

Het uiteindelijke oordeel van de reclassering wordt op drie risicodomeinen gegeven:

1. Risico op recidive. Dit betreft het risico op algemene recidive; het risico dat iemand opnieuw in aanraking met justitie komt, ongeacht de aard en de ernst van het feit (laag, gemiddeld, hoog).
2. Risico op letsel. Het risico op letsel gaat om het risico op het veroorzaken van letsel van lichamelijke aard (laag, gemiddeld, hoog).

⁸ Met de RISC maakt de reclasseringswerker een inschatting van het recidiverisico, de factoren die het delictgedrag bepalen (criminogene en beschermende factoren), de mogelijkheden voor gedragsverandering en het slachtofferbelang.
<https://www.reclassering.nl/over-de-reclassering/wat-wij-doen/risc> (bezoekt 21 mei 2019)

⁹ In “Justitiële Interventie Alcohol en Geweld: Beschrijving van de interventie(2019)” zijn de kernvragen RISC 2018 opgenomen.

3. Risico op onttrekken aan de voorwaarden (laag, gemiddeld, hoog).

Het belangrijkste risico waarop de adviseur van de reclassering zich baseert wanneer de interventie Alcohol en Geweld wordt overwogen is het risico op letsel.

Betrokkenheid doelgroep

De vernieuwde versie (2019) van de interventie is op onderdelen getest door trainers van enkele SVG instellingen (2021). Bij het testen is uitsluitend gekeken naar de waardering van de deelnemers voor de aangeboden werkvormen en aangeboden theorie. In de projectgroep die deze herziene versie ontwikkelde had een ervaringsdeskundige (van stichting 'Het Zwarte gat'¹⁰) zitting. De feedback van deze persoon (met name op de onderdelen begrijpbaarheid en taalgebruik) is verwerkt in de trainershandleiding en werkboek. De vernieuwde versie van de interventie is op onderdelen getest door trainers van enkele SVG instellingen. Bij het testen is gekeken naar de waardering van de deelnemers voor de aangeboden werkvormen en aangeboden theorie d.m.v. evaluatieformulieren. De doelgroep is zo (in)direct betrokken geweest bij de ontwikkeling en doorontwikkeling van Alcohol & Geweld. Tevens worden deelnemers structureel gevraagd naar hun ervaringen na het afronden van de interventie. Daarnaast zijn deelnemers geïnterviewd bij de procesevaluatie (2024) en wordt deze input meegenomen in het verbeterplan van de training.

1.2 Doel

Hoofddoel

Hoofddoel van de interventie is het terugdringen van (het risico op) geweldsdelicten onder invloed van alcohol. Deelnemers hebben na afronding van Alcohol en Geweld meer controle over hun alcoholgebruik en hun agressieve gedrag. Doel van de interventie Alcohol en Geweld is dat de deelnemer de relatie tussen het alcoholgebruik en agressief gedrag inziet en het eigen gedrag in risicosituaties kan veranderen. Deelnemers snappen aan het eind van de interventie wat alcohol met ze doet, hoe de relatie zit tussen alcohol en agressie en ze kunnen gedragsalternatieven toepassen om geweldsituaties te voorkomen.

Subdoelen

De subdoelen dragen bij aan de realisatie van het hoofddoel. Ze zijn enerzijds gericht op bewustwording, anderzijds op (gedrags)verandering.

Met betrekking tot bewustwording

De deelnemer heeft inzicht in de:

1. relatie tussen het (overmatig) alcoholgebruik en het agressief gedrag;
2. negatieve gevolgen die (overmatig) alcoholgebruik en agressief gedrag kunnen hebben;
3. voor- en nadelen van het veranderen van alcoholgebruik en het voorkomen van agressie;
4. persoonlijke interne en externe risicosituaties van overmatig alcoholgebruik en het uiten van agressie.
 - a. Leren herkennen van situaties waarin (impliciete en expliciete) sociale druk kan leiden tot agressief gedrag
5. De deelnemer is zich bewust van de mogelijke gevolgen van het delict voor het slachtoffer.

Met betrekking tot (gedrags)verandering

De deelnemer vermindert/stopt met (overmatig) alcoholgebruik in situaties die kunnen aanzetten tot geweld door:

6. het vermijden van situaties die kunnen aanzetten tot geweld.
7. alcohol die onder sociale druk wordt aangeboden te weigeren en hiermee agressie te voorkomen;
8. zelfcontrolemaatregelen toe te passen in alcoholgebruik en het ontwikkelen van zelfcontrole-maatregelen (zoals het opstellen van een individueel 'noodplan' /terugvalpreventieplan) ten aanzien van agressief gedrag;

¹⁰ Het landelijk netwerk voor (ex-)cliënten- en familieraden verslavingszorg

9. helpende gedachten te formuleren die bijdragen aan het minderen/stoppen van alcoholgebruik en agressie en deze ook toe te passen.

Onderstaande tabel toont welke subdoelen (zie opsomming hierboven) en oefeningen aan welke criminogene factoren en werkzame elementen van de interventie Alcohol & Geweld zijn gekoppeld.

Tabel 1. Koppeling van de modules, criminogene factoren, onderliggend werkzame elementen en subdoelen aan de werkwijze en oefeningen van Alcohol & Geweld.

Factor	Module	Werkzame elementen	Subdoelen (zie 2.3)	Oefeningen (wat?)	Werkwijze (hoe?)
Sociaal netwerk	A /C	Terugvalpreventie; CGT-technieken.	4, 7, 8	Praktijkoefening : weigeren van alcohol, voorkomen agressie, zelfcontrole-maatregelen	• Inventarisatie sociaal netwerk (mijn contacten). • Oefenen in weigeren alcohol. • Oefenen in voorkomen van agressie. • Inventariseren van manieren die deelnemer succesvol heeft toegepast om met alcohol/agressie om te gaan. • Deelnemer onderzoekt welke (zelfcontrole)-maatregelen voor hem effectief zijn om alcohol en/of agressie de 'baas' te zijn.
Sociaal netwerk	A/C	Psycho-educatie; terugvalpreventie; functieanalyse; CGT-technieken.	1, 4, 5, 6	(Externe) risicosituaties, functie-analyse, praktijkoefening: weerstaan sociale druk, weigeren van alcohol en voorkomen van agressie , Zelfcontrole maatregelen, noodplan	• Voorlichting (in beeld) en dialoog (in discussievorm). • In kaart brengen welke factoren hebben geleid tot delictgedrag en alcoholgebruik. • O.b.v. lijst van 40 items top 3 van risicosituaties samenstellen. Dan interne/externe risicosituaties uit functieanalyse halen. • Oefenen omgaan met sociale druk. • Oefenen in weigeren alcohol. • Oefenen in voorkomen van agressie (beïnvloeding door vrienden/ peer pressure). • Inventariseren van manieren die deelnemer succesvol heeft toegepast om met alcohol/agressie om te gaan.
Psychosociaal functioneren	C	Terugvalpreventie; psycho-educatie; CGT- technieken.	4, 7	Analyse risicosituaties (elke sessie), startsessie	• Inventariseren van manieren die deelnemer succesvol heeft toegepast om met alcohol/agressie om te gaan. • O.b.v. lijst met thema's niet-helpende gedachten onderzoeken en omzetten in helpende gedachten. • Uitleg (individueel en groep) CGT principe en de rol van alcohol daarin.
Middelengebruik en verslaving	A	Pycho-educatie; Functieanalyse; Terugvalpreventie; CGT- technieken.	1, 2, 7	Startgesprek, functieanalyse (korte termijn en lange termijn gevolgen), risicofactoren (overmatig)	• Alcoholgebruik inzichtelijk maken waardoor deelnemer wordt aangezet tot gedragsverandering. • In kaart brengen welke factoren hebben geleid tot delictgedrag en met welke gevolgen.

Factor	Module	Werkzame elementen	Subdoelen (zie 2.3)	Oefeningen (wat?)	Werkwijze (hoe?)
				alcoholgebruik, risicofactoren agressie (leefgebieden).	• Inventariseren van manieren die deelnemer succesvol heeft toegepast om met alcohol/agressie om te gaan.
Psychosociaal functioneren	B	Psycho-educatie; Terugvalpreventie ; CGT-technieken.	1, 2, 5, 7, 8	Agressiecirkel, praktijkoefening	• Fases van agressie bespreken: inzicht verkrijgen in de triggers van de deelnemer. • Oefenen weerstaan sociale druk • Oefenen in weigeren alcohol. • Inventariseren van manieren die deelnemer succesvol heeft toegepast om met alcohol/agressie om te gaan.
Houding	C	Motivational interviewing; Psycho-educatie; Terugvalpreventie; CGT-technieken.	2, 3, 5	Beslissingsbalans, startsessie, slachtofferbewustzijn	• Deelnemers gaan in tweetallen in gesprek over de nadelen van alcoholgebruik en agressie. • Alcoholgebruik inzichtelijk maken waardoor deelnemer wordt aangezet tot gedragsverandering. • Oefening je verplaatsen in (de gevolgen voor) het slachtoffer.
Relaties met partner, gezin en familie	C	Motivational interviewing; Terugvalpreventie; CGT-technieken.	3	Beslissingsbalans, startgesprek (Drinkerstypologie)	• Toespitsing Beslissingsbalans m.b.t. “belangrijke ander”

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

De groepsinterventie is modulair van opzet: er is een alcoholmodule (3 bijeenkomsten), een agressiemodule (3 bijeenkomsten) en een gecombineerde alcohol en agressiemodule (3 bijeenkomsten). De interventie dient volledig te worden doorlopen. Wanneer een bijeenkomst niet kan worden gevolgd, wordt een inhaalsessie georganiseerd. Bij vermoeden dat verzuim niet te maken heeft met plausibele overmacht, wordt de toezichthouder van de reclassering ingelicht, die vanuit diens positie de deelnemer kan motiveren. Bij de derde keer verzuim dat niet is ingehaald, stopt de interventie voor de deelnemer. In de praktijk gebeurt dit alleen bij ongemotiveerde (interventie verstorende) individuen. De attitude van een goede trainer is niet strafgericht maar gefocust op een goed verloop van de interventie(groepsdynamiek) en op het maximaliseren van het leerrendement. Omdat de groepen klein zijn, 4 à 5 deelnemers, hoeft er maar één trainer te worden ingezet. Bij zes deelnemers of meer wordt een co-trainer ingezet (maximaal 8 deelnemers per interventie). De groepsbijeenkomsten vinden bij voorkeur één keer per week plaats en duren 2 uur. Indien gewenst, mogen er maximaal 2 bijeenkomsten per week worden gegeven.

De training Alcohol en Geweld kent vijf werkzame elementen die allen deel uit maken van het arsenaal methodieken die zijn te scharen onder CGT. Het gaat om:

1. Functieanalyse (voor zowel agressie als alcoholgebruik)
2. Psycho-educatie (gedragscirkel 5G's)
3. Agressiecirkel
4. Motivational Interviewing
5. Terugvalpreventie (voor zowel agressie als alcoholgebruik)

Cognitieve gedragstechnieken: Opbrengsten van CGT zijn: het trainen van sociale vaardigheden gericht op leervermogen, assertiviteit en het vormen/behouden van relaties, en het trainen van het weigeren van middelengebruik of delinquent gedrag. In Alcohol & Geweld werkt de deelnemer actief aan het veranderen van zijn middelengebruik/delictgedrag. Een deelnemer leert o.a. sociale druk herkennen en op welke manier alcohol/drugs geweigerd kan worden. Ook worden soms rollenspellen gebruikt om zich voor te bereiden op potentieel problematische interacties met anderen. Tot slot leren deelnemers hun geest te kalmeren en hun lichaam te ontspannen. Ook deze principes komen terug in de diverse werkvormen van de interventie Alcohol en Geweld, zoals in het gesprek met de Belangrijke Ander en in de ontspanningsoefeningen.

Functieanalyse: FA is een instrument dat iemands persoonlijke triggers en consequenties van verslaving blootlegt. Met behulp van een kritisch zelfonderzoek werkt de deelnemer aan het vergroten van de kennis van zijn problematische middelengebruik en delictgedrag. Een deelnemer krijgt inzicht in welke factoren zijn keuze tot gebruiken (en delicten plegen) beïnvloeden en wordt zich bewust van de korte en langere termijneffecten van deze keuze op zijn of haar persoonlijke leven. Een FA kan ook worden gebruikt om een terugval in gebruik te onderzoeken.

Agressiecirkel: in een persoonlijke agressiecirkel van vijf fasen worden voorlopers van agressie (schelden, dreigen, duwen) inzichtelijk gemaakt. Emoties kunnen ontstaan door een probleem of risicosituatie, maar ook door gedachten of gevoelens. De deelnemer leert dat deze zg. 'ontkokers van agressie' worden versterkt door alcoholgebruik. Wanneer deze niet adequaat worden aangepakt, kunnen ze leiden tot meer blikvernaauwing en stress, waardoor het risico op een geweldsdelict toeneemt. Met behulp van de agressiecirkel krijgt de deelnemer handvatten aangereikt om triggers en niet-helpende gedachten het hoofd te bieden.

Motivational Interviewing (MI): MI is de motor achter gedragsverandering bij de interventie Alcohol en Geweld. Met behulp van MI wordt vertrouwen opgebouwd, weerstand verminderd en gedragsverandering bevorderd. MI vergroot de ambivalentie bij de deelnemer en lokt 'verandertaal' uit, hetgeen uiteindelijk kan leiden tot een intrinsieke motivatie om te veranderen.

Terugvalpreventie: bij terugvalpreventie wordt nagegaan hoe terugvallen in delictgedrag zoveel mogelijk kunnen worden voorkomen. De deelnemer krijgt gedragsalternatieven aangeboden en leert hoe hij andere keuzes kan maken, met als doel het overmatige middelengebruik (en delictgedrag) terug te dringen. Ook wordt hij ondersteund bij het opbouwen van een alternatieve leefstijl. Terugvalpreventie is een continu proces: de methodiek speelt in alle fasen van het ongewenste gedrag een rol.

Daarnaast is bij de doorontwikkeling (2021) de Rationale van aandacht voor het slachtoffer explicieter meegenomen. In de interventie een onderdeel opgenomen waarin de gevolgen voor het slachtoffer centraal staan (module C, onderdeel slachtofferbewustzijn).

Nazorg: inbedding toezicht reclassering

Na afronding van de interventie Alcohol & Geweld is het van belang dat de toezichthouder van de reclassering na blijft gaan of de deelnemer de geleerde vaardigheden blijft toepassen. De toezichthouder wordt uitgenodigd voor het eindgesprek met de deelnemer en krijgt uitleg over de werkvorm “risicosituaties afgelopen week”. Met behulp van dit instrument toezichthouder en deelnemer samen risicosituaties (blijven) monitoren.

Inhoud van de interventie

Individueel gesprek

In het eerste – individuele – deel van de interventie Alcohol en Geweld wordt de deelnemer gemotiveerd om zijn alcoholgebruik kritisch onder de loep te nemen. Dit gebeurt door samen met de deelnemer het drinkgedrag te onderzoeken aan de hand van een inventarisatie van het drinkgedrag (door de week en in het weekend) op basis van de Time Line Follow Back methodiek (Sobell 2001¹¹). Aan de hand hiervan wordt de hoogste bloed/alcoholconcentratie (BAC) van die week uitgerekend en besproken aan de hand van de alcoholnormen in het verkeer (0,02% voor beginnende bestuurders en 0,05% voor ervaren bestuurders¹²) en verkeer en het advies van de gezondheidsraad (Gezondheidsraad, 2015). Aansluitend wordt met de deelnemer besproken tot welk ‘drinkerstype’ hij zich rekent en tot welk drinkertype hoe zijn omgeving hem zou typeren (Schippers e.a., 1994). In de bespreking van het delict wordt de relatie alcohol en geweld doorgesproken en de koppeling gemaakt met het drinkpatroon van de persoon. Het laatste inhoudelijke deel van het startgesprek bestaat uit het scoren van de doelstellingen van de interventie. Hiermee wordt helder wat de deelnemer van de interventie verwacht en nastreeft.

Concrete activiteiten interventie

Tabel 2. toont de opbouw van de interventie Alcohol & Geweld. Voor details verwijzen we naar de trainershandleiding, tabel 1 in dit werkblad (o.a. subdoelen en oefeningen) en paragraaf ‘Inhoud van de interventie’ van het werkblad.

Tabel 2 Algemene inrichting van de modules van Alcohol & Geweld

Startgesprek	Inventarisatie drinkgedrag, drinkertype, rationale van de interventie, vaststellen doelstelling van de interventie
Module A (3 bijeenkomsten)	<u>Alcoholgebruik</u> • Voorlichting over alcohol en effecten (quiz) • Voorlichting over de effecten van alcohol op het brein (metafoor rem/gaspedaal) • Het bespreken van de nadelen van overmatig alcoholgebruik • Maken en bespreken van een functieanalyse van overmatig alcoholgebruik in risicosituaties • Formuleren van zelfcontrolemaatregelen voor overmatig alcoholgebruik in risicosituaties • Maken van een noodplan
Module B (3 bijeenkomsten)	<u>Agressie</u> • Voorlichting over agressie m.b.v. de agressiekringel • Het bespreken van de nadelen van agressie

¹¹ https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/assessingalcohol/instrumentpdfs/13_tlf.pdf

¹² <https://www.alcoholinfo.nl/publiek/verkeer/wetgeving>

	• Maken van een functieanalyse van agressie • Formuleren van zelfcontrolemaatregelen voor agressie • Maken van een Noodplan (terugvalpreventieplan)
Module C (3 bijeenkomsten)	<u>Wisselwerking Alcoholgebruik en agressie</u> • Voorlichting over de wisselwerking tussen alcohol en agressie • Inventarisatie sociaal netwerk, uitleg sociale druk, oefening sociale druk • Oefenen met het weigeren van alcohol en het voorkomen van agressie • Aandacht voor de gevolgen voor het slachtoffer.
Eindevaluatie (Individueel)	• Eindbespreking en evaluatie (o.a. in welke mate doelen zijn behaald)

De deelnemers starten in module A (drie bijeenkomsten) met een voorlichting over de werking van alcohol. De kennisoverdracht vindt plaats in de vorm van een kennisquiz. De trainer deelt de laatste wetenschappelijke inzichten over de werking van alcohol op het brein. Hij maakt gebruik van de reeds aanwezige kennis in de groep en houdt rekening met de kennis die de deelnemers in de startsessie hebben opgedaan. Vervolgens maken de deelnemers een nadelenbalans¹³ van hun alcoholgebruik. Hierdoor wordt de motivatie verder versterkt om het drinkgedrag te veranderen in situaties die tot agressie kunnen leiden. In de functieanalyse wordt inzichtelijk gemaakt welke factoren vooraf gaan aan het (overmatig) alcoholgebruik in risicosituaties voor agressie. Deze functieanalyse toont tevens aan wat precies de gevolgen zijn van het (overmatig) alcoholgebruik. De functieanalyse maakt onderscheid in verschillende uitlokkende factoren, die alle aan bod gaan komen in de interventie. De deelnemers maken ieder hun eigen functieanalyse. Een deel van de informatie halen zij uit het onderdeel 'risicosituaties afgelopen week' (een terugkerend onderdeel in elke bijeenkomst), hun nadelenbalans en eerder geïnventariseerde interne en externe risicosituaties. In de slotbijeenkomst van module A legt de trainer uit wat zelfcontrolemaatregelen zijn: dit zijn eerste stappen in het onder controle krijgen van het (overmatig) alcoholgebruik in situaties die kunnen leiden tot agressie. Er wordt onderscheid gemaakt tussen vermijding (stimuluscontrole), alternatief gedrag in risicosituaties (stimulus-respons interventies) en belonen (responsconsequenties). Hierna stellen de deelnemers hun eigen set van maatregelen op die zij in de toekomst gaan toepassen.

Module B behelst deels dezelfde activiteiten als module A maar dan voor het thema agressie: de trainer geeft voorlichting en de deelnemers maken een nadelenbalans, functieanalyse en formuleren zelfcontrolemaatregelen. De nadelenbalans wordt ook toegespitst op reacties van belangrijke anderen (partner, familie). Hierna stellen zij een Noodplan op voor het vermijden van agressie. Een Noodplan (terugvalpreventieplan) valt in de categorie zelfcontrolemaatregelen: het betreft acties die de deelnemer kan ondernemen zodat de agressie wordt vermeden of beperkt blijft en hoe de omgeving (vrienden) kunnen worden ingeschakeld om escalatie te voorkomen. Daarnaast bevat het terugvalpreventieplan (noodplan) acties die ondernomen kunnen worden bij een daadwerkelijke situatie van beginnende agressie waardoor een situatie niet (verder) uit de hand loopt.

Het betreft de volgende zaken:

- Noodmaatregelen die de deelnemer kan toepassen wanneer hij agressief dreigt te worden (schade voorkomen);
- Noodmaatregelen die de deelnemer kan toepassen wanneer hij agressief is (schade beperken);
- Welke noodmaatregelen de deelnemer zelf onderneemt als hij agressief is;
- Welke hulp evt. ingeschakeld moet worden als de deelnemer agressief is.

Module C, tenslotte, richt zich specifiek op alcoholgebruik als risicofactor voor geweldsdelicten en de wisselwerking tussen alcohol en agressie. Oefenen staat centraal in deze module. Er wordt ingegaan op het veranderen van aan alcohol gerelateerde gedachten. Net als in de voorafgaande modules richt module C zich op het terugdringen van agressie, echter, nu ligt het accent op het aanleren van specifieke vaardigheden, zoals het vervangen van niet-

¹³ Deze oefening (beslissingsbalans) gaat in op de voordelen van niet-gebruiken en nadelen van wel gebruiken.

helpende gedachten in helpende gedachten en het leren omgaan met sociale druk. Voordat eenvoudige praktijkoefeningen over sociale worden gedaan, wordt eerst het sociale netwerk geïnventariseerd de praktijkoefeningen meer levensecht te maken. Het herkennen en leren omgaan met (impliciete en expliciete) sociale druk en meer bijzonder het weigeren van alcohol, het weigeren van deelname aan agressieve situaties en het niet ingaan op (vermeende) provocaties vormen de thema's van deze module, hieraan worden twee bijeenkomsten gewijd. De deelnemers spelen hun eigen 'ontkokers' van (overmatig) alcoholgebruik en/of agressie voor de groep uit en passen nieuwe vaardigheden toe om deze het hoofd te bieden.

Deelnemers houden gedurende de interventie Alcohol & Geweld een dagboek (risicosituaties afgelopen week) bij waarin ze hun risicosituaties noteren. Deelnemers schrijven bijvoorbeeld op met wie zij gewoonlijk drinken of waar zij dat doen. Dit onderdeel komt elke bijeenkomst terug en is een verplicht onderdeel. Bij aanvang van de bijeenkomst vraagt de trainer hoe het de afgelopen week is gegaan en welke risicosituaties de deelnemer is tegengekomen. Het dagboek kan dan geraadpleegd worden. Het bespreken van risicosituaties die niet hebben geleid tot agressie, vormen een belangrijke gelegenheid om goed gedrag te bekrachtigen. Als optie wordt op het dagboek aangeboden een variant op dit onderdeel te doen. Deze variant sluit nauw aan op de digitale reclasseringstool "mijn risico's". De *pencil and paper* variant is opgenomen als bijlage in de trainershandleiding.

Eindgesprek deelnemer, trainer en toezichthouder

De verwachting is dat een aanzienlijk deel van de deelnemers moeite heeft met het onder controle houden van het alcoholgebruik. Hiermee neemt de kans op een nieuw, aan alcohol gerelateerd geweldsdelict met het verstrijken van de tijd toe. Omdat de toezichthouder (meestal) gedurende langere tijd bij de deelnemer betrokken blijft, is hij/zij de juiste persoon om de geleerde vaardigheden door te blijven oefenen.

Reclasseringstraject en rol toezichthouder bij een interventie

De toezichthouder is de reclasseringswerker die het toezicht uitvoert en het reclasseringstraject begeleidt. Bij aanvang van het toezicht stelt hij een toezichtplan op, waarin de interventie als onderdeel wordt opgenomen. De toezichthouder informeert de cliënt over de interventie en onderzoekt diens motivatie. De toezichthouder zet daarbij motiverende gesprekstechnieken in. De toezichthouder meldt de cliënt aan bij de trainer en samen voeren zij een individuele startgesprek met de cliënt.

De gesprekken bieden inzicht in bevorderende en belemmerende factoren voor verandering bij de deelnemer. De toezichthouder kan informatie aanvullen en heeft een actieve rol bij het opstellen van de leerdoelen. De trainer stelt samen met de deelnemer en de toezichthouder leerdoelen op die aansluiten op de kenmerken en situatie van de deelnemer. De toezichthouder bewaakt dat het plan past binnen het toezichtplan.

Tijdens de interventie

De trainer en de toezichthouder informeren elkaar gedurende de interventie over onder meer bijzonderheden rondom de deelnemer, het werken aan de leerdoelen, de vorderingen die de deelnemer maakt, verzuim en andere zaken die van belang zijn voor de uitvoering van de interventie of het toezicht. Waar nodig ondersteunt de toezichthouder de deelnemer met de opdrachten en met de vertaling van de leerervaringen naar het dagelijks leven van de deelnemer.

2. Uitvoering

Materialen

De volgende materialen worden gebruikt bij Alcohol & Geweld:

Materiaal voor de regio/uitvoering:

- Interventiebeschrijving.

Materiaal voor de trainer:

- Trainershandleiding waarin de training concreet, per bijeenkomst, uitgewerkt is;
- Flip-over/whiteboard met stiften;
- Afspeelapparatuur voor filmpjes.

Materiaal voor de deelnemer:

- Werkboek.
- Cliëntfolder

Materiaal ten behoeve van werving/selectie:

- Factsheet voor OM/ZM;
- Folder voor de reclasseringsorganisaties;
- PowerPoint presentatie voor OM/ZM en reclassering met uitleg over de doelgroep, werving/selectie, inhoud training, enz, te gebruiken bij voorlichtingsbijeenkomsten;
- Folder voor kandidaat-deelnemer.

Materiaal ten behoeve van de evaluatie van Alcohol & Geweld;

- Evaluatie van-trainingsdoelen (in werkboek).
- Eindverslag per training, per deelnemer, in te vullen door de trainer en te gebruiken voor de terugkoppeling naar OM/ZM en reclassering, ter ondersteuning van het gehele traject van de cliënt.

Materiaal ten behoeve van de (algemene) eindevaluatie

- QR Code en hardcopy vragenlijst

Na het afronden van de interventie wordt de deelnemer er door de reclassering (trainer van de GI) op gewezen dat er een mogelijkheid (op vrijwillige basis) is om een evaluatie in te dienen. De korte vragenlijst voor de deelnemer van de GI is in te vullen door gebruik te maken van Exploratio¹⁴. Middels een QR code (gekoppeld aan de verschillende GI's) krijgt de deelnemer toegang tot een korte anonieme vragenlijst. Voor medewerkers die intramuraal werken en waarbij deelnemers mogelijk geen directe toegang hebben tot elektronische middelen, blijft de mogelijkheid bestaan om een hard copy vragenlijst in te vullen.

Type organisatie en locatie

Alcohol & Geweld wordt uitgevoerd bij de 11 lidinstellingen¹⁵ van de SVG.

De ruimte aldaar:

- Is groot genoeg voor 4 à 12 personen;
- Is voldoende geventileerd;
- Is vrij van geluidshinder;

¹⁴ Exploratio is een online applicatie waar in de enquête ingevuld kan worden.

¹⁵ <https://svg.nl/over-svg/svg-instellingen/>

- Heeft voldoende tafels en stoelen;
- Heeft een beamer of televisie;
- Er is een aparte ruimte voor pauzes.

Bij extramurale Trainingsgroepen zoals bij Alcohol & Geweld dient er, naast de trainers, altijd iemand in het pand te zijn die in geval van nood alarm kan slaan. Extramurale groepen worden namelijk vooral aan het einde van de middag of aan het begin van de avond gegeven. Ook dient te worden voorzien in ontvangst van de deelnemers, die naar de Trainingsruimte moeten worden gebracht.

Regionale) coördinator

In elk werkgebied dient een (regionale) coördinator te zijn die groepen inplant, afspraken maakt over locatie, startdata, tijden en de inzet van trainers. Deze coördinator plaatst deelnemers, voor wie een opdracht interventie is ontvangen, op één van de geplande groepen. De coördinator informeert de trainers over de deelnemers en verzorgt de uitnodigingen voor de startgesprekken.

Met de manager of aandachtfunctionaris is hij/zij ook verantwoordelijk voor de realisatie van de randvoorwaarden, zoals:

- Een snelle start van de interventie;
- De kwaliteit en beschikbaarheid van de trainers;
- De kwaliteit van de uitvoering;
- Houdt zicht over verloop lopende interventies;
- Aanspreekpunt voor trainers bij problemen;
- Faciliteiten.

Werving & selectie

Voor de werving en selectie van trainers Interventies van de reclassering (3RO) bestaat een procedure. Trainers worden geworven onder reclasseringswerkers advies en toezicht door het management van de betrokken instelling/regio.

Proces aanmelding:

Een medewerker van een reclasseringsorganisatie geeft bij zijn leidinggevende aan dat hij interesse heeft voor de taak van trainer interventie(s) zoals die van de Alcohol en Geweld. De manager overlegt in de regio over de wenselijkheid voor uitbereiding van de trainerspool en zo ja voor welke interventie. Als daar ruimte voor is, en de leidinggevende acht de aspirant trainer geschikt, organiseert hij een selectiegesprek. Bij dit gesprek zijn aanwezig: de leidinggevende (voorzitter), een ervaren trainer en *op verzoek* een coach & adviseur interventies van de Reclasseringsacademie. Bij positief advies levert de regio/aspirant gedragstrainer het 'feedbackverslag gedragstrainer' aan bij de Reclasseringsacademie en kan de trainer zich inschrijven voor trainersvaardigheden van de interventie Alcohol & Geweld.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

De trainer van Alcohol & Geweld geeft de groepstraining en voert de individuele gesprekken. Hij/zij heeft een afgeronde, voor het reclasseringswerk relevante opleiding op hbo¹⁶ of universitair niveau en voldoet aan onderstaande vaardigheden/kennis:

- Kan werken met groepen en kan groepsprocessen begeleiden en heeft hier aantoonbare ervaring in of de (ontwikkel)competentie voor;
- Heeft communicatieve en sociale vaardigheden;
- Heeft (aantoonbare) op gedragsbeïnvloeding gerichte vaardigheden;

¹⁶ Zoals de Sociaal Agogische Dienstverlening HBO opleiding. Denk hierbij aan Social Work, Criminologie of HBO-V.

- Heeft motivational interviewing (MI)-vaardigheden (opleiding) om deelnemers te motiveren en te activeren;

Daarnaast is het van belang dat een trainer beschikt over:

- Kennis over middelen en gokken, middelenmisbruik en –afhankelijkheid, de doelgroep, verschillende theorieën binnen de verslavingszorg en het aanbod binnen de verslavingszorg;
- Gedegen praktijkkennis, blijkend uit het kunnen werken met diverse categorieën justitiabelen.
- Het vermogen om ,om te gaan met justitiabelen en hun leefwereld;

De trainers worden geworven onder reclasseringswerkers en het is relevant om te vermelden dat zij, hiervoor een eerder leertraject hebben afgerond. Hierdoor beschikken zij ook over de hierboven beschreven kennis. Hieronder wordt (kort) weergegeven hoe het opleidingstraject van een reclasseringswerker (advies en toezicht) is opgebouwd.

Algemeen (Basis) leertraject reclasseringswerkers:

De basistracten zijn verplicht en hebben onderdelen die elke reclasseringswerker moet hebben afgerond. Deze leeractiviteiten bestaan uit diverse interventies¹⁷, e-modules en praktijkopdrachten. Wanneer het basistract is afgerond, is het mogelijk aanvullende (verdiepings-) modules te volgen die bijdragen aan de ontwikkeling tot vakmanschap en vak volwassenheid (fase 2). Een selectie van ervaren medewerkers krijgen de mogelijkheid om zich verder te ontwikkelen (fase 3) door ingezet te worden op specifieke taken of zichzelf te specialiseren. Bij de ontwikkeling van het aanbod van de reclassering (uitgevoerd door de Reclasseringsacademie) zijn twee leidende modellen voor de reclassering zijn het RNR-model, ook wel bekend onder What Works en het Good Lives Model. Het Good Lives Model is een aanvulling op het RNR-model. Dit model is gebaseerd op de positieve psychologie en gaat uit van de aanname dat delinquenten bepaalde levensbehoeften of doelen nastreven. Daarnaast is er aandacht voor 'Who works'. Dit betekent dat de professional zelf een belangrijk onderdeel is van het werk. Een belangrijk kenmerk van effectieve professionals is de bewuste monitoring van de werkaliantie en het eigen gedrag.

Na pas het afronden van het basis leertraject kan een reclasseringswerker solliciteren naar de functie van trainer. Na de selectie volgt de trainer het specifieke leertraject voor trainers.

Specifiek leertraject trainers Interventies:

Tijdens de trainersopleiding maken de (nieuwe) trainers kennis met de achterliggende theorie en de opzet van het programma. Al doende oefent men om verschillende interventieonderdelen effectief uit te voeren. In dit leertraject is er o.a. aandacht voor algemene trainersvaardigheden en voor de specifieke onderdelen van de Alcohol en Geweld interventie, zoals bij de Alcohol en Geweld over de verschillende werkzame elementen en het uitvoeren van verschillende oefeningen (zoals het uitvoeren van een functieanalyse en het opzetten van een terugvalpreventieplan). Na het (positief) afronden van het leertraject ontvangt de trainer een certificaat. De interventies van de reclassering worden uitgevoerd door gecertificeerde gedragstrainers met vak kennis en professionele deskundigheid (waaronder trainersvaardigheden).

De Reclasseringsacademie¹⁸ leidt gedragstrainers op en coacht hen op de uitvoering van hun interventie. Om een interventie, zoals de Alcohol en Geweld uit te mogen voeren volgt een aspirant trainer een basistract, dat bestaat uit 2 delen. In deel 1 wordt de aspirant trainer opgeleid in trainersvaardigheden (4 dagen). In deel 2 wordt de trainer opgeleid in een specifieke interventie(3 dagen), waarna de trainer gecertificeerd gedragstrainer is.

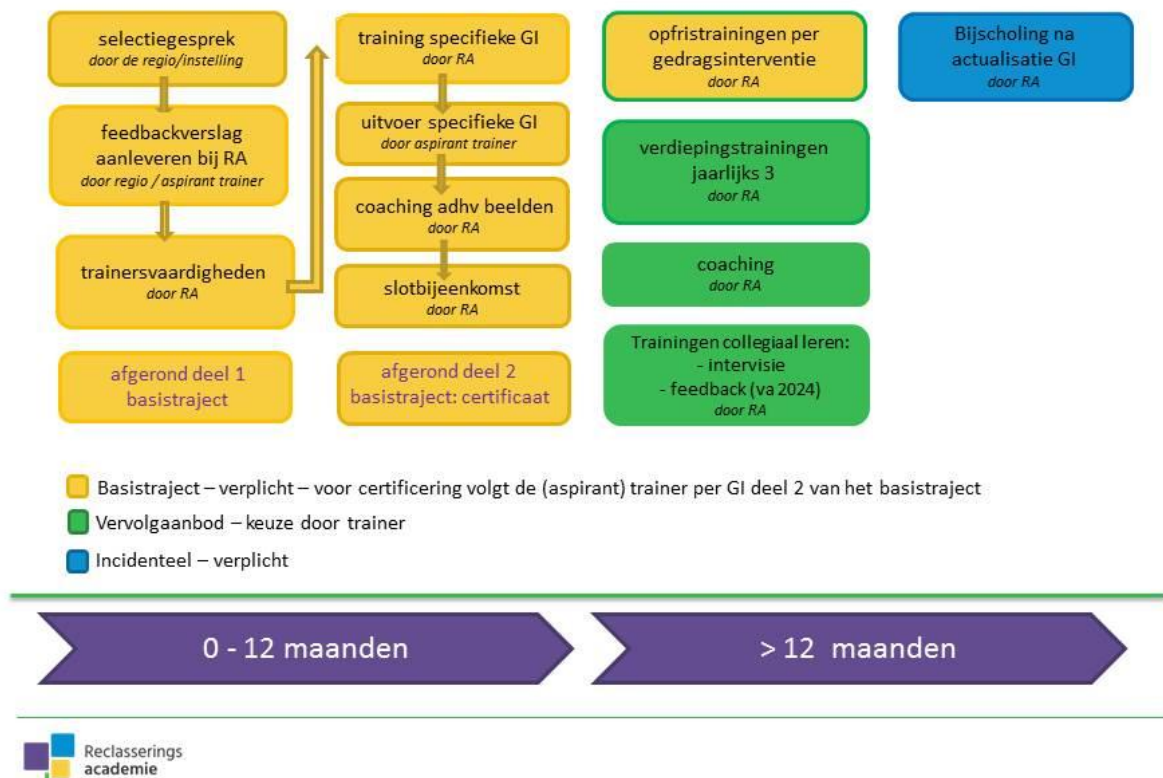
Doorlopende leeractiviteiten

¹⁷ Zoals bijvoorbeeld de verplichte interventie in het gebruik van risicotaxatie-instrumenten als de RISC, B-Safer en SSA (static stable en acute) of het volgen van een fysieke agressieinterventie.

¹⁸ De Reclasseringsacademie is zowel het opleidingsinstituut voor de reclasseringsorganisaties in Nederland als de centrale ingang voor persoonlijke en professionele ontwikkeling van medewerkers van de reclassering.

Nadat een trainer het basistraject heeft afgerond en de interventie zelfstandig kan geven, is het van belang dat de trainer zijn kennis en vaardigheden up-to-date houdt en zich als trainer blijft ontwikkelen. De trainer is zelf verantwoordelijk om zijn kennis en vaardigheden bij te houden en hiervoor leeractiviteiten te volgen. Concreet betekent dit dat een trainer jaarlijks minimaal 3 verschillende leeractiviteiten volgt die erop gericht zijn om zich in zijn rol als gedragstrainer te ontwikkelen. Wanneer een interventie doorontwikkeld is in samenwerking met wetenschappers/onderzoekers dan is de trainer verplicht deel te nemen aan de hieraan gekoppelde bijscholing.

Leeraanbod gedragstrainer



Kwaliteitsbewaking

Kwaliteitsbewaking vindt plaats door de uitvoering van :

- Audits;
- Coaching;
- Intervisie
- (structurele) evaluatie bij deelnemers

Audits en coaching

Voor de Interventies zijn in 2021 de 3RO kwaliteitsstandaarden opgesteld, deze kaders zijn voor het professioneel handelen: uitgangspunten, houvast en inspiratie in de dagelijkse praktijk. Deze standaarden zijn de basis in de coachings- en auditgesprekken. De coaching gesprekken zijn met de interventiecoaches van de Reclasseringsacademie. Daarnaast vinden auditgesprekken plaats binnen de reclassering waarbij de kwaliteitsstandaard wordt getoetst. Naast de interne kwaliteitsstandaard is de HKZ-norm 159 is van toepassing op de reclassering (3RO) en bevat kwaliteitseisen die periodiek worden geaudit door een externe partij. De uitvoering van

het primaire proces van de Interventies is opgenomen in deze kwaliteitsnorm en is van toepassing op het kwaliteitssysteem van de reclassering.

(Uitgelicht onderdeel) Kwaliteitsstandaard:

1. De trainer toont zich responsief met behoud van programma-integriteit.
 - In het startgesprek besteedt de trainer aandacht aan mogelijkheden, leerstijl van deelnemers en matching t.a.v. het aangeboden programma.
 - De trainer voert de interventie uit in overeenstemming met de algemene uitgangspunten en de programmadoelen van de interventie.
 - De trainer toont flexibiliteit en sluit daarmee aan bij deelnemers, terwijl de focus op (persoonlijke) leerdoelen van cliënt en sessie bewaard blijft.
 - De trainer controleert of deelnemers programmaonderdelen begrijpen en kunnen relateren aan hun dagelijks leven.
 - De trainer gaat responsief om met diversiteit en stimuleert een veilige sfeer.
2. De trainer draagt bij aan een veilige leeromgeving d.m.v. een effectieve stijl en houding.
 - De trainer verhoudt zich op een oprechte, transparante en op samenwerking gerichte wijze tot anderen.
 - De trainer handelt vanuit een motiverende grondhouding en zet motiverende gesprekstechnieken in om denkbeelden te onderzoeken, uit te dagen en 'verandertaal' te stimuleren.
 - De trainer toont empathie, luistert reflectief, vat bijdragen van deelnemers samen en poogt daarbij gevoelens, gedachten en ervaringen van anderen te begrijpen.
 - De trainer moedigt pro sociale en respectvolle houdingen en gedragingen bij deelnemers aan en bekrachtigt deze.
 - De trainer toont zelf de gewenste houding en grondbeginselen die in het programma worden geleerd (rolmodel).
3. De trainer zet benodigde vaardigheden in ten behoeve van het beoogde resultaat.
 - De trainer draagt zorg voor een goede verdeling van aandacht en tijd.
 - De trainer stimuleert de cliënt tot actieve deelname en doelgerichte inzet tijdens de justitiële interventie.
 - De trainer communiceert helder, levendig, verstaanbaar en zorgt dat tempo en woordgebruik aansluit op de deelnemers.
 - De trainer stuurt groepsdynamische processen op een effectieve/efficiënte manier aan.
 - De trainer stelt grenzen en reageert adequaat op ondermijnend of anderszins storend gedrag.
 - De trainer werkt op een effectieve manier samen met co-trainer.
4. De trainer heeft en houdt de regie.
 - De trainer stemt (doelgericht) af met collega trainers, adviseurs, toezichthouders, werkstrafmedewerkers, coördinator planning en informeel netwerk cliënt
 - De trainer legt bevindingen van de training (start, evaluaties, eindverslag) vast in IRIS.
 - De trainer reageert adequaat als de cliënt afspraken niet nakomt.
 - De training wordt in IRIS afgerond volgens vastgestelde werkwijze.

Voor de toetsing van de programma-integriteit, de coaching van de trainers en de opzet van intervisie voor trainers is het bovenstaande kwaliteitsprotocol leidend. Dit wordt nader aangevuld in de regio's: door de trainer en zijn manager op basis van de ontwikkelbehoeften en leervragen van de trainer. De interventiespecialisten (van de reclasseringsacademie) bieden 'coaching op maat' aan de trainers middels coaching gesprekken.

Opzet van de intervisie voor trainers

In de regio's zijn intervisiebijeenkomsten opgezet, bedoeld voor de trainers zodat zij hun ervaringen kunnen delen. Soms bekijken de trainers elkaars beelden, dan weer worden thema's of praktische zaken besproken. In sommige regio's schuiven de interventiespecialisten van de reclasseringsacademie aan, om regio-overstijgende zaken met betrekking tot justitiële interventies te bespreken.

Structureel evalueren deelnemersperspectief

De reclassering(3RO) heeft een evaluatieproces ingericht (december 2023) rondom de bevindingen en het

effect van de interventie bij deelnemers gelijk na afloop. Deze input wordt meegenomen worden in de doorontwikkeling¹⁹ van de interventie.

Vragen die standaard na afloop van een Alcohol en geweld gesteld worden:

1. In de interventie heb ik geleerd hoe ik anders met situaties of problemen om kan gaan
2. De trainer was geïnteresseerd in mij en luisterde naar mijn mening
3. De trainer behandelde mij met respect
4. Ik begrijp waar de interventie over ging
5. Ik vond de interventiemakkelijk te volgen
6. Ik vond het lesmateriaal (bijv. filmpjes, plaatjes) duidelijk
7. Ik heb de interventie wel eens met mijn toezichthouder/ casemanager besproken
8. Heb je nog tips voor verbetering van de interventie?

Randvoorwaarden

De SVG instellingen zorgen voor alle materiële en financiële middelen die nodig zijn om Alcohol & Geweld uit te kunnen voeren (zoals beschreven in hoofdstuk 2 Uitvoering.)

De organisatie draagt er tevens zorg voor dat:

- Voorlichtingsbrochures beschikbaar zijn voor deelnemers, reclasseringswerkers en externen om hen goed te informeren over de training, de voorwaarden en de procedures;
- De training uitsluitend wordt uitgevoerd door opgeleide, gecertificeerde trainers;
- De continuïteit en aanwezigheid van personeel gewaarborgd blijft;
- Trainingsgegevens worden vastgelegd en beschikbaar gesteld voor evaluatie;
- De uitvoering van de training wordt gemonitord, waarvoor een systeem van kwaliteitsborging wordt ingezet.

Implementatie

Voor de implementatie van Alcohol & Geweld kan de interventiebeschrijving (2019) gevolgd worden, die voor de betrokken werkers en leidinggevende in de regio's is geschreven. Hierin staan o.a. de omschrijving van de interventie, de selectie van deelnemers en de voorwaarden om Alcohol & Geweld te kunnen uitvoeren, beschreven.

Kosten

De kostprijs van Alcohol & Geweld wordt jaarlijks door de 3RO directie vastgesteld. Bij de berekening is uitgegaan van de in tabel 3 gespecificeerde ureninzet. De volgende aannames zijn gemaakt:

De training wordt extramuraal gegeven door een trainer, met maximaal 5 deelnemers (per trainer). Het betreft voornamelijk groepstrainingen. De tijdsinvestering per training bedraagt 52 uur voor 1 trainer, uitgaande van 4 gestarte deelnemers en 4 afgeronde trainingen.

Tabel 3 Tijdsbesteding in uren van Alcohol & Geweld, versie 3.0

Verrichting	Tijdsbesteding (minuten)	Toelichting
Tijdsbesteding per training	1350	9 groepssessies à 150 minuten (inclusief 30 minuten voorbereiding en na bespreking zoals ontvangst, uitgeleide etc.). In uren: 22,5
Tijdsbesteding individuele sessies	460 420	Startgesprek 4 deelnemer à 115 minuten Eindgesprek 4 deelnemers à 105 minuten. Calculatie o.b.v. duur sessie + 15 minuten per sessie voorbereiding, nabereiding (ontvangst, uitgeleide etc.) In uren: 14,7

¹⁹ In de periode januari-augustus 2024 zijn er 16 vragenlijsten ingevuld door deelnemers van de Alcohol en Geweld. De respons was in alle gevallen positief. De N is momenteel te klein om de mate van deelnemer tevredenheid te kunnen generaliseren.

Indirecte tijd	960	Deelnemers uitnodigen, contact toezichthouder, registratie IRIS, evaluatierapport, inhaalsessies. In uren: 16,0
Totale inzet trainer	3190	In uren: 53,2 Kosten € 4733 (uitgangspunt tarief € 88,98)

Op basis van een bruto uurtarief voor SVG gedragstrainers van € 88,98 kost het geven van een training Alcohol en Geweld aan vier deelnemers $53,2 \text{ uur} \times 72 = 4733 \text{ euro}$ (indicatief). Dit bedrag is exclusief eventuele BTW en exclusief opleidingskosten voor de training.

3. Onderbouwing

Vraagstuk of probleem

De doelgroep van de interventie Alcohol & Geweld bestaat uit overwegend uit jonge mannen²⁰ van 18 jaar en ouder die een geweldsdelict hebben gepleegd onder invloed van alcohol. Het gaat meestal om situaties in het uitgaanscircuit en de plegers (en mogelijk ook de slachtoffers) hebben in relatief korte tijd veel alcohol gedronken. De kans om een alcohol gerelateerd ongeval te krijgen is aanmerkelijk groter voor mannen (alle leeftijden) en voor jongeren van 18-24 jaar. Ongevallen waarbij alcohol betrokken is leiden in de regel – ook in 2021 - tot ernstiger letsel dan ongevallen waarbij alcohol geen rol speelde (VeiligheidNL, 2021). De situaties zijn niet beperkt tot het uitgaanscircuit, ook andere situaties in de publieke ruimte zijn denkbaar (bijv. sportvelden, parken of evenementen). In Nederland is 70-80% van het uitgaansgeweld alcohol gerelateerd en ongeveer 60% van het alcohol gerelateerde geweld vond plaats in het uitgaanscircuit en een kwart in de wijken (Ramaekers, 2016, p 10). Lammers e.a. (2014) verwijzen naar het uitgaansleven als een van de situaties waarin “gemakkelijk geweld optreedt”. Het geweld dat de doelgroep van de interventie heeft gebruikt is zo ernstig dat zij strafrechtelijk worden vervolgd en voor de rechter komen.

Ernst

In 2021 vonden naar schatting 15.600 SEH-behandelingen plaats naar aanleiding van ongevallen waarbij voor zover bekend alcohol betrokken was. Zeven procent van de letsels waarbij alcohol geregistreerd werd ontstond door geweldpleging (1.100), vaak een slag, klap of stomp (29%) of schop of trap (13%) (VeiligheidNL, 2021). Onderzoek (VeiligheidNL, 2021) laat zien dat geweldpleging bij ongevallen met alcohol relatief vaak een rol speelt: van alle ongevallen met alcohol was in 7 procent sprake van geweldpleging, terwijl bij alle SEH-behandelingen dit aandeel slechts 2 procent bedroeg. Bij het totaal aan SEH-behandelingen wegens geweldpleging is het aandeel alcohol gerelateerde SEH-bezoeken dan ook 9 procent, terwijl dat aandeel alcohol bij niet aan geweld gerelateerde SEH-bezoeken slechts 3 procent is.

Bij een minderheid van de alcohol gerelateerde letsels op de spoedeisende hulp is sprake van duidelijke geweldpleging (Valkenberg e.a., 2012) en deze cijfers geven geen inzicht in het aandeel uitgaansgeweld onder patiënten van de spoedeisende hulp. Fysieke geweldsincidenten, waarbij alcohol een rol speelt zijn vaak als ‘zwaar geweld’ te typeren. Bij een derde van deze geweldsincidenten leidde het geweld tot zwaar lichamelijk letsel bij het slachtoffer (Bruinsma e.a., 2008). Maar, zoals eerder gezegd, ontbreekt het aan specifieke kennis over de relatie (overmatig) alcoholgebruik en uitgaansgeweld (Spits e.a., 2016). Bijna een derde van de mensen die seksueel geweld heeft meegemaakt, gaf aan dat alcohol of drugs een rol speelde bij het slachtoffer en/of de dader (De Graaf & Wijsen, 2017).

Spreiding

Alcohol gerelateerd geweld komt in Nederland niet vaker voor dan in andere Europese landen. Volgens de Nationale Drugmonitor heeft 83% van de Nederlandse gemeenten wel eens last van uitgaansgeweld, zoals vernielingen, vandalisme en vechtpartijen. Hierbij is vaker alcohol- dan druggebruik in het spel (Ramaekers e.a. 2016). Van het uitgaansgeweld is het grootste deel (78%) alcohol gerelateerd (Loef e.a. 2010).

Gevolgen

In internationaal onderzoek wordt ingeschat dat 32-50% van de geweldsdelicten alcohol gerelateerd is. Overmatig alcoholgebruik speelt ook in Nederland een belangrijke rol bij geweld. In Nederland is 26 tot 43% van het geweld alcohol gerelateerd. Vooral uitgaansgeweld hangt samen met alcoholgebruik. Maar ook bij huiselijk en relationeel geweld wordt alcohol door (vooral vrouwelijke) slachtoffers gezien als een van de belangrijkste risicofactoren. (Voogt e.a. 2022).

Op basis van een studie in 2014 (Lammers & Van Hasselt, 2014) over de kosten van alcohol gerelateerd geweld voor het Nederlandse juridische systeem in 2011 zouden de kosten van alcohol gerelateerd geweld voor het Nederlandse

²⁰ Procesevaluatie 2024: in 2022 is bij 95% sekse man geregistreerd. In 2023 was dit 96%.

juridische systeem 832 miljoen tot 1,3 miljard euro bedragen. Merk op dat deze studie gaat over al het alcohol gerelateerd geweld, waaronder huiselijk of partnergeweld een groot deel voor zijn rekening neemt. Deze hoge kosten, en de grote bewijskracht voor de causaliteit van de relatie alcoholgebruik en geweld, maakt het zinvol om in de interventie Alcohol & Geweld te investeren, ook al gaat het hier voornamelijk (maar niet uitsluitend) uitgaansgeweld. De aanname is dat met het bevorderen van de (cognitieve) vaardigheden in de interventie, de deelnemers minder geweldsdelicten onder invloed van alcohol plegen. Hierdoor neemt de geweldsrecidive in risicosituaties voor agressie af.

Factoren van invloed

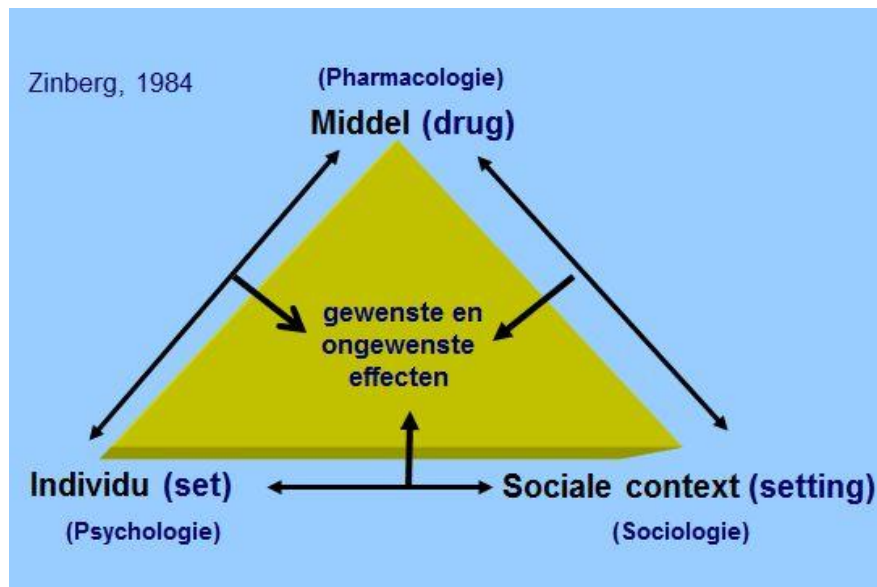
Agressie en geweld

Een klinisch veel gehanteerd onderscheid is 'reactieve' versus 'proactieve' agressie (Haller 2014). Het eerste type is ook bekend als 'affectieve' of 'impulsieve agressie'. Het is een emotie-gedreven vorm van agressie als reactie op een stimulus die bijvoorbeeld als bedreigend, kwetsend, of frustrerend werd ervaren. Het tweede type, ook wel 'instrumentele' agressie genoemd, is daarentegen agressie die ingezet wordt om een specifiek van tevoren bepaald doel te bereiken, bijvoorbeeld het verkrijgen van materiële middelen, voordelen of status. Het gaat bij de onderbouwing van de interventie Alcohol & Geweld om reactieve en in mindere mate om proactieve agressie dat is gepleegd onder invloed van alcohol. Hoewel de trainers rapporteren dat het door de deelnemers gebruikte geweld reactief is, is het aannemelijk dat ook proactieve motieven een rol kunnen spelen. Denk aan de uitgeoefende (groeps)druk om zich gewelddadig te gedragen.

Alcoholgebruik in context

De relatie tussen alcoholgebruik en agressie is een complex fenomeen dat van verschillende invalshoeken is bestudeerd. Een geïntegreerde benadering vinden we onder andere in het biopsychosociale model van gezondheid / ziekte (Engel, 1977; Chermack & Giancola, 1997). Deze benadering zegt dat (afwijkend of morbide) gedrag is te verklaren door de interactie tussen biologische factoren (geslacht, genetische aanleg etc.), psychologische factoren (o.a. stemming, persoonlijkheid, gedrag) en sociale factoren (culturele en sociale normen). Net als het model van Zinberg (1984) biedt het biopsychosociale model een denkkader om gewenste en ongewenste effecten van middelengebruik te begrijpen. Zinberg brengt drie aspecten van middelengebruik met elkaar in verband: het middel, het individu en de situatie (*drug, set and setting*). Om het gebruik van geweld onder invloed van alcohol te begrijpen is het noodzakelijk deze drie aspecten in relatie tot elkaar te bezien. Het model dwingt om niet alleen de kijken naar de wisselwerking tussen alcoholgebruik en het individu dat alcohol drinkt maar daarbij ook de situationele factoren bij te betrekken.

Bij het terugdringen van geweld onder invloed van alcohol kunnen we de eigenschappen van alcohol niet veranderen. Ook op de setting als zodanig heeft een gedragsinterventie geen invloed, wél op de keuze van de deelnemer zich al dan niet in zo'n situatie te begeven. De gedragsinterventie grijpt derhalve aan op het individu en diens relatie tot (overmatig) alcoholgebruik en diens relatie tot de omgeving als keuzemogelijkheid. Uitgangspunt is van deze interventie is een cognitieve benadering waarin enerzijds de bewustwording van de wisselwerking tussen gedachten, gevoelens en gedrag centraal staan en anderzijds met deze cognitieve vaardigheden wordt geoefend. Bij bewustwording worden deelnemers gestimuleerd (impliciete) en disfunctionele gedachten over het (overmatig) alcoholgebruik te herkennen alsook het leren herkennen en vermijden van risicosituaties die kunnen aanzetten tot agressie.



In het navolgende gaan we in op de verschillende accenten in Zinberg's driehoek. Hoewel we de accenten apart bespreken, is het goed in gedachten te houden dat ze altijd in relatie staan tot de andere accenten. In de bespreking ervan zijn we geïnteresseerd in het gedrag dat voortvloeit uit de interactie, in het bijzonder agressief gedrag. We leunen hier zwaar op drie Nederlandse reviewstudies die het verband tussen middelengebruik en agressie onderzochten (Lammers e.a., 2014, Raemakers e.a., 2016, Spits e.a., 2016). De twee studies uit 2016 refereren ook aan de studie van Lammers e.a. (2014) en daarmee is een aantal resultaten van deze studies overlappend. De studie van Ramaekers e.a. is de meest uitgebreide studie. Er worden tal van (empirische) deelstudies aangehaald die diverse aspecten van alcoholgebruik onderzochten, vaak ook onderzoek met proefpersonen in laboratoriumsetting.

Relatie alcohol en geweld

In de meest brede zin blijkt uit meta-analyses dat er een relatie bestaat tussen gebruik van alcohol en drugs en geweld. De relatie (*effect size*) is "medium" en constant in verschillende groepen en voor verschillende soorten geweld en sterker onder mannen, en bij combinatiegebruik van alcohol met drugs en bij psychotische stoornissen (Duke et al. 2018). Daarnaast is er een duidelijke relatie met de hoeveelheid alcohol: hoe meer iemand drinkt, hoe groter de kans wordt dat er agressief gedrag ontstaat. Hoewel er geen duidelijke drempelwaarde is, is wel duidelijk dat agressie toeneemt bij een alcoholpromillage van 0,75 of hoger (Kuypers e.a. 2018). Bij een nóg grotere hoeveelheid alcohol neemt de kans op agressie en het plegen van geweld waarschijnlijk ook weer af door verslechtering van de motorische functies zoals de coördinatie. Het is onduidelijk bij welke hoeveelheid dat precies is (Kuypers e.a. 2018).

Een van de verklaringen voor criminaliteit die Spits e.a. (2016) onderzoeken is dat middelengebruik criminaliteit veroorzaakt. Een van de mechanismes daarin zou zijn dat de farmacologische eigenschappen van het middel leiden tot irritatie, opwinding of anderszins die de gebruiker zouden aanzetten tot crimineel gedrag. Persoonlijke factoren, zoals impulsiviteit, en contextuele factoren spelen mee in deze verklaring. Het tweede mechanisme, namelijk dat economische motieven een rol spelen om het gebruik van het betreffende middel te bekostigen lijkt voor de relatie alcohol en geweld geen rol te spelen. Ook het derde mechanisme, een drug *lifestyle*, als systemische factor lijkt minder relevant voor de onderbouwing van de relatie alcohol en geweld. Overigens, het is niet uit te sluiten dat een groepsnorm zoals "op zaterdagavond gaan we vechten" een rol kan spelen. Alcoholgebruik speelt dan een faciliterende rol. Spits e.a. baseren zich op Lammers e.a. wanneer zij stellen dat alcoholgebruik is een risicofactor is voor gewelddadige criminaliteit (Spits, e.a. 2016). De relatie tussen alcoholgebruik en gewelddadig gedrag in studies onder jeugdigen (algemeen), de algemene bevolking, gedetineerden en patiënten in behandeling voor alcoholproblemen is "matig sterk" (Lammers e.a. 2014). Spits e.a. merken op dat er sprake is van een kennishiaat met betrekking tot de relatie alcoholgebruik en uitgaansgeweld (en andere soorten criminaliteit).

Het middel alcohol (farmacologische eigenschappen)

Zoals Walberg en collega's (2021) beschrijven in een verkenning naar de maatschappelijke impact van reclasseringsinzet bij cliënten die (huiselijk) geweld pleegden en kampen met alcoholproblematiek, zorgt overmatig alcoholgebruik tijdens gebruik voor een verminderde impulsbeheersing. Gebruik op lange termijn kan zorgen voor een definitieve beschadiging aan de frontale delen van de hersenen. Deze frontale delen zorgen, naast impulsbeheersing voor een functionerend geheugen, het vermogen tot plannen, redeneren, het oplossen van problemen, het aanpassen aan nieuwe situaties, het beoordelen van situaties en voor een stabiele stemming. Alcohol beïnvloedt daarnaast het beloningscentrum in je hersenen. Doordat dit centrum geprikkeld wordt, geeft dat een prettig gevoel en neemt zelfvertrouwen toe. Tot slot oefent alcohol invloed uit op de amygdala, het centrum van waaruit je hersenen reageren op bedreigingen.

De farmacologische eigenschappen van alcohol, met name verminderde impulscontrole en verminderde werking van het executief cognitief functioneren, blijken uit laboratorium onderzoek met proefpersonen die wel en geen (placebo) alcohol hebben gebruikt (Lammers e.a. 2014). Bij verschillende laboratoriumcondities wordt onderscheid gemaakt tussen instrumentele agressie en vijandige agressie. Instrumentele agressie wordt ingezet indien het bereiken van een gewenst doel wordt gefrustreerd. Vijandige agressie wordt geuit wanneer in de experimentele opzet de proefpersoon wordt geprovoceerd door een "tegenstander" (Ramaekers e.a. 2016, p 98)²¹.

Ramaekers e.a. (2016) noemen het causale farmacologische effect van alcohol op agressie "zwak en variabel (p. 27). Drie samenhangende fenomenen spelen een rol:

1. De zogenaamde alcoholmyopie (alcohol bijziendheid) zorgt ervoor dat signalen minder goed worden verwerkt en de aandacht wordt gericht op de meest aandachttrekkende signalen. Dit kunnen zowel uitdagende als niet-uitdagende (remmende) signalen zijn (Euser en Franken, 2012). Volgens dit model kan alcoholgebruik dus zowel agressie versterken als remmen.
2. Alcoholgebruik tast de executieve functies aan waardoor de controle over het gedrag vermindert. Hierdoor worden signalen van gevaar minder goed waargenomen en angst minder sterk ervaren.
3. De wisselwerking tussen alcohol-myopie en verminderde impulscontrole als gevolg van alcoholgebruik en de selectieve waarneming van frustrerende of provocerende signalen uit de omgeving kunnen opwindend en angst teweeg brengen (Attwood en Munafo, 2014).

Een aanvullende – niet farmacologische – verklaring is gelegen in de alcoholverwachting ten aanzien van agressie, waarbij men zich richt op agressie-verhogende signalen uit de omgeving (zie ook sub-paragraaf "individueel" hieronder). Deze fenomenen dragen bij aan het begrijpen van het verschijnsel dat alcoholgebruik bij sommige individuen en in sommige situaties het risico op agressie vergroot.

De relatie tussen alcoholgebruik en geweld kan deels worden toegeschreven aan de farmacologische eigenschappen van alcohol. Alleen in experimenteel (laboratorium) onderzoek wordt een directe causale relatie gevonden. Maar een individu zonder context bestaat niet; ook in laboratoriumsetting worden condities gecreëerd van frustratie of provocatie. Aanvullende verklaringsmodellen, waarin de alcoholverwachting van het individuele en signalen uit de omgeving (setting) worden betrokken, zijn dus nodig om de relatie tussen alcoholgebruik en geweld te begrijpen.

Het individu (factor 'set')

De verwachting die een persoon heeft over het effect van alcohol, beïnvloedt de relatie tussen alcohol en geweld (Goldman, 1999). Deze verwachtingen en ideeën worden in belangrijke mate gevormd door de cultuur waarin iemand leeft, zijn/haar opvoeding of de ideeën die 'peers' hebben over middelengebruik en agressief gedrag. In een cultuur waarin permissief over geweld wordt gedacht kunnen dergelijke verwachtingen worden gezien als drempelverlagende cognities met betrekking tot agressie (Ramaekers e.a. 2016). Ook bij hoge doseringen spelen 'alcoholverwachtingen' een belangrijke rol. In een studie van Chermack & Taylor (1995) bleken er geen verschillen in agressief gedrag tussen

²¹ Merk op dat hier een ander maar vergelijkbaar onderscheid wordt gemaakt in soorten agressie dan benoemd in 3.2.1. van de beschrijving van de interventie (2019)

proefpersonen die een (lage) hoeveelheid alcohol kregen en zij die een placebo kregen. Maar bij personen onder invloed én agressieve verwachtingen van alcohol verhoogde het niveau van agressie..

Vaker is er sprake van meerdere risicofactoren, die onderling (in)direct met elkaar in verband staan. Zo zagen Exposito-Alvarez en collega's (2021) dat plegers van partnergeweld met verslavingsproblematiek (specifiek alcohol- en drugsmisbruik) ten opzichte van plegers zonder deze risicofactor significant hogere niveaus van impulsiviteit, antisociale stoornis, borderline-stoornis en agressieve stoornis (grote effectgroottes) en meer angst- en depressieve stoornissen (gematigde effectgroottes) vertoonden. In een systematische review is de relatie tussen aan impulsiviteitgerelateerde persoonlijkheidskenmerken en alcoholgebruik onderzocht (Stautz & Cooper, 2013). De onderzoeksgroep bestond uit adolescenten. Alle impulsiviteitskenmerken bleken gerelateerd aan alcoholgebruik. Excessief drinken bleek deels gemotiveerd te zijn door de wens om nieuwe, spannende ervaringen op te doen. Mensen met bovengenoemde persoonlijkheidskenmerken hebben een groter risico om in aanraking te komen met risicovolle situaties en leeftijdsgenoten die alcohol of andere middelen gebruiken dan mensen die dat niet hebben (Littlefield & Sher, 2010; O'Boyle & Barratt, 1993). Ook zijn zij vaker betrokken bij uitgaansgeweld (Lemmers & Van Hasselt, 2014). Ook bij mensen die zich verward gedragen (bijvoorbeeld door een onderliggende psychische stoornis) is alcohol- en/of drugsgebruik een factor die kan bijdragen aan agressief en gewelddadig gedrag omdat zij hier wellicht al gevoeliger voor zijn en het gebruik dit versterkt (Whiting en Fazel, 2020).

Situationele factoren (factor 'setting')

Het grootste deel van het geweld dat door (beoogde) deelnemers aan de gedragsinterventie alcohol & geweld wordt gepleegd vindt plaats in uitgaanssituaties. De hoeveelheid alcohol die tijdens het uitgaan werd gebruikt is fors: gemiddeld dronken mannen 8,5 glazen en vrouwen 6,4. Vóór het uitgaan werd nog ingedronken: mannen vooraf 5,4 glazen en vrouwen 4,5 glazen. (Monshouwer e.a. 2016).

De sociale norm met betrekking tot het alcoholgebruik die in de groep heerst, beïnvloedt in sterke mate de alcoholconsumptie. Deze norm kan beschermend zijn, of juist aanzetten tot gebruik (Schrijvers & Schuit, 2010). Groepsdruk speelt hierbij een cruciale rol (Borsari & Carey, 2001). Ook jongeren die een verhoogd risico lopen op agressief, gewelddadig gedrag, zoeken elkaar vaak op. De kans op geweld neemt toe als men in de groep heeft gedronken (Graham & West (2001). Het zich verbonden willen voelen met anderen, het verlangen bij een groep te horen, identiteit en status te hebben (zowel binnen als buiten de groep) blijken zodanig belangrijke behoeften te zijn dat bijbehorend alcoholgebruik en agressie tot groepsnormen worden verheven. De groep legt, bewust of onbewust, een druk op het individu om zich te conformeren aan deze groepsnormen, ook wel 'peer pressure' genoemd (Leung et al, 2011). Ramaekers e.a. (2016) halen enkele studies aan die laten zien dat in een experiment met zware provocatie de combinatie van subjectieve intoxicatie, BAC (0,102%) én agressieve persoonlijkheidskenmerken voorspellers waren van fysieke agressie. Bij lichtere vormen van provocatie viel subjectieve intoxicatie als voorspeller weg (Giancola en Zeichner, 1995). Merk op dat in dit experiment groepsdruk of groepsnorm geen rol speelt.

Sociale context

De omgeving speelt een belangrijke rol bij alcoholgebruik en agressie. In de literatuur worden drie omgevingsfactoren genoemd die het alcoholgebruik in risicosituaties beïnvloeden:

1. de fysieke omgeving waarin wordt gedronken (bijv. thuis, feestje, bar, nachtclub);
2. of alleen of in gezelschap wordt gedronken
3. drinken met *peers* of ander gezelschap (bijv. familie)

Het aan alcohol gerelateerde geweld dat de (beoogde) deelnemers aan de interventie plegen vindt veelal plaats in het uitgaanscircuit. Het geweld komt vaak voor in en rond het stadscentrum en in gelegenheden met een dranklicentie, met name in gelegenheden waar jonge mannen samenkomen om stevig te drinken in het weekend (Ramsey, 1982; Hope, 1985; Lang e.a., 1995; Lemmers e.a, 2005; Van der Linden & Knibbe, 2006). De invloed van de sociale context is het grootst bij jongeren die drinken samen met peers (Wells e.a, 2005; Hansen, 1997). Graham & West (2001) vonden

dat geweld waarschijnlijker is als men met een grote groep is. Naast de dader is ook het slachtoffer vaak onder invloed van alcohol (Lemmers & Van Hasselt, 2014).

Aan te pakken factoren

In het reclasseringswerk wordt onderscheid gemaakt tussen criminogene en protectieve factoren. Criminogene factoren zijn kenmerken of omstandigheden die kunnen bijdragen aan het plegen van delicten (Vogelvang, 2005). Protectieve factoren werken juist beschermend tegen het plegen van delicten. Bijvoorbeeld, als er in het leven van de justitiabele bijvoorbeeld een ondersteunend netwerk, intieme relatie, zingeving of religie aanwezig is, dan is de kans groter dat de criminaliteit 'uitdooft' (Walker e.a, 2013; Weaver & McNeill, 2012). Deze tegen criminaliteit beschermende en bevorderende factoren kunnen zich afspelen op verschillende leefgebieden, zoals huisvesting, dagbesteding en middelengebruik.

Criminogene factoren

De reclassering werkt ten behoeve van de RISC (Recidive Inschattings Schalen criminaliteit) met een set statische en dynamische criminogene factoren (Vinke e.a., 2004). Zie onderstaande tabel met het overzicht.

Tabel 4. Criminogene factoren in de RISC

RISC 2018	Statisch / dynamisch
Delictgeschiedenis	Statisch
Analyse delict	Statisch
Huisvesting	Dynamisch
Dagbesteding	Statisch (een gegeven tijdens de interventie)
Financiën	Dynamisch
Relatie partner, gezin en familie	Dynamisch
Sociaal netwerk	Dynamisch
Middelengebruik en verslaving	Dynamisch
	Dynamisch
Psychosociaal functioneren	Dynamisch
	Dynamisch
Houding	Dynamisch

Andere (statistische) criminogene factoren zijn o.a. sekse, leeftijd, temperament, gezinsgeschiedenis. Deze zijn gedeeltelijk ook opgenomen in de RISC (2018). In de RISC van 2018 wordt het recidiverisico gedeeltelijk bepaald aan de hand van (statische) actuariële gegevens en aan de hand van een inventarisatie van dynamische criminogene factoren, ook wel leefgebieden genoemd. Afhankelijk de beoordeling door de reclasseringsadviseur voorspellen deze factoren crimineel gedrag (Andrews & Bonta, 2010).

De training Alcohol & Geweld grijpt aan op de volgende dynamische criminogene factoren:

- Relaties met partner, gezin en familie
- Sociaal netwerk
- Middelengebruik en verslaving
- Psychosociaal functioneren
- Houding (problemen willen vermijden, slachtofferbewustzijn)

We verwijzen naar Tabel 1 voor het overzicht welke subdoelen en oefeningen aan welke criminogene factoren van de training Alcohol & Geweld zijn gekoppeld.

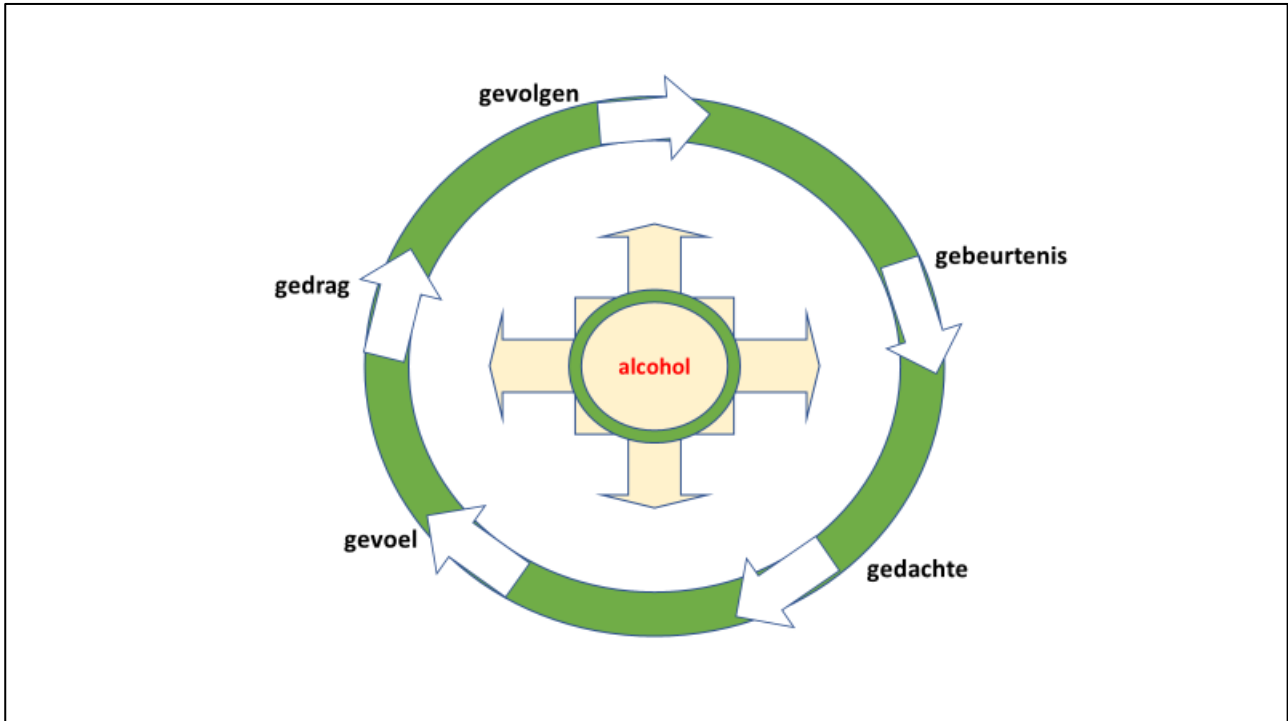
Verantwoording

Alcohol & Geweld richt zich op de afname van geweldsdelicten die onder invloed van alcohol worden gepleegd. Deelnemers leren meer controle uit te oefenen op hun alcoholgebruik en agressie in situaties die kunnen leiden tot gewelddadig gedrag. De interventie bedient zich van werkzame elementen uit de cognitieve gedragstherapie.

Cognitieve gedragstherapie (CGT)

De kern van CGT (Beck 1976; Ellis 1962) bestaat uit inzicht krijgen in (disfunctionele) denkpatronen en welke functie die denkpatronen hebben in (de legtimering van) gedrag. Doel is disfunctionele denkpatronen om te zetten in helpende gedachten om het ongewenste gedrag niet te vertonen.

Figuur 1a. Het G-schema, cirkel van gedachte, gevoel en gedrag en de invloed van alcohol



CGT helpt mensen met problematisch middelengebruik door het identificeren van de functie die het middelengebruik voor hen heeft. Op grond daarvan richt CGT zich op het aanleren van cognitieve vaardigheden waarmee die functie kan worden veranderd en het gebruik kan worden verminderd of gestopt. Met behulp van CGT wordt de zelfcontrole over het gedrag vergroot. De manier waarop de vaardigheden worden aangeleerd is ontleend aan de *coping skills* interventie van Monti e.a. (1989) en de terugvalpreventie-maatregelen van Marlatt en Gordon (1985).

Inmiddels bestaat er voldoende evidentie dat cognitieve gedragstherapie werkzaam is bij de behandeling bij middelengebruik en gokken (Schippers e.a., 2014). Deze evidentie geldt zowel binnen als buiten de klinische setting. Er zijn aanwijzingen dat een groepsbehandeling even effectief is als een individuele behandeling. Vanuit kostenperspectief wordt de voorkeur gegeven aan een groepsbehandeling (Van der Stel, 2000). Opbrengsten van CGT in de verslavingszorg zijn: toename van assertiviteit en sociale vaardigheden (gericht op het leervermogen en het vormen en behouden van interpersoonlijke relaties) en afname van middelengebruik en delinquent gedrag. De hoogste effectiviteit van CGT is gevonden voor de sociale vaardigheidstraining en de zelfcontroletraining (Verheul e.a., 1995; Rietdijk, 2002).

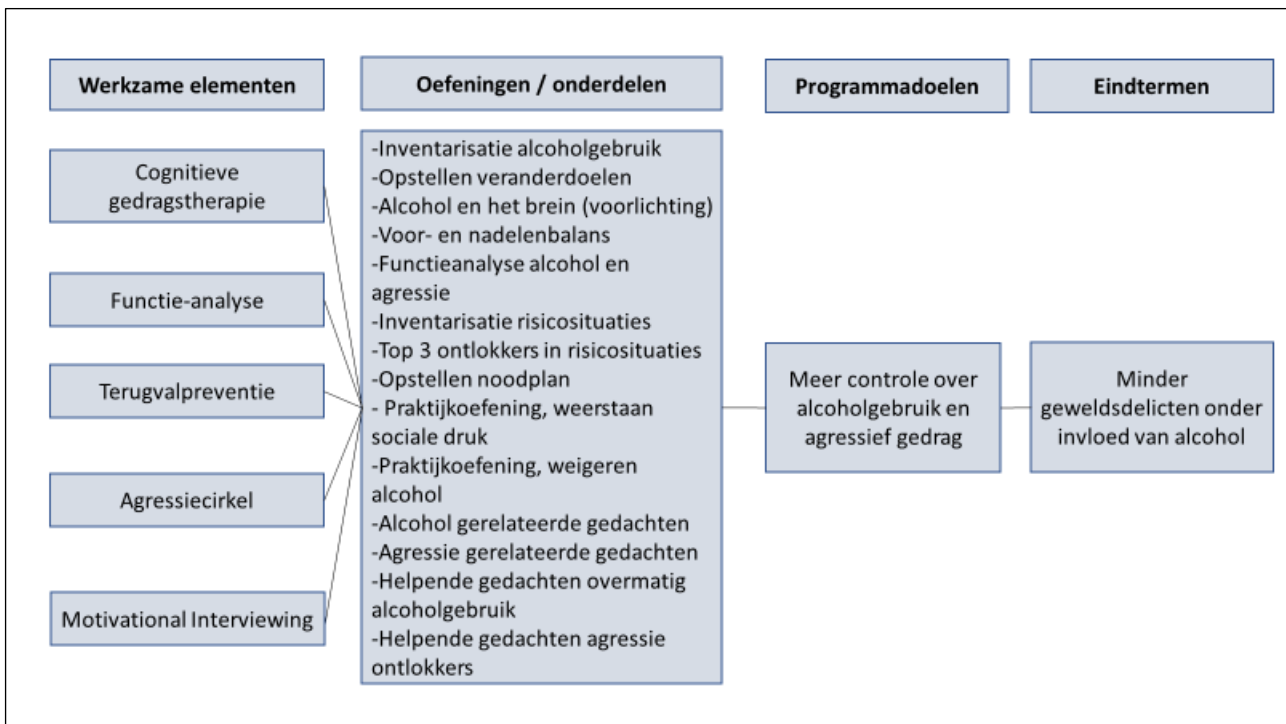
CGT in de training Alcohol & Geweld is erop gericht om de gewoonte van het drinkgedrag te veranderen en om gedragsvaardigheden aan te leren om beter met risicosituaties om te gaan. Empirische ondersteuning van de technieken die in Alcohol & Geweld worden gebruikt, vinden we in een integriteitsonderzoek dat is uitgevoerd naar de uitvoering van CGT. Hierin is onderzocht wat de essentiële onderdelen zijn van een effectieve CGT (Schippers e.a., 2014):

- Registratie en monitoren van gebruik;
- Opstellen van een veranderdoel en de motivatie daartoe vergroten en behouden;
- Leren van vaardigheden in de omgang met middelen;

- Opstellen van een functieanalyse;
- Veranderen van cognities;
- Leren omgaan met emoties;
- Verbeteren van functioneren en versterken van sociale steun;
- Verbeteren van probleemoplossende vaardigheden.

De bovengenoemde onderdelen zien we ook terug in de interventiealcohol en geweld. In Figuur 1b is aangegeven via welke stappen de interventie beoogt te komen tot een vermindering van geweldsdelicten gepleegd onder invloed van alcohol.

Figuur 1b. Verandermodel interventie Alcohol & Geweld.



In de linker kolom staan de werkzame elementen van Alcohol & Geweld: dit zijn de onderdelen die bijdragen aan de werkzaamheid (effectiviteit) van de interventie. Merk op dat CGT zowel als werkzaam element als verzamelterm wordt gebruikt. Deze werkzame elementen worden concreet uitgewerkt middels een aantal programmaonderdelen en werkvormen (kolom 2). Als de interventie Alcohol & Geweld programma-integer wordt uitgevoerd, zal dit leiden tot verbetering van de 'zelfcontrole' van alcoholgebruik en agressief gedrag (kolom 3). Dit kan uiteindelijk leiden tot een afname van het aantal geweldsdelicten dat onder invloed van alcohol wordt gepleegd (kolom 4).

In de navolgende alinea's bespreken we afzonderlijk de werkzame elementen worden ingezet. Cognitieve gedragstherapie (CGT) is aan het begin van de paragraaf besproken.

Functieanalyse (FA)

Het opstellen van een functieanalyse (FA) is een essentieel onderdeel van een effectieve CGT (Schipper e.a., 2014). De functieanalyse is een instrument dat triggers en consequenties van middelengebruik blootlegt. De analyse kan ook worden aangewend om een terugval in (overmatig) gebruik te onderzoeken, met als doel deze in de toekomst te voorkomen (Meyers e.a., 2014). Het gebruiksgedrag vormt het startpunt van FA. FA verloopt volgens de principes van de operante conditionering: middelengebruik wordt bekrachtigd door het verschijnen van iets aangenaams (positieve bekrachtiging) of het verdwijnen van iets onaangenaams (negatieve bekrachtiging). De sterkte van deze bekrachtiging hangt af van het gedragsrepertoire van de persoon: als hij geen alternatief gedrag voorhanden heeft, dan zal de aantrekkelijkheid van het middelengebruik toenemen. In FA worden deze bekrachtigers opgenomen in de vorm van

(korte en langere termijn) effecten en gevolgen van middelengebruik. Ook de uitlokkende factoren worden in de FA opgenomen: deze zijn persoonsgebonden (gedachten, gevoelens) of bevinden zich in de omgeving (wie, wat, waar). Daarop volgt een inventarisatie van het gebruiksgedrag, in termen van het soort middel, de hoeveelheid en de tijdsduur van het gebruik (Smeerdijk & Schippers, 2014).

In Alcohol & Geweld vindt FA plaats voor zowel het middelengebruik als voor het delictgedrag. Door middel van een kritisch zelfonderzoek wordt eerst gewerkt aan het vergroten van de kennis van het middelengebruik/delictgedrag. Daarna wordt aandacht besteed aan alle factoren (bij de deelnemer zelf en in zijn omgeving) die het middelengebruik/delictgedrag beïnvloeden en in stand houden.

Terugvalpreventie

In het terugvalpreventiemodel van Marlatt (1978) hangt terugval in gebruik samen met biologische, sociale en psychologische factoren. Terugval wordt voornamelijk beschouwd als een niet-effectieve reactie op stress (een hoog-risico situatie). Uniek aan dit model is dat cognitieve en gedragsmatige maatregelen niet alleen ingezet worden om terugval te voorkomen maar ook om met terugval om te gaan. Het terugvalpreventiemodel is uitgegroeid tot een van de meest toegepaste behandelmethoden voor middelenproblematiek (Smeerdijk & Schippers, 2014). In deze interventie wordt de methodiek van terugvalpreventie verbreed naar risicogedrag, inclusief (overmatig) alcoholgebruik en (dreigende) agressie.

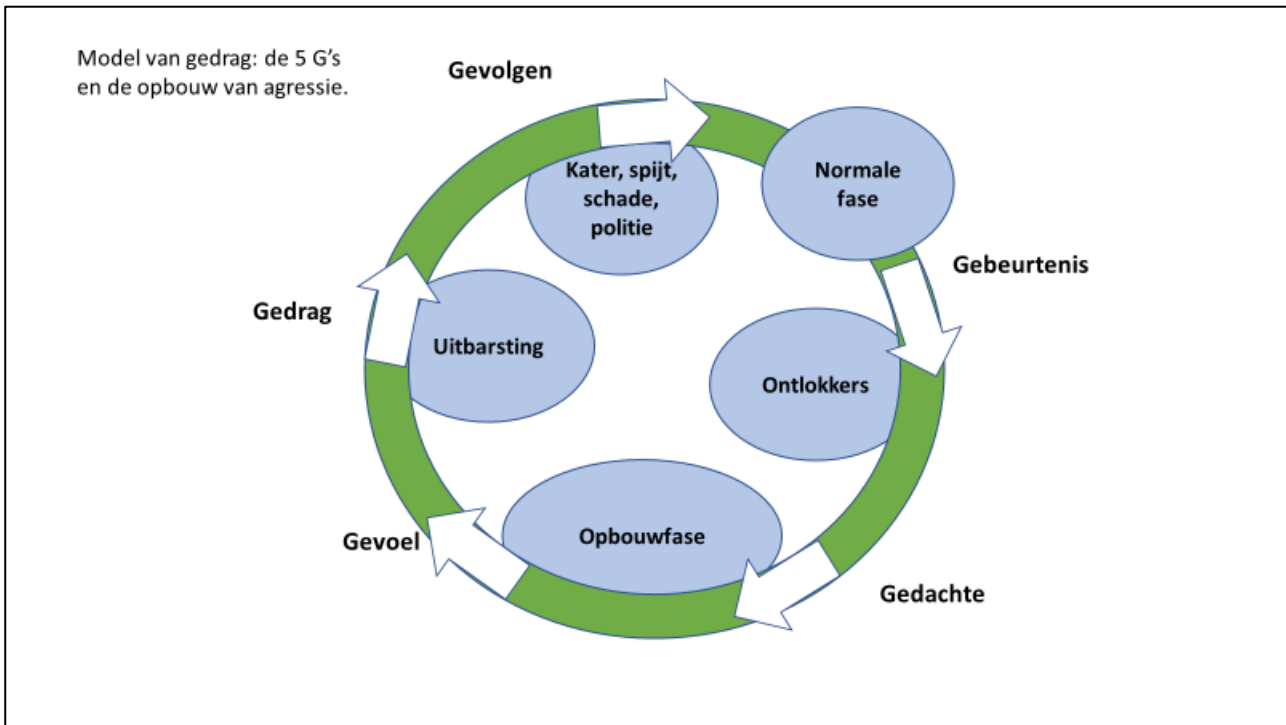
In Alcohol & Geweld wordt gewerkt met terugvalpreventie gebaseerd op het model van Marlatt en Gordon (1985). Deelnemers kampen met disfunctionele cognities die van risicogedrag relatief makkelijk een volledige terugval in overmatig gebruik en agressie kunnen maken. De training is gericht op het voorkómen van een het verzeilt raken in risicosituaties en gericht op het aanleren van gedragsalternatieven als zich een risicosituatie voordoet. De deelnemer leert hoe hij andere keuzes kan maken, met als doel overmatig problematisch alcoholgebruik en delictgedrag te voorkomen. Ook wordt de deelnemer ondersteund bij het opbouwen van een alternatieve leefstijl. Voor de aanpak waarbij risicosituaties worden geïdentificeerd en copingvaardigheden worden aangeleerd is ruime evidentie gevonden (Smeerdijk & Schippers, 2014).

Agressiecirkel

In Alcohol & Geweld wordt het door alcohol aangedreven agressieve gedrag met behulp van de agressiecirkel besproken (zie Figuur 3c gebaseerd op Van Dam e.a. 2009). De agressiecirkel start bij het moment dat er nog niks aan de hand is (de *Normale fase*). Dan gebeuren er dingen die agressie triggeren. Bijvoorbeeld een belediging, of het overschrijden van iemands grenzen, of als iemand wordt gefrustreerd in het bereiken van diens doelen, of wanneer iemand misbruik maakt van diens machtspositie. Deze zogenaamde *Ontlokkers* hebben de functie te waarschuwen voor 'naderend onheil' en zijn voor iedereen verschillend. Daarbij reageert iemand anders op verschillende momenten (wel/geen alcoholgebruik). Ook kunnen meerdere ontlokkers in een bepaalde situatie tegelijk een rol spelen. Alcohol zorgt ervoor dat het effect van een ontlokker sterker wordt ervaren. In de *Opbouwfase* stapelen spanningen zich op, zodanig dat zij tot een *Agressie-uitbarsting* kunnen leiden. Alcoholgebruik kan hierbij een ontremmende werking hebben. Bij de meeste mensen zal er na een uitbarsting sprake zijn van een *Kater*: mogelijk is sprake van spijt (voor de gevolgen of voor het aangedane leed), voelt iemand zich schuldig over het eigen gedrag of wil het goedmaken.

De agressiecirkel is gebaseerd op het idee van reactieve agressie. Volgens de, voor deze herziene versie (2021) van Alcohol en Geweld, geconsulteerde trainers ziet het grootste deel van de deelnemers aan de training hun gewelddadige actie als reactief. In sommige gevallen tonen deelnemers die ambivalent en erkennen zij ook een proactief element in hun gewelddadige delict. De agressiecirkel biedt voldoende aanknopingspunten om ook meer proactieve elementen te identificeren en te benoemen (zoals willen voldoen aan de groepsnorm).

Figuur 1c. De agressiecirkel



Het kenmerk van de agressiecirkel is dat het een cyclisch proces is van fasen die elkaar opvolgen. Er zit geen begin of einde aan: deelnemers kunnen opnieuw in dezelfde situatie terecht komen. Het is een realistische weergave van aan alcoholgerelateerde geweldssituaties. In de training Alcohol & Geweld leert de deelnemer zich bewust worden van zijn eigen ontlokkers, waaronder alcoholverwachtingen. In de opbouwfase passen zij zelfcontrolemaatregelen toe, in de uitbarstingsfase wordt het Noodplan gehanteerd en in de katerfase wordt aan schadebeperking gedaan door de situatie aan de hand van de agressiecirkel te analyseren en gedragsalternatieven te bespreken. Deelnemers krijgen tools aangereikt om een volgende uitbarsting te voorkomen.

Motivational Interviewing (MI)

Motivational Interviewing (Miller & Rollnick, 2002) is een cliëntgerichte counselingstijl waarbij cliënten worden uitgenodigd hun ambivalentie ten aanzien van het eigen gedrag te exploreren en op te lossen. De professional probeert in een motiverend gesprek de balans te veranderen tussen 'Hoe men is' (gewoontegedrag) en 'Hoe men wil zijn' (gewenst gedrag). Er wordt bewust gewerkt aan het ontwikkelen van een discrepantie tussen het huidige en het mogelijke toekomstige gedrag. Door niet normerend te zijn wordt in MI vertrouwen opgebouwd, weerstand verminderd en gedragsverandering bevorderd. De bereidheid tot gedragsverandering (motivatie) wordt niet als een vaststaande eigenschap van de cliënt gezien maar als een wisselend product van de interactie tussen de cliënt en zijn omgeving. MI vergroot de ambivalentie, hetgeen uiteindelijk kan leiden tot een intrinsieke motivatie om te veranderen. Er wordt bewust gewerkt aan het ontlocken van 'verandertaal': de trainer zet hiervoor specifieke houdings- en gesprekstechnieken in. Uit onderzoek blijkt dat een controlerende en corrigerende stijl tot weerstand leidt en uiteindelijk een averechtse werking heeft. MI-technieken zijn uitvoerig getest bij verschillende doelgroepen en ze bleken zeer effectief (Miller e.a., 1993; Miller & Mount, 2001; Dunn e.a., 2001; Burke e.a., 2003; Schippers en Jonge, 2010).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Procesevaluatie 2012

In 2012 is een procesevaluatie uitgevoerd naar Alcohol & Geweld (Hammink & Wits, 2012). De evaluatie betrof de eerste versie (testfase) van de gedragsinterventie en is als zodanig verouderd (huidige interventie is de 3^e versie).

Procesrapportage en doorontwikkeling 2019

In september 2017 heeft de deelcommissie Justitiële interventies de aanvraag voor verlenging van de erkenning niet gehonoreerd. De erkenningscommissie oordeelt dat de interventie onvoldoende rekening houdt met de principes van *Risc, need en responsivity* (Andrew and Bonta 2010)²². Dit wordt onder andere toegespitst in de kritiek dat de interventie en doelgroep niet voldoende op elkaar aansloten en de relatie alcohol en geweld onvoldoende is onderbouwd. Met ondersteuning van KFZ (2018/2019) hebben Onderzoeksinstituut IVO en Stichting Verslavingsreclassering GGZ (SVG), in samenwerking met ervaren trainers, de interventie doorontwikkeld en is tegemoet gekomen aan de kritiek van de erkenningscommissie (2017). De doelgroepen waarop de doorontwikkeling van de interventie zich richtte, waren aan de ene kant de uitvoerders van de interventie (gedragstrainers). Zij moeten kunnen werken met de verbeterde interventie en de beschrijving daarvan in de trainershandleiding. Aangebrachte verbeteringen zijn daarom voor een belangrijk deel gebaseerd op trainerservaringen. Daarnaast richtte de doorontwikkeling zich op degenen die de training doen: (vooral jonge) mensen die in het strafrechtelijk kader de interventie opgelegd hebben gekregen of vrijwillig hun medewerking aan de interventie willen geven. De werkvormen moeten aansluiten op hun belevingswereld en leerstijl en daarmee bijdragen aan het verminderen van geweldsrecidive. Dit leverde in 2019 de training Alcohol en Geweld 3.0 op. Een belangrijke verandering in versie 3.0 is de aanpassing van de doelgroepomschrijving. Deze is verengd door het recidiverisico te beperken tot 'midden' en de minimumleeftijd voor deelname aan de training te verhogen van 16 naar 18 jaar. Door deze aanpassingen zijn de werkvormen beter toegespitst op de doelgroep (responsiviteit). Inhoudelijke aanpassingen zijn aangebracht door werkvormen te kiezen die minder verbaal zijn en meer gericht op het aanleren van vaardigheden. Bovendien kan de trainer in versie 3.0 kiezen uit meerdere werkvormen, waardoor de responsiviteit van de interventie verder verbeterd. Verouderde trainingselementen zijn vervangen of verwijderd. Ook de interventiebeschrijving, die de training theoretisch onderbouwt, is verbeterd; onder andere door de relatie tussen alcoholgebruik en geweld duidelijker te maken.

Onderzoek naar uitvoering (2021):

In 2021 heeft er een Knelpuntenanalyse en uitvoeringstoets plaats gevonden. De hierna opgeleverde (proces) rapportage beschrijft het uittesten van Interventie Alcohol en Geweld 3.0 (doorontwikkeld 2019) in de praktijk en beschrijft de verbeteringen die zijn aangebracht. Het project is een aanvulling op de doorontwikkeling van de training in 2019. Op basis van deze pilot zijn de trainershandleiding en het werkboek verbeterd om de werkbaarheid te vergroten (werkvormen en uitleg) en om taal en flow van de tekst te verbeteren (eenvoudiger taalgebruik en toevoegen pictogrammen).

Procesevaluatie 2024 (afronding augustus):

In 2024 is opnieuw een procesevaluatie (Berden, Barendregt en Lans, 2024) uitgevoerd naar de laatste versie (2021) van de interventie Alcohol en Geweld.

Het centrale doel van het onderzoek was om 1) na te gaan of en hoe, bij de uitvoering van de training, de werkzame elementen (voldoende) worden ingezet, zodanig dat de inzet aannemelijk bijdraagt aan de doelstelling ervan (het

²² Andrews, D.A., Bonta, J. (2010) The psychology of criminal conduct (5th edition). Abingdon, New York, Routledge

voorkomen van geweldsrecidive onder invloed van alcohol), en 2) op grond van de uitkomsten eventuele aanpassingen voor te stellen om de training en uitvoering te optimaliseren.

De onderzoeksvragen waren:

- 1) Wat zijn de (veronderstelde) werkzame elementen van de justitiële gedragstraining Alcohol en Geweld?
 - a. Hoe komen de werkzame elementen tot uitdrukking in de training (opzet en uitvoering)
 - b. Welke werkvormen zijn niet onderbouwd?
- 2) In hoeverre wordt de training uitgevoerd volgens de trainershandleiding en werkboek voor deelnemers?
- 3) Hoe ervaren en waarderen trainers en deelnemers de training?
 - a. Doelstelling van de training
 - b. Relevantie en passendheid voor de doelgroep
 - c. Uitvoerbaarheid
- 4) Welke factoren zijn bevorderend en belemmerend voor een goede uitvoering van de training?
 - a. Organisatie, instroom, selectie deelnemers, wie nemen er deel?
 - b. Kwaliteitsbewaking: opleiding, (bij)scholing en ondersteuning (trainers)
 - c. Bruikbaarheid van trainershandleiding en werkboek (werkvormen, responsiviteit)
- 5) Welke aanpassingen zijn volgens de trainers nodig om de training beter te kunnen uitvoeren?
- 6) Wat is het bereik van de training?
 - a. Getalsmatig overzicht van gegeven trainingen per regio
 - b. (demografische) kenmerken deelnemers

De dataverzameling bestond uit een documentanalyse, een analyse van registratiegegevens, een online enquête, groepsinterviews met trainers en individuele interviews met deelnemers. Op basis van de verzamelde data, en de resultaten die daaruit voortkwamen, wordt geconcludeerd dat de training goed in elkaar zit, het merendeel van de werkzame elementen in voldoende mate uitgevoerd word. Wel wordt door de onderzoekers geconcludeerd dat er onderdelen zijn die geoptimaliseerd zou moeten worden. Bijvoorbeeld door te onderzoeken (middels wetenschappelijke literatuur) welke interventies rondom slachtofferbewustzijn bij geweldsdelicten, worden toegepast en of er verdere aanwijzingen zijn voor invloed daarvan op recidive. Maar ook wordt de aanbeveling gedaan om specifiek de theorie rondom agressie uitgebreider te beschrijven in de trainershandleiding, om trainers beter toe te rusten het onderdeel uit te leggen aan deelnemers. Daarnaast wordt aangeraden de documenten van de interventie beter te stroomlijnen, dubbele en onnodige informatie te verwijderen, en duidelijke aanwijzingen te geven gericht op eenduidigheid in de uitvoer. Een andere belangrijke aanbeveling is om de training Alcohol en Geweld beter te verbinden met het reclasseringstoezicht, dit met doel om de integraliteit te verhogen en te verbeteren. Inmiddels zijn hier al (eerste) stappen ingezet en wordt vanuit de reclasseringsacademie de training 'Training cognitief gedragstechnieken (toezicht) - doel: toepassen in toezicht en betere begeleiding cliënt binnen GI' ontwikkeld. Deze training wordt ontwikkeld voor toezichthouders binnen de reclassering. De overige aanbevelingen en conclusies worden uitgewerkt in een verbeterplan wat zal resulteren in een verbetering van de Alcohol en Geweld.

4.2 Onderzoek naar de effectiviteit

Naar Alcohol & Geweld is geen effectonderzoek uitgevoerd.

6. Aangehaalde literatuur

- Anderson P.D., Bokor, G. (2012) Forensic aspects of drug-induced violence. *Journal of Pharmacy Practice* 25:41-49 doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0897190011431150>
- Andrews D, Bonta J (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, Vol. 16 (1), 39–55.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The psychology of criminal conduct* (5th edition). New Providence, NJ: Lexis-Nexis.
- Attwood, A.S. & Munafo, M.R. (2014). Effects of acute alcohol consumption and processing of emotion in faces: Implications for understanding alcohol-related aggression. *Journal of Psychopharmacology*, 28, 719-732. doi: 10.1177/0269881114536476
- Beck A (1975). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Intl. Universities Press.
- Birkley, E.L., Interventieancola, P.R., Lance, C.E. (2013) Psychopathy and the Prediction of Alcohol-Related Physical Aggression: The Roles of Impulsive Antisociality and Fearless Dominance. *Drug Alcohol Depend.* Vol. 128(1-2): 58–63.
- Bonomo Y, Coffey C, Wolfe R (2001). Adverse outcomes of alcohol use in adolescents. *Addiction*, Vol 96 (10), 1485–1496.
- Bonta J, Bourgon G, Rugge T, Scott TJ, Yessine A, Gutierrez A (2011). An experimental demonstration of interventieprobatie officers in evidence-based community supervision. *Criminal Justice and Behavior*, Vol. 38, 1127-1148.
- Borsari B, Cavey K (2001). Peer influences on college drinking: a review of the research. *Journal of substance abuse*, Vol 13, 391-424.
- Brown L, Hoover R, Greenberg R (1994). Are Racial Differences in Squamous Cell Esophageal Cancer Explained by Alcohol and Tobacco Use? *J Natl Cancer Inst* (1994) 86 (17): 1340-1345.
- Bruinsma, M., Balogh, L., and de Muijnck, J. (2008) *Geweld onder invloed. Evaluatie van een nieuwe werkwijze van de politie gericht op versterking van de informatiepositie ten aanzien van alcohol- en drugsgebruik door geweldplegers. IVA, Universiteit Tilburg.* <https://www.wodc.nl/onderzoeksdatabase/reinterventiestrategie-door-de-politie-van-alcohol-en-harddrugs.aspx>
- Burke B, Arkowitz H, Menchola M (2003). The efficacy of motivational interviewing: a meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting Clinical Psychology*. Vol. 71 (5): 843-61.
- Bushman B (1997). Effects of alcohol on human aggression: validity of proposed explanations. *Recent Dev Alcohol*, Vol 13, 227-243.
- Carroll K, Nich C, Ball S (2005). Practice makes progress? Homework assignments and outcome in treatment of cocaine dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73 (4), 759-755.
- Chermack S, Taylor S (1995). Alcohol and human physical aggression: Pharmacointerventieal versus expectancy effects. *Journal of Studies in Alcohol*, 56, 449-456.
- Chermack S, Interventieancola P (1997). The relationship between alcohol and aggression: an integrated biopsychosocial approach. *Clinical Psychology Review*, 6, 621-649.
- CCV (2009). *Infosheet Quickscan Uitgaansgeweld*. Utrecht: Centrum voor criminaliteits-preventie en Veiligheid.
- Dam, A. van, Tilburg, C.A. van, Steenkist, P. en Buisman, M. (2009). *Niet meer door het lint. Handleiding*. Houten: BSL

- Duke, A. A., Smith, K. M. Z., Oberleitner, L. M. S., Westphal, A., & McKee, S. A. (2018). Alcohol, drugs, and violence: A meta-meta-analysis. *Psychology of Violence*, 8(2), 238-249.
<http://dx.doi.org/10.1037/vio0000106>
- Dunn C et al. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96, 1725–1742.
- Egmond, P van., & Nauta, O. (2014) *Uitgaansgeweld. Een definitie*. Amsterdam, DSP-groep.
- Ellis A (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapie*. Albert Ellis Instituut in New York.
- Elliot D, Huizinga D, Ageton S (1985). *Explaining Delinquency and Drug Use*. Newbury Park, CA: Sage.
- Engel, G.L. (1977). "The need for a new medical model: a challenge for biomedicine". *Science*. 196 (4286): 129–36.
- Eninterventieneer R, Phillips A, Thompson J, Nicholls J (2003). *Drunk and Disorderly: A Qualitative Study of Binge Drinking Among 18- to 24-Year-Olds*. Home Office Research Study, No. 262. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Euser, A.S. & Franken, I.H.A. (2012). Alcohol affects the emotional modulation of cognitive control: An event-related brain potential study. *Psychopharmacology (Berl)*, 222, 459-476.
- Fagan J (1990). Intoxication and aggression. In: M Torny & J Wilson (Red.) *Crime and Justice*. Chicago: University of Chicago, Press.
- Ferwerda H, Hasselt Van N, Ham Van T, Voorham L. (2012). *De Juiste Snaar*. WODC – Den Haag.
- Gezondheidsraad (2015) *Richtlijnen goede voeding 2015*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Interventiensburg J, Mann R, Rotgers F, Weekes J (2002). Using motivational interviewing with criminal justice populations. In: WR Miller & S Rollnick (Eds.) *Motivational interviewing: Preparing people for change*, 333–346. New York: Guilford Press.
- Goldman M (1994). The alcohol expectancy concept: Applications to assessment, prevention, and treatment of alcohol abuse. *Applied and Preventive Psychology*, 3, 131-134.
- Goldman M (1999). Risk for substance abuse: memory as final common pathway. *Psychointerventieal Science* 10, 196-198.
- Goldman MS, Darkes J, Del Boca FK (1999) Expectancy mediation of biopsychosocial risk for alcohol use and alcoholism. In I. Kirsch (Ed.), *How expectancies shape experience* (pp. 233-262). Washington, DC, US: American Psychointerventieal Association.
- De Graaf, H., & Wijsen, C. (2017). *Seksuele gezondheid in Nederland 2017*. Uitgeverij Eburon. <https://rutgers.nl/wp-content/uploads/2021/03/Seksuele-Gezondheid-in-Nederland-2017.pdf>
- Graham K, Leonard K, Room R, Wild T, Pihl R, Bois C, Single E (1998). Current directions in research on understanding and preventing intoxicated aggression. *Addiction*, 93, 659-676.
- Graham, K, Homel R (2008). *Raising the bar: Preventing aggression in and around bars, pubs and clubs*. Cullompton, Willan Publishing.
- Graham K, West P. (2001) Alcohol and crime: examining the link. In N. Heather & and T.J. Peters (Eds.) *International Handbook of Alcohol Dependence and Problems*. New York: Wiley, 439-470.
- Haller, J. (2014). *Neurobiolointerventieal bases of abnormal aggression and violent behaviour*. New York, NY: Springer.

- Hammink A, Wits E (2012). *Procesevaluatie van de interventie Alcohol en Geweld*. Rotterdam: Instituut voor onderzoek naar Leefwijzen en Verslaving (IVO).
- Hansen W (1997). A social ecology theory of alcohol and drug use prevention among college and university students. Designing alcohol and other drug prevention programs in higher education: bringing intervening theory into practice, 155–176. Washington: US Department of Education.
- Hoaken P.N., Stewart S.H. (2003) Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive behaviors* 28:1533-1554
- Hoaken P, Interventieancola P, Pihl R (1998). Executive cognitive functions as mediators of alcohol related aggression. *Alcohol & Alcoholism* Vol. 33 (1), 47-54.
- Hope T (1985). Drinking and disorder in the inner city. In *Implementing Crime Prevention Measures*. Home Office Research Study, No. 86. London: HMSO.
- Kingma J, Oskam J. (1992). Alcoholconsumptie en geweldsslachtoffers: een trendonderzoek over de periode 1970 t/m 1991. *Tijdschrift voor Alcohol en Drugs*, 18, 197-206.
- Kuiper, B., Merckx, M., Smeerdijk, A., & Buntjer, R. (2010). *Interventie Alcohol en Geweld. Deel D: Opleidingshandleiding voor trainers*. Amersfoort
- Kuypers, K.P.C., Verkes, R.J., van den Brink, W., van Amsterdam, J.G.C. & Ramaekers, J.G. (2018). Intoxicated aggression: do alcohol and stimulant cause dose-related aggression? A review. *European Neuropsychopharmacology*, 1-34
- Lammers, S.M.M., Soe-Agnie, S.E., De Haan, H.A., Bakkum, G.A.M., Pomp, E.R., Nijman, H.J.M. (2014) Middelengebruik en criminaliteit: een overzicht. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 56(2014)1, 32-39
- Lang A, Sibrel P (1989). Psycholointerventieal perspectives on alcohol consumption and interpersonal aggression. *Criminal Justice and Behaviour*, 16, 299-324.
- Leigh B (1989). In search of the seven dwarves: issues of measurement and meaning in alcohol expectancy research. *Psycholointerventieal Bulletin*, 105, 361-373.
- Lila, M., Gracia, E., Catala-Minana, A., & Allen, J. P., L. (2020). More likely to dropout, but what if they don't? Partner violence offenders with alcohol abuse problems completing batterer intervention programs. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(9), 1958-1981. <https://doi.org/10.1177/0886260517699952>
- Lemmers L, Riper H, Cuijpers P (2005). Alcohol en uitgaansgeweld. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*. Vol 60 (4), 395-410.
- Lemmers L, Hasselt Van N (2014). Alcohol en uitgaansgeweld: de stand van zaken. Informatiesheet, Trimbos-instituut, Utrecht.
- Leung R, Toumbourou J, Hemphill F (2011). The effect of peer influence and selection processes on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Health Psycholointerventieal Review*, 8 (4), 426-457.
- Linden Van der J, Knibbe R (2006). Alcohol, agressie en uitgaan: Bevolkingsonderzoek onder 16-35-jarigen in Utrecht, Rotterdam en Parkstad Limburg. *Verslaving*, 2 (2), 71-77.
- Lindqvist P (1991). Homicides committed by abusers of alcohol and illicit drugs. *British Journal of Addiction*, 86, 321-326.
- Lipsey M, Wilson D, Cohen M, Derzon J (1997). Is there a causal relationship between alcohol use and violence? A synthesis of evidence. In: Galanter, M. Ed. *Recent Developments in Alcoholism*, Vol. 13, 245–282. New York: Plenum Press.

- Littlefield A, Sher K (2010). The multiple, distinct ways that personality contributes to alcohol use disorders. *Social and Personality Psychology Compass*, 4, 767–782.
- Loef, L., Heijke, M., and van Dijk, B. (2010) Typolo-interventie van plegers van geweldsdelicten. DSP - groep, Amsterdam.
https://publicaties.dsp-groep.nl/getFile.cfm?file=12bdtypgew_Typolo-interventie_plegers_geweldsdelicten_DSP-groep_2010.pdf&dir=rapport
- Marlatt G, Gordon J (1985). Relapse Prevention: maintenance strate-interventies in the treatment of addictive behaviors. New York: Guilford.
- McMurran, M. (2003). Alcohol and Crime Alcohol. Concern Research Forum Papers. September 2003. London: Alcohol Concern.
- Menger, A (2018) De werkalliantie in het gedwongen kader (proefschrift). Uitgeverij Eburon.
- Meyers, R., Smith, J. (2014). Handboek voor de behandeling van alcoholverslaving: de Community Reinforcement Approach. Nederlandse bewerking door: P Greeven, L DeFuentes-Merillas, H Roozen. Utrecht, Bohn Stafleu Van Loghum (2e Editie).
- Miller P, Wells S, Hobbs R, Zinkiewicz L, Curtis A, Graham K (2014) Alcohol, masculinity, honour and male barroom aggression in an Australian sample. *Drug and alcohol review* 33:136-143
- Miller W, Rollnick S (2005). Motiverende gespreksvoering. Gorinchem: Ekklesia.
- Miller W, Rollnick S (1991). Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: The Guilford Press.
- Miller W et al. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455–461.
- Miller W, Mount K (2001). A small study of interventie in motivational interviewing: does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 457–471.
- Monshouwer, K., Van der Pol, P., Van Laar, M. (2016). Het Grote Uitgaansonderzoek 2016. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Monti P, Abrams D, Kadden R, Cooney N (1995). Treating alcohol dependence: a coping skills interventiegids. New York. Guilford Press.
- Murdoch D, Pihl R, Ross D (1990). Alcohol and crimes of violence: present issues. *International Journal of the Addictions*, 25, 1065–1081.
- O’Boyle M, Barratt E (1993). Impulsivity and DSM-III personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 14, 609-611.
- Pernanen K, Cousineau M, Brochu M, Sun F (2002). Proportions of crimes associated with alcohol and other drugs in Canada. *Ottawa: Canadian Centre on Substance Use*.
- Ramaekers J.G., Verkes R.J., van Amsterdam J.G.C., van de Brink W., Goudriaan A.E., Kuypers K.P.C., Arends R., Schellekens, A.F.A. (2016) Middelengebruik en geweld. Een literatuurstudie naar de relatie tussen alcohol, drugs en geweld. Maastricht, Amsterdam, Nijmegen: Universiteit van Maastricht, AMC -Psychiatrie, Radboud UMC
- Ramsay M (1982). City Centre Crime: The Scope for Situational Prevention. Research and Planning Unit paper, No. 10. London: Home Office.

- Rietdijk E (2000). Effect van cognitieve gedragstherapie bij verslaving: een review van de empirische evidentie. Deze literatuurstudie maakt onderdeel uit van Leestijlinterventie2. Handleiding voor de trainer. (W de 2001). Zeist: Cure en Care.
- Roizen J (1997) Epidemiointerventieal issues in alcohol-related violence. In: Galanter M, ed. Recent Developments in Alcoholism: Alcohol and Violence, Vol. 13, 7–40. New York: Plenum Press.
- Roncek D, Maier P (1991). Bars, blocks and crimes revisited: linking the theory of routine activities to the empiricism of 'hot spots'. *Criminology*, 29, 725–753.
- Rossow I (1996). Alcohol-related violence: the impact of drinking pattern and drinking context. *Addiction*, Vol 91 (11), 1651–1661.
- Schippers G, Brokken L, Verwey J (1994). Doorlichting, Voorlichting, Alcoholgebruik (DVA): een protocol voor motivatie en assessment ten behoeve van vroegtijdige interventie bij alcoholproblematiek. *Tijdschrift voor Alcohol, Drugs en andere Psychotrope stoffen*, 20, 88-94.
- Schippers, G.M. & Jonge, J.J. (2010) Motiverende gespreksvoering bij jongeren. *Kind & Adolescent* Vol 31 (4) 247-254
- Schippers, G.M., Smeerdijk, M., & M.J.M. Merx (2014) Handboek cognitieve gedragstherapie bij middelengebruik en gokken. Amersfoort: Resultaten Scoren.
- Schrijvers C, Schuit A (2010). Middelengebruik en seksueel gedrag van jongeren met een laag opleidingsniveau. Aangrijpingspunten voor preventie. RIVM, IVO.
- Scott, M, Dedel, K (2006). Assaults in and around bars. Department of Justice, Community Oriented Policing Services.
- Siever L, Davis K (1991). A psychobiointerventieal perspective on the personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, Vol 148 (12), 1647-58.
- Skeem, J. L., & Manchak, S. (2008). Back to the future: From Klockars' model of effective supervision to evidence-based practice in probation. *Journal of Offender Rehabilitation*, 47(3), 220–247. <https://doi.org/10.1080/10509670802134069>
- Smeerdijk, AM (2005). Update literatuurstudie: 'Effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij verslaving; review van de empirische evidentie (Rietdijk, 2000)'. Interne publicatie, Jellinek: Amsterdam.
- Smeerdijk M, Schippers G (2014). Interventies in de cognitieve gedragstherapie van problematisch middelengebruik en gokken: achtergonden, evidentie, theorie, doelen en toepassing. In: Schippers G, Smeerdijk M, Merx M (red.), *Handboek Cognitieve Gedragstherapie bij Middelengebruik en Gokken*. Stichting Resultaten Scoren, Amersfoort, 2014.
- Sobell, L.C., Agrawal, S., Annis, H.M., et al. (2001). Cross-cultural evaluation of two drinking related assessment instruments: Alcohol Timeline Followback and Inventory of Drinking Situations. *Substance Use & Misuse*, 36, 313-331.
- Spits, M.E., Oudejans, S.S.C., Merx, M.J.M. (2016). Inventarisatie van state of the art van onderzoek naar het verband tussen middelengebruik en criminaliteit relevant voor de reclasseringscontext. *Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ)*. Amsterdam: Mark Bench/HabitPro/AMC Psychiatrie/Reclassering Inforsa.
- Stautz K, Cooper A (2013). Impulsivity-related personality traits and adolescent alcohol use: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 574-592.
- Stel J van der (2000). Groepstherapie en verslavingszorg. Handleiding voor de trainer. (M. Merx & T. van Broekhoven, 2003). Utrecht: GGZ Nederland.
- Swahn M, Donovan J (2004). Correlates and predictors of violent behavior among adolescent drinkers. *J Adolesc Health*, Vol 34 (6), 480-492.

Trimbos-Instituut-WODC (2015) Nationale Drug Monitor: Jaarbericht.

Uljee N, Grootegoed V (2006). Wat Werkt? De Wat Werkt-benadering en het sanctiebeleid in Nederland.

Valkenberg, H., van Leeuwen, L., Klein Wolt, K., and Goossens, F. (2012) Alcohol en jongeren: een vervolgonderzoek onder Spoedeisende Hulpbezoekers. VeiligheidNL, Trimbos-instituut
<https://www.veiligheid.nl/organisatie/overveiligheidnl/publicaties>.

VeiligheidNL. Alcoholverinterventieftiinterventiengen en ongevallen met alcohol: ongevalscijfers. VeiligheidNL: Amsterdam. <http://tinyurl.com/h9mg2oj>. 2014.

Verheul R, Brink Van den W, Hartgers C (1995). Prevalence of personality disorders among alcoholics and drug addicts: an overview. European Addiction Research, 1, 166-177.

Vinke, A., Vogelvang, B., Erftemeijer, L, Veltkamp, E. & Bruggeman, M (2004) RiSc: Recidive Inschatting Schalen. Handleiding, Woerden: Adviesbureau van Montfoort.

Vogelvang, B. (2005) De jongere aanspreken; handboek methode jeugdreclassering. Utrecht: de maatschappelijke ondernemersgroep (MOgroep).

Voogt, C., Vromans, L., Kools, N. & van Hasselt, N., 2022, Alcoholschade voor de drinker zelf en (anderen in) de maatschappij. In: TSG - Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen. 100, p. 48-51.

Walberg, A., Roeland, M.M. & Németh, A. (2021). Verkenning maatschappelijke impact van reclasseringsinzet bij cliënten die huiselijk geweld pleegden en kampen met alcoholproblematiek, 'Een verkennend onderzoek naar 2 subpopulaties: polygebruikers met (vermoedelijk) LVB en stalkers'. Deventer: Hogeschool Saxion.

Walker K, Bowen E, Brown S (2013). Psycholointerventiecal and criminolointerventiecal factors associated with desistance from violence: a review of the literature, 18, 286–299.

Walters S, Clark M, Interventiengerich R, Meltzer M (2007). Motivating Offenders to Change: A Guide for Probation and Parole. U.S. Department of Justice, National Institute of Corrections.

Weaver B, McNeill F (2012). Manaintervientieng cases or supporting change? Some implications of desistance research for case management. EuroVista, (2), 2, 97-108.

Wells S, Graham K, Speechley M (2005). Drinking patterns, drinking contexts and alcohol-related aggression among late adolescent and young adult drinkers. Addiction. Vol. 100 (7): 933-44.

Wiers R (2000). Effecten van alcohol en kwetsbaarheid voor verslaving. Neuropraxis, Vol 4 (6), 139-144.

Wittebrood, K., Wilsem, J. (2000). Jongeren en geweld: de relatie tussen slachtofferschap, ouderschap en leefstijl. Sociale Wetenschappen, 43, 59-71.

Zinberg N (1984). Drug, set, and setting: the basis for controlled intoxicant use. Yale University Press.

Zwets, A.J., et al., (2015) The four-factor model of the Psychopathy Checklist—Revised: Validation in a Dutch forensic inpatient sample, International Journal of Law and Psychiatry Vol. 39 (March-April) pp 13-22