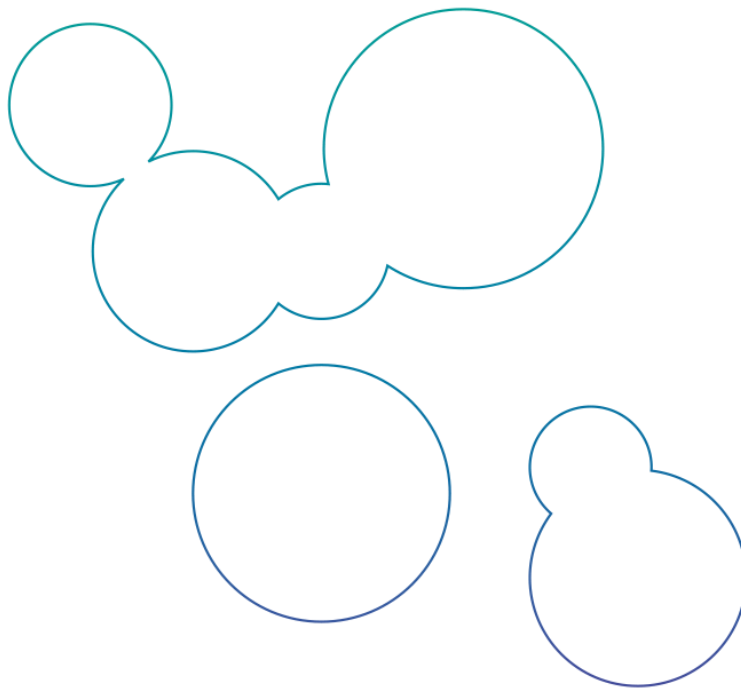


# Werkblad beschrijving interventie Agressie Regulatie op Maat JoVo (residentieel en ambulant)



## Colofon

### Eigenaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Go op Maat!

E-mail: lhoogsteder@dewaagnederland.nl

Telefoon: 06-29082293

**Website** (van de interventie): geen

### Contactpersoon

Naam: Prof. dr. Larissa Hoogsteder

E-mail: lhoogsteder@dewaagnederland.nl

Telefoon: 06-29082293

### Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Prof. dr. L.M. Hoogsteder

Titel interventie: Agressie Regulatie op Maat voor Jongvolwassenen (Residentieel en Ambulant)

Databank(en): Effectieve jeugdinterventies

Plaats, kenniscentrum: Utrecht, de Waag

Datum: 6-07-2025

## 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

## Doelgroep

ARopMaat-JoVo is bedoeld voor meisjes en jongens van 16 tot 24 jaar (residentiële versie is tot en met 21 jaar) met ernstige agressieproblematiek en een IQ boven de 70. De jongeren zijn vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie en justitie, de Raad voor Kinderbescherming en/of Jeugdzorg. Bij de jongeren is sprake van een matig of (zeer) hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag en zij worden hiervoor behandeld in een residentiële of ambulante setting. Relevante systeemleden worden betrokken bij de behandeling, zo ook groepsleiders als jongeren in een residentiële setting worden behandeld.

## Doel

Het primaire doel van ARopMaat-JoVo is het verminderen of stoppen van agressief gedrag in het heden en het reduceren van (de kans op) recidive van gewelddadig gedrag in de toekomst. Dit betekent onder andere dat het aantal agressie incidenten en boosheidsgevoelens die leiden tot agressie afnemen.

## Aanpak

ARopMaat-JoVo is zowel voor de ambulante als de residentiële setting, het betreft een grotendeels individuele behandeling met een cognitief-gedragsmatige aanpak, aangevuld met doe-oefeningen zoals dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness. Motiveren en traumasensitief behandelen staat centraal. De behandeling bestaat uit standaard- en optionele modules om maatwerk te bieden. De duur varieert van vijf maanden tot anderhalf jaar, afhankelijk van leertempo en problematiek. In de residentiële versie wordt groepsleiding betrokken bij het aanleren van subdoelen en is er meer aandacht voor de nazorgfase. Individuele sessies vinden wekelijks plaats (minimaal één uur), maar kunnen bij hoog recidiverisico oplopen tot drie keer per week. Daarnaast is er een groepsmodule van tien bijeenkomsten (anderhalf uur per keer). Sessies binnen Gezin in Beeld of Partner in Beeld duren één tot anderhalf uur en worden wekelijks of tweewekelijks aangeboden, met een gemiddelde van tien sessies.

## Materialen

De interventie bestaat uit diverse handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een handleiding voor de behandelaar en een managementhandleiding voor de behandelaar en managers van een inrichting/instelling. Verder is de inhoud van het programma voor de jongere en de behandelaar nauwkeurig beschreven in dertien standaard en optionele modules. Er bestaan ook videofragmenten die ter ondersteuning van de behandeling gebruikt kunnen worden. Daarnaast is in 2023 Kookpunt ontwikkeld: een interactief kaartspel waarmee jongeren op een speelse en ervaringsgerichte manier oefenen in het herkennen van triggers en spanning, én in het toepassen van spanningsreducerende technieken en gedragsalternatieven. Voor de werving kan er gebruik gemaakt worden van een folder en een PowerPointpresentatie.

## Onderbouwing

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag worden verklaard vanuit het transactionele ontwikkelingsmodel (Sameroff & Fiese, 2000). De theorie is gebaseerd op de gedachte dat noch het individu noch de omgeving alleen de ontwikkelingsuitkomst bepaalt. Dit betekent dat chronische agressie volgens deze theorie het product is van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). Zo laten diverse onderzoeken zien dat chronisch agressief gedrag een lange voorgeschiedenis heeft en samenhangt met een combinatie van risicovolle individuele (biologische en psychologische factoren, zoals cognitieve en emotionele processen) en gezins- en omgevingsfactoren (gezin, netwerk en leeftijdsgenoten).

## Onderzoek

Er is quasi-experimenteel effectonderzoek uitgevoerd naar de effectiviteit van ARopMaat-JoVo in zowel residentiële als ambulante settings. In de residentiële context toonde de experimentele groep bij de eindmeting significant grotere verbeteringen dan de controlegroep op verschillende uitkomstmaten, waaronder recidiverisico, agressief

gedrag (inclusief incidentregistraties), copingvaardigheden, responsiviteit en cognitieve vervormingen (met uitzondering van negatieve attitude) (Hoogsteder et al., 2014). Vervolgonderzoek (Hoogsteder et al., 2018) liet zien dat deze effecten op langere termijn standhielden. Er werd een significante afname in geweldsrecidive gevonden na twee en drie jaar, met tevens positieve effecten op vermogensdelicten (na twee jaar) en algemene recidive (na één, twee en drie jaar). Na drie jaar recidiveerde de AROPmaat-groep 29,8% minder met geweldsdelicten vergeleken met de controlegroep. Ook in de ambulante setting zijn positieve resultaten gevonden (Hoogsteder et al., 2020). Vergeleken met jongeren die deelnamen aan andere evidence-based behandelmethoden, zoals cognitieve gedragstherapie (CGT) of multisysteemtherapie (MST), lieten AROPmaat-deelnemers meer vooruitgang zien op geweldsrecidive, impulsiviteit, emotioneel en persoonlijk functioneren, motivatie, boosheidsregulatie en coping (volgens behandelaren), en op agressie, actieve coping en cognitieve vervormingen (volgens jongeren). De gerapporteerde effectgroottes varieerden van middelgroot tot groot. Er werden geen significante verschillen gevonden op gezinsfunctioneren en normafwijkend gedrag in vergelijking met de controlegroep.

# Inhoud

<b>Samenvatting .....</b>	<b>3</b>
<b>1. Beschrijving interventie .....</b>	<b>6</b>
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel.....	8
1.3 Aanpak.....	9
<b>2. Uitvoering.....</b>	<b>16</b>
<b>3. Onderbouwing.....</b>	<b>20</b>
<b>4. Onderzoek .....</b>	<b>27</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	27
4.2 Onderzoek naar de effectiviteit.....	30
<b>5. Aangehaalde literatuur .....</b>	<b>35</b>

# 1. Beschrijving interventie

## 1.1 Doelgroep

### Uiteindelijke doelgroep

ARopMaat-JoVo is ontwikkeld voor jongens en meisjes van 16 tot 24 jaar (bij de residentiële versie tot 21 jaar) met ernstige agressieproblematiek en een IQ boven de 70. De doelgroep wordt behandeld in een residentiële of ambulante setting en kenmerkt zich door een matig tot (zeer) hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag.

Het agressieve gedrag manifesteert zich op minimaal twee levensdomeinen, zoals het gezin, school of vrije tijd, en kan zowel instrumenteel als emotioneel van aard zijn, of een combinatie daarvan. De agressie maakt doorgaans deel uit van bredere psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Kenmerkend zijn aanhoudende boosheid, verminderde impulscontrole en emotieregulatie, gebrekkige probleemoplossingsvaardigheden en disfunctionele cognities die bijdragen aan agressief gedrag. Veel van deze jongeren zijn vanwege hun delict- of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie en justitie, de Raad voor de Kinderbescherming en/of jeugdzorginstellingen.

### Intermediaire doelgroep

ARopMaat-JoVo richt zich ook op de opvoeder(s) van de jongere (indien de jongere thuis woont of daar weer gaat wonen). In de residentiële setting wordt altijd de mentor van de jongere betrokken. Verder worden er relevante netwerkleden betrokken voor het bieden van steun aan de opvoeder(s) en/of de jongere. Leerkrachten worden bij de uitvoering van de interventie betrokken als het agressieve gedrag ook op school aan de orde is.

### Selectie van doelgroepen

*Residentieel:* Jongeren worden op grond van een strafrechtelijke of civielrechtelijke maatregel geplaatst in de inrichting. Vervolgens is de behandelcoördinator (gedragswetenschapper) verantwoordelijk voor het indiceren van een jongere voor ARopMaat-JoVo.

*Ambulant:* De jongere wordt door de verwijzer aangemeld bij een forensische zorginstelling. Tijdens het intakegesprek wordt vervolgens onderzocht of ARopMaat-JoVo voorlopig geïndiceerd is. De uitkomst wordt bepaald door de regiebehandelaar in overleg met een multidisciplinaire teamoverleg. Vervolgens wordt een initieel behandelplan opgesteld dat leidend is voor de pre-behandelingsfase waarin risicotaxatie en assessment plaatsvinden. De regiebehandelaar is eindverantwoordelijk voor de definitieve indicatie en de inhoud van het behandelplan voor de behandelingsfase en zorgt ervoor dat de bevindingen worden teruggekoppeld naar de jongere. Het kan dus voorkomen dat, na de pre-behandelingsfase, toch een andere behandeling geïndiceerd blijkt te zijn voor een jongere. In de praktijk komt dit echter zelden voor, aangezien al vrij snel duidelijk is of onderstaande indicatiecriteria van toepassing zijn.

*Algemene criteria (hier moet aan worden voldaan)*

1. De jongere beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate, zodat hij de gegeven instructies en aanwijzingen kan begrijpen;
2. De jongere heeft een IQ-score van 70 of hoger en heeft de leeftijd van 16 tot 21 jaar (residentieel) of 24 jaar (ambulant);
3. De jongere heeft een matig of (zeer) hoog recidiverisico gemeten met een risicotaxatie-instrument (RT). Het gaat residentieel om de SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth; Lodewijks, de Ruiter, & Doreleijers, 2003) en ambulant om de RAF-GGZ Jeugd (16- en 17-jarigen) en de FARE bij 18+ (Forensisch Ambulante Risico Evaluatie);
4. Er is volgens de DSM-5 sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis, een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een normoverschrijdend-gedragsstoornis, een andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis of cluster-B persoonlijkheidsstoornis al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik.

*Verdiepingscriteria*

Als de algemene criteria van toepassing zijn, dan dienen er tevens minimaal vier van onderstaande punten van toepassing te zijn:

1. Uit het dossier of het persoonlijkheidsonderzoek is gebleken dat de jongere een geringe agressieregulatie heeft;

2. De agressie wordt wekelijks geuit naar andere personen of materialen (verbaal en/of fysiek) Dit wordt zichtbaar via groepsrapportage en registratie TULP (residentiële setting) of uit informatie van de verwijzer / de jongere en/of relevante systeemleden, zoals de opvoeders;
3. De jongere is meer dan twee keer in zijn leven "blind" van woede geworden en weet dan niet meer wat hij doet;
4. Het agressieve gedrag van de jongere heeft in het recente verleden en/of het heden voor problemen gezorgd op minimaal twee leefgebieden;
5. Het agressieve gedrag van de jongere heeft geleid tot een residentiële plaatsing of een strafrechtelijke of civiele maatregel of (voorwaardelijke) straf;
6. De jongere scoort op de SAVRY hoog op tenminste drie items van de volgende risicofactoren: negatieve gedachtes, impulsiviteit, aandachtstekort, problemen met hanteren van boosheid, ervaren stress en geringe copingvaardigheden (residentiële setting). Bij risicotaxatie via de RAF-GGZ Jeugd geldt een matige tot hoge score op tenminste drie van de volgende items: impulsief / riskant gedrag, geringe copingvaardigheden, problemen met hanteren van boosheid, cognitieve vervormingen en negatieve opvattingen. Bij risicotaxatie via de FARE geldt een matige of hoge score op de items: gebrekkige impulscontrole en een tekort aan oplossingsvaardigheden;
7. De jongere scoort in totaal 40 of hoger op de V-LIG (Verkorte-Lijst Irrationele Gedachten) op de schaal Agressie en Wantrouwen.

#### *Contra-indicaties*

1. De aanwezigheid van ernstige suïcidaliteit en/of acute homocidaliteit (ambulante setting) of een acute psychose;
2. De aanwezige problemen zijn alleen veroorzaakt door problematisch middelengebruik (er is sprake van primaire verslavingsproblematiek);
3. Ernstige traumagerelateerde klachten die op de voorgrond staan;
4. Agressie die uitsluitend op zichzelf wordt gericht (automutilatie).

#### *Contra-indicatie voor gedeeltelijk aanbieden van groepsbehandelingen*

De groepsmodule is niet van toepassing als het werken in een groep te bedreigend is voor de jongere of als uit (dossier)informatie blijkt dat de jongere regelmatig negatief gedrag vertoont in een groep. Hetzelfde geldt als er sprake is van specifieke vaardigheidstekorten en/of psychische problemen die belemmerend werken bij het leren in groepsverband.

#### *Indicatiecriteria optionele modules*

Om te bepalen welke optionele modules geïndiceerd zijn, wordt gebruik gemaakt van een checklist 'indiceren optionele modules' (te vinden in de algemene programmahandleiding) en classificaties die op basis van de DSM-5 of het gebruikte RT-instrument zijn vastgesteld. Zo is bijvoorbeeld de module impulscontrole geïndiceerd als er sprake is van ADHD of ASS of bij een hoge score op impulsiviteit gemeten met de RT. De module Gezin in Beeld is geïndiceerd als de jongere volgens de RAF-GGZ Jeugd matig tot hoog scoort op het functioneren van het gezin.

De contra-indicaties worden vastgesteld op grond van dossierinformatie, de gebruikelijke screeningsinstrumenten gericht op het signaleren van primaire verslavingsproblematiek en acute psychose en de klinische blik van de behandelcoördinator (residentieel) of regiebehandelaar.

#### **Betrokkenheid**

Bij het ontwikkelen en doorontwikkelen van AROPmaat-JoVo is de doelgroep actief betrokken geweest. Voor de residentiële versie zijn in 2007 en 2023 in totaal 34 jongeren geraadpleegd om stellingen en voorbeeldsituaties te bedenken. Deze input is onder andere verwerkt in de groepsmodule, de module Conflicthantering en vrij recent de module Weerbaarheid (deze module werd eerst de module Assertiviteit genoemd). Door de jaren heen zijn zowel voor de ambulante als residentiële setting meerdere groepen jongeren (twee tot vier per keer) samengesteld om gerichte feedback te geven op de inhoud en vormgeving van het behandelprogramma. In de ambulante setting zijn jongeren en opvoeders op meerdere momenten bevraagd over mogelijke verbeterpunten. Dit gebeurde zowel via interviews als via evaluatieformulieren die standaard na afloop van de behandeling worden ingevuld. De Waag vat deze feedback jaarlijks samen en bekijkt welke terugkerende punten aanleiding geven tot inhoudelijke aanpassingen.

De verkregen feedback heeft bijvoorbeeld geleid tot verandering van de naam van de eerste module (nu Startmodule), het veranderen van de plaatjes en vormgeving en het gebruik van meer filmfragmenten en minder tekst. Ook is er een module Zelfbeeld toegevoegd en een module Problematisch middelengebruik.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

Het primaire doel van AROPmaat-JoVo is het verminderen of stoppen van agressief gedrag van de jongere in het heden en het reduceren van (de kans op) recidive van gewelddadig gedrag in de toekomst. Dit wordt gemeten met een passend risicotaxatie-instrument, namelijk de SAVRY (residentiële setting), de RAF-GGZ Jeugd (tot 18 jaar) en FARE (vanaf 18 jaar) en de AROPmaat JoVo-doelenlijst.

### Subdoelen

Hieronder worden de concrete subdoelen beschreven die helpen om het hoofddoel te realiseren. De subdoelen zijn gekoppeld aan de modules die binnen AROPmaat-JoVo worden aangeboden. Om te bepalen of een doel bereikt is, kan gebruik gemaakt worden van het overzicht Modules in beeld die te vinden is in de algemene programmahandleiding. Daarnaast worden aan het begin, tijdens en aan het einde van de behandeling verschillende vragenlijsten afgenomen die het agressieve gedrag (Incidenten registratiesysteem (residentiële setting)), de copingvaardigheden (UCL: De Utrechtse Coping Lijst) en de aanwezige cognitieve vervormingen (V-LIG) in kaart brengen. Daarnaast wordt de voortgang met de AROPmaat JoVo-doelenlijst gemonitord.

*AROPmaat-JoVo ambulante en residentiële werkt aan de volgende standaard subdoelen (geldt voor de gehele doelgroep):*

*Alle modules (de eerste twee doelen krijgen tijdens de startmodule expliciet aandacht):*

1. Bij de jongere is sprake van verandermotivatie. De jongere toont inzet tijdens de behandeling en doet moeite om te werken aan verandering. De jongere heeft zicht op de nadelen van agressief handelen voor zichzelf;
2. De jongere ervaart emotionele steun van één of meer mensen uit zijn netwerk. Indien gewenst kan het ook gaan om praktische ondersteuning (dit deel wordt ingezet bij de startmodule);
3. De jongere is in staat tot het innemen van perspectief van anderen. Dit betekent o.a. dat de jongere lastige gebeurtenissen vanuit verschillende kanten kan bekijken en dat de jongere kan bedenken hoe een ander over een situatie denkt;
4. De jongere kan adequate (geweldloze) oplossingen (manieren van reageren) bedenken en toepassen als er sprake is van situaties die hij/zij lastig vindt.

*Module specifiek:*

5. De jongere beschikt over meer adequate beheersingsvaardigheden (manieren/trucs om zichzelf in te houden door onder andere boosheidsgevoelens te laten zakken, zodat agressief gedrag voorkomen kan worden (module Beheersingsvaardigheden);
6. De jongere hanteert geen cognitieve vervormingen die agressief gedrag in stand houden. Dit betekent o.a. dat de jongere functionele (helpende) gedachten kan toepassen (module Invloed van het denken);
7. De jongere is weerbaar tegen negatieve invloeden van anderen en groepsdruk. Hij kan op een assertieve manier voor zichzelf opkomen, ook in spannende of emotioneel beladen situaties. Dit betekent dat hij bewust en met vertrouwen 'nee' kan zeggen in verschillende contexten, waaronder (online) staartcultuur, messengeweld en sociale media (module Weerbaarheid).

*Algemene doelen voor relevante betrokken systeemleden (indien aanwezig)*

1. De groepsleider die of het systeemlid dat betrokken is bij de behandeling biedt de jongere steun en helpt bij het naleven van het veiligheidsplan (zij herkennen acute risicofactoren);
2. De groepsleider die of het systeemlid dat betrokken is bij de behandeling ontvangt psycho-educatie over het probleemgedrag van de jongere.

*ARopMaat-JoVo werkt aan de volgende optionele subdoelen:*

1. Module Stressreductie: De jongere reduceert gevoelens van stress, spanning en boosheid; er is geen sprake van chronische stress / verhoogde arousal. De jongere past functionele copingvaardigheden toe;
2. Module Impulscontrole: De jongere kan eigen impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen;
3. Module Waarnemen en Interpretieren: De jongere kan het gedrag van anderen objectief waarnemen en via rationele gedachten interpreteren;
4. Module Emotieregulatie: De jongere kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is;
5. Module Conflicthantering: De jongere beschikt over adequate vaardigheden in het omgaan met conflicten. Dit betekent o.a. dat de jongere weinig ruzie heeft met andere mensen, adequaat (assertief) met autoriteiten om kan gaan en kritiek kan ontvangen zonder boos te worden;
6. Module Zelfbeeld: De jongere ervaart dagelijks momenten van zelfvertrouwen, waardoor hij sociale situaties als minder lastig ervaart en dit minder stress oproept;
7. De ADHD en/of het middelenafhankelijkheid en/of de traumagerelateerde klachten van de jongere is onder controle en versterkt het externaliserende probleemgedrag niet.

*ARopMaat-JoVo werkt aan de volgende optionele subdoelen m.b.t. opvoeders, eventuele partner en de jongere:*

De interactie tussen de opvoeders of partner en de jongere is verbeterd. Opvoeders en/of partners beschikken over vaardigheden voor het verbeteren van het contact en het adequaat hanteren en oplossen van conflicten. Dit betekent o.a. dat opvoeders hun kind kunnen valideren (begrip tonen voor gevoelens en gedachten) en conflictremmers kunnen toepassen. Bij partners wordt dit aan beiden aangeleerd;

N.B. Indien de optionele modules niet geïndiceerd zijn voor een jongere — op basis van de onderliggende problematiek — volstaat het volgen van de standaardmodules om het primaire behandeldoel te bereiken. Welke modules geïndiceerd zijn, wordt bepaald aan de hand van de risicotaxatie, verdiepende diagnostiek en de uitkomst van de doelenlijst. Daarnaast kan de behandelaar gebruikmaken van de vragen uit de algemene programmahandleiding om te bepalen of een module wel of niet geïndiceerd is.

## **1.3 Aanpak**

### **Opzet van de interventie**

#### *Algemeen*

ARopMaat-JoVo bestaat uit een residentiële en ambulante versie en is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van de RNR-principes (*risk-need-responsivity*; zie voor uitleg kopje *onderbouwing*), een cognitief gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness oefeningen), waarbij continu aandacht is voor het motiveren en traumasensitief behandelen. De inzet van ARopMaat-JoVo in de residentiële en ambulante setting vertoont veel overeenkomsten. In de residentiële setting wordt de groepsmodule echter standaard toegepast, mits de jongere hiervoor geschikt is. In de ambulante setting is deze module optioneel. Binnen de residentiële behandeling wordt het leefklimaat actief benut als onderdeel van de behandeling, onder andere door het bieden van dagstructuur en het oefenen met conflictsituaties in de groep. Een mentor ondersteunt de jongere bij het behalen van behandeldoelen en het uitvoeren van opdrachten binnen de leefgroep. Ook de invulling van de nazorg verschilt: bij een residentiële behandeling vraagt dit doorgaans om een andere aanpak dan bij een ambulante traject.

#### *Fasering*

ARopMaat-JoVo bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. (Voorlopige) indicatiestelling: Meer informatie over het indiceren en de betrokken behandelaren is te vinden onder het kopje *Indicatiecriteria*. In een ambulante setting wordt tijdens deze fase aan de hand van dossierinformatie en een intakegesprek bepaald of er sprake is van een voorlopige indicatie. Er wordt dan een initieel behandelplan opgesteld voor de volgende fase. In een residentiële setting is er al een risicotaxatie uitgevoerd, waardoor in deze fase al voldoende informatie beschikbaar is om definitief te indiceren.

2. Voorbereidende behandel fase: Bij beide versies is deze fase gericht op het aangaan van een behandelrelatie, motiveren, empoweren, het opstellen van een veiligheidsplan, het verzorgen van psycho-educatie, inzicht krijgen in de agressieketen en het indiceren van optionele modules. In de ambulante setting wordt nu echter ook zorggedragen voor risicotaxatie, assessment en zo nodig verdiepende diagnostiek. Aan het einde van deze fase is een definitieve indicatie (ambulante setting) en diagnose gesteld en een definitief behandelplan voor de volgende fase. Voor beide versies geldt dat de eerste twee fasen in totaal niet meer dan twaalf weken in beslag mogen nemen.

3. Behandeling: Het aanbieden van de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules. In deze fase wordt, indien van toepassing, ook een signaleringsplan (gericht op stress of andere negatieve emoties) opgesteld. De duur van deze fase varieert en is afhankelijk van het recidiverisico van de jongere en het leertempo. De praktijk leert dat jongeren die AROPmaat aangeboden krijgen, gemiddeld genomen (kijkend naar beide versies) een behandeling van 48 weken ontvangen (exclusief de nazorgfase).

4. Afronding van de behandeling: Dit betreft een overgangsfase van maximaal twee weken en wordt ingezet als de doelen van de behandeling in voldoende mate zijn behaald. In deze fase wordt er een toekomstplan opgesteld (of geactualiseerd) en vindt er een eindevaluatie plaats;

#### 5. Nazorg:

##### *Residentieel:*

a) Als de jongere de behandeling afrondt, maar hij/zij nog niet op STP (scholings- en trainingsprogramma) of proefverlof gaat, wordt tenminste drie maanden lang, elke maand een individuele terugkomsessie aangeboden. Hierin worden de aangeleerde vaardigheden geëvalueerd en eventueel aanvullende oefeningen meegegeven. Mocht een jongere vervallen in oud gedrag, dan wordt de individuele begeleiding geïntensiveerd.

b) Als een jongere de inrichting heeft verlaten krijgt elke jongere standaard om de week telefonische begeleiding van de behandelaar voor de duur van drie maanden. Dit wordt geïntensiveerd als er terugval dreigt.

##### *Ambulant:*

De lengte van de nazorgfase is afgestemd op het recidiverisico na afronding van de behandeling en kan twee tot vier maanden duren, tenzij tijdens deze periode blijkt dat de periode verlengd moet worden, omdat er sprake is van terugval. De intensiteit van de contactmomenten varieert, dit hangt af van de problemen die spelen en de behoefte aan en noodzaak van begeleiding.

##### *Standaard en optionele modules*

Voor het bieden van maatwerk bestaan beide versies uit een set standaard modules (Startmodule, Beheersingsvaardigheden, Invloed van het Denken, en de module Weerbaarheid) en een aantal optionele modules (Stressreductie, Impulscontrole, Waarnemen en Interpreteren, Emotieregulatie, Conflicthantering, Zelfbeeld, Problematisch Middelengebruik en Partner in Beeld). De groepsmodule is bij de ambulante setting optioneel en bij residentiële setting verplicht (in die setting kun je nauwkeuriger zorgdragen voor een functionele groepssamenstelling. Als groepsgericht werken contra-geïndiceerd is, dan wordt de inhoud individueel aangeboden). De module Gezin in Beeld wordt in de residentiële setting aangeboden als de jongere weer naar huis terugkeert en in de ambulante setting als de jongere thuis woont. De jongere dient hier echter wel mee akkoord te gaan.

##### *Frequentie en duur*

Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. Dit geldt bij een matig recidiverisico en een grote responsiviteit (ontvankelijkheid) om te leren / veranderen. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een (zeer) hoog recidiverisico en een jongere die langzaam leert (bijvoorbeeld door een laag IQ of ADHD). Er worden meerdere sessies aan een module gewerkt. De groepstraining duurt anderhalf uur en bestaat uit 10 bijeenkomsten. De duur van de interventie kan afhankelijk van het leertempo en de ernst en/of hardnekkigheid van de problematiek variëren van vijf maanden tot ongeveer anderhalf jaar.

#### **Inhoud van de interventie**

##### *Algemene informatie*

##### Basishouding en rode draad qua aanbod

Een essentieel onderdeel van de behandeling, zowel in de residentiële als ambulante setting, is het blijvend investeren in motivatie en het opbouwen van een veilige, ondersteunende werkaliantie. Dit vraagt om het structureel toepassen van motiverende gesprekstechnieken, zoals het versterken van zelfvertrouwen en het valideren.

Bij het valideren is het belangrijk dat de behandelaar oprechte aandacht toont, empathie biedt, het eigen oordeel tijdelijk opschort en emoties erkent en bevestigt. Deze basishouding voorkomt dat de jongere zich gedwongen voelt zijn disfunctionele overtuigingen te verdedigen en zich daardoor verder identificeert met een antisociale denkwijze en levensstijl. Tegelijkertijd is deze basishouding traumasensitief: zij helpt wantrouwen te verminderen, vergroot de emotionele veiligheid en creëert ruimte voor echt contact. Hierdoor wordt het voor de jongere gemakkelijker om onderliggende emoties, zoals angst, verdriet of schaamte, te herkennen en te uiten – gevoelens die vaak verscholen liggen achter boosheid of agressie. Alleen wanneer deze emoties erkend mogen worden, kan echte verandering op gang komen.

De jongere krijgt bij beide versies bij de start van een bijeenkomst (al vanaf de voorbereidende behandelfase) de mogelijkheid om situaties in te brengen die boosheid of irritatie hebben opgeroepen. Een jongere kan op die manier zijn gevoelens ventileren en op een rij zetten. Dit draagt bij aan een adequate emotieregulatie. Daarnaast worden er samen met de behandelaar adequate oplossingen / reacties bedacht voor als het probleem nog voortduurt of zich mogelijk herhaalt. Naast dit onderdeel worden verschillende modules aangeboden die elk gericht zijn op het behalen van een subdoel. De standaard modules en de geïndiceerde modules worden, indien mogelijk, in een vaste volgorde aangeboden (zie onderstaand overzicht bij kopje inhoud behandelfase). Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, heeft immers invloed op de leerbaarheid. Als een jongere bijvoorbeeld nog niet in staat is tot het verminderen van gevoelens van stress, dan zal het werken aan beheersingsvaardigheden minder effect hebben dan wanneer een jongere dit wel kan. In het kader van de responsiviteit kan echter voor een andere volgorde worden gekozen, bijvoorbeeld als een jongere weerstand toont tegen een specifieke module en de voorkeur heeft voor een andere. Ook komt het vaak voor dat een jongere een probleem inbrengt dat vraagt om een reactie waar vaardigheden uit verschillende modules voor nodig zijn. De module Gezin in Beeld neemt een bijzondere plaats in. De eerste sessies (gemiddeld genomen zes stuks) zijn grotendeels bedoeld voor de opvoeder(s) van de jongere. Deze sessies worden aangeboden als een jongere nog thuis woont of binnen drie maanden (met verlof) naar huis gaat. Na deze zes bijeenkomsten, komt de jongere erbij. In gezamenlijkheid wordt er dan voornamelijk gewerkt aan het verbeteren van het contact en het verminderen van onderlinge conflicten. De module Partner in Beeld wordt, indien geïndiceerd (er is meer dan zes maanden sprake van een relatie en deze is problematisch), ingezet zodra beiden hiervoor gemotiveerd zijn (hier zet de behandelaar zich actief voor in). Het moment waarop de module Zelfbeeld wordt aangeboden vraagt om maatwerk. De inhoud van deze module kan bovendien gefaseerd worden aangeboden.

#### *Individuele versus groepsbehandeling*

Het accent ligt op de individuele behandeling, met daarbij expliciete aandacht voor het betrekken van het gezin en het activeren van steunende netwerkleden. In de Startmodule wordt een netwerkanalyse opgesteld, aangevuld met een plan van aanpak voor het betrekken van personen die zowel emotionele als praktische steun kunnen bieden. Deze netwerkleden worden actief betrokken bij de behandeling. De behandelaar monitort daarbij hoe de geboden steun wordt vormgegeven en of de jongere deze daadwerkelijk als steunend ervaart. Als de jongere tijdens de individuele behandeling toe is aan de module Invloed van het Denken kan er deelgenomen worden aan de groepsmodule, waarin voornamelijk wordt gewerkt aan hardnekkige cognitieve vervormingen gerelateerd aan diverse thema's, zoals het nemen van wraak en omgang met beledigende opmerkingen over familieleden. Bij een contra-indicatie voor het groepsgericht werken, wordt de inhoud van de groepsmodule individueel aangeboden indien het de residentiële setting betreft. Bij de ambulante setting wordt de groepsmodule alleen aangeboden als de groepsmodule meerwaarde heeft en de jongere kan profiteren van een groepsaanbod.

#### *Opbouw module*

Alle modules zijn geschikt voor de ambulante en residentiële setting. Elke module is op dezelfde wijze opgebouwd. Eerst wordt er uitleg gegeven over de inhoud van de module. Daarna worden de vaste onderdelen van een sessie beschreven. Hierbij kan voor het evalueren van de afgelopen periode gevarieerd worden met enkele oefeningen. Dit is afhankelijk van de leerstijl, de leerdoelen en de wensen van de jongere. In elke module wordt theorie afgewisseld met

verschillende oefeningen. Ook bestaat er een hoofdstuk met thuis-opdrachten (ambulant) of opdrachten voor op de leefgroep (residentieel). De jongere en de behandelaar beslissen welke opdracht het meest passend is.

### *Continuïteit*

Opvoeders (indien de jongere thuis woont of weer terugkeert naar huis) en groepsleiders (mentor, indien de jongere op een leefgroep verblijft) worden bij de behandeling betrokken. Er worden hen vaardigheden aangeleerd die helpen de jongere te ondersteunen. Bij ouders gebeurt dit via de module Gezin in Beeld, de mentor van de jongere op de leefgroep krijgt een centrale rol bij de uitvoering van het signaleringsplan, het doen van huiswerk en het evalueren van de voortgang.

*Overzicht van de modules in de meest wenselijke volgorde:*

### **Vorbereidende behandelfase: modules / subdoelen**

#### 1. Startmodule (standaard)

Onderdelen uit deze module worden ingezet tijdens de voorbereidende behandelfase. Als de module in deze fase nog niet is afgerond, wordt het aanbod voortgezet tijdens de behandelfase. Deze module staat in het teken van het motiveren, empoweren, het opstellen van een veiligheidsplan, het bieden van psycho-educatie, inzicht krijgen in eigen agressieketen, en het opbouwen van een behandelrelatie. In deze module wordt bijvoorbeeld een stoelentechniek ingezet om de jongeren een dialoog aan te laten gaan met de kant in hem die vooral de voordelen ziet van agressief doen en de kant in hem die vooral de nadelen ziet. Met deze oefening wordt geprobeerd de kant die vooral de nadelen ziet te versterken. Verder wordt bijvoorbeeld aan de jongere gevraagd een filmpje te maken over mensen of plekken die voor hem belangrijk zijn. Bij de agressieketen wordt aan de hand van kaartjes waar gevoelens op staan doorgenomen welke gevoelens leiden tot boosheid en/of agressie.

N.B. Traumabehandeling dient parallel aan AROPMaat-JoVo te worden als er sprake is van PTSS of forse traumagerelateerde klachten. Ook kan verslavingszorg geïndiceerd zijn, aangezien de module problematisch middelengebruik niet altijd toereikend is.

### **Behandeling: modules / subdoelen**

#### Alle modules:

**A.** Het leren innemen van perspectief wordt tijdens de interventie getraind door de jongere zich te laten verplaatsen in mensen die anders (tegenovergesteld) denken en door het doen van rollenspelen waarin de jongere een ander nadoet (bijvoorbeeld de docent, ouder, etc.)

**B.** Het werken aan oplossingsvaardigheden gebeurt structureel. De jongeren worden bij elke module gestimuleerd oplossingen te bedenken aan de hand van zelf ingebrachte probleemsituaties, maar ook door fictieve situaties te bespreken.

#### 2. Module Stressreductie, inclusief signaleringsplan (optioneel)

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

#### 3. Module Impulscontrole (optioneel)

De jongere leert zijn impulsen beter te herkennen (ook in zijn lijf) en oefent met vaardigheden om deze gemakkelijker te kunnen beheersen of uit te stellen. Denk bijvoorbeeld aan oefeningen waarbij de jongere elke keer als hij een

impuls voelt om iets te doen, oefent met het uitstellen van deze behoefte (ook via imaginatie). De jongere krijgt tijdens de 'uitstelperiode' vervolgens de opdracht om zijn aandacht ergens anders op te richten. Dit door bijvoorbeeld dan naar geluiden in de omgeving te luisteren (bewerkte mindfulness oefening). Er zijn tevens oefeningen waarbij de jongere expres wordt afgeleid en hij de opdracht krijgt om zich te concentreren en door te gaan met waar hij mee bezig is. Ook worden er veel ontspanningsoefeningen gedaan, om vervolgens te ontdekken dat dit helpt om minder impulsief te zijn.

#### 4. Module Beheersingsvaardigheden (standaard)

Er wordt geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. Hierbij oefent de jongere (in overleg) met triggers die boosheid oproepen. Een jongere probeert bijvoorbeeld de beheersingsvaardigheid "zichzelf afleiden uit" als hij middels een rollenspel of begeleide imaginatie wordt geconfronteerd met een situatie die hem boos maakt (jongere geeft eerst aan wat wel en wat niet gedaan of gezegd mag worden). De beheersingsvaardigheid bestaat dan bijvoorbeeld uit het observeren en beschrijven van een voorwerp, het denken aan een mooie herinnering of door een stressballetje te gebruiken en hierin te knijpen (twee keer hard en één keer zacht) of door een oortje in één oor te doen. De jongere zegt tijdens het oefenen niets terug, maar onderzoekt welke truc werkt. Bedoeling is dat de jongere uiteindelijk minimaal twee trucs kan toepassen die hem helpen zichzelf te beheersen in verschillende situaties die bij hem agressief gedrag oproepen. Ook wordt er geoefend met het tijdig leren nemen van een time-out.

#### 5. Module Invloed van het denken (standaard)

Via CGT-technieken wordt er gewerkt aan het herkennen en verminderen van cognitieve vervormingen. De invloed van het denken op emoties en gedrag wordt uitgelegd (RET) met het model van de vijf G's (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag, gevolg). De jongere wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties en oefent om hierbij ook een houding aan te nemen die de helpende gedachte versterkt. Ook wordt de jongere uitgedaagd zich te identificeren met iemand die tegenovergesteld denkt aan zichzelf. Dit helpt om meer flexibiliteit in denken te realiseren.

#### 6. Groepsmodule (standaard residentieel, optioneel ambulantly)

Er wordt gewerkt met thema's en onderwerpen die bij jongeren die residentieel verblijven vaak extra aandacht behoeven. Tijdens de groepsmodule wordt er specifiek aandacht besteed aan het verminderen van cognitieve vervormingen (bijvoorbeeld gerelateerd aan wraak en omgang met beledigende opmerkingen over een familielid) en het verbeteren van oplossingsvaardigheden gerelateerd aan situaties die in de ogen van de doelgroep al snel vragen om het toepassen van geweld. Jongeren oefenen met het praatprogramma (discussiëren over stellingen en leren anders te denken), daarnaast bedenken zij oplossingen en proberen deze uit en oefenen zij met het weerstaan van groepsdruk.

#### 7. Module Waarnemen en Interpreteren (optioneel)

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

#### 8. Module Emotieregulatie (optioneel)

Het doorlopen van deze module draagt bij aan het beter kunnen differentiëren en uiten van diverse emoties, voornamelijk emoties die gerelateerd zijn aan agressief gedrag. De module helpt om emoties beter te leren herkennen (ook qua gevoel in het lijf), zowel bij de jongere zelf als bij anderen. Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van kaartjes met gevoelens (gevoelenswereldspel). Tijdens het delen van ervaringen wordt de jongere gevalideerd en uitgenodigd om de emotie in zijn lichaam waar te nemen. Waar voel je de emotie, hoe voelt het daar precies, hoe groot is het gevoel?

Ook wordt er gewerkt aan het meer grip krijgen op eigen emoties, onder andere door via een stoelentechniek de emotie te valideren en er vervolgens afstand van te nemen, of door het doen van ontspannings- en focusoefeningen, maar ook imaginatie-oefeningen.

#### 9. Module Weerbaarheid (een deel is standaard, een deel optioneel)

Het centrale thema van deze module is groeps cultuur en groepsdruk, met specifieke aandacht voor de invloed van (de digitale) straatcultuur en de impact van de sociale media. De module biedt inzicht in hoe sociale omgevingen, vrienden en online interacties gedrag en keuzes kunnen beïnvloeden, inclusief de mogelijke voor- en nadelen. Hierbij is ook specifiek aandacht voor drillrap en messengeweld. Er wordt aandacht besteed aan het herkennen van groepsdruk en de gevolgen van bepaalde keuzes. Daarnaast worden vaardigheden aangereikt om assertief te reageren in lastige situaties, zoals het weigeren van ongewenste groepsdruk. Het verkrijgen van meer inzicht en het weerbaarder worden gebeurt vooral aan de hand van psycho-educatie, actuele filmfragmenten, rollenspellen, en stoelentechnieken.

#### 10. Module Conflictantering (optioneel)

Tijdens deze module wordt uitleg gegeven over hoe je handig kunt communiceren en wat er fout kan gaan (hierbij wordt ook gewerkt met filmfragmenten). Er wordt geoefend met het leren onderhandelen (door ook aan de slag te gaan met situaties waar ze over willen onderhandelen met bijvoorbeeld een docent of ouders). Om het innemen van perspectief te stimuleren, wordt de jongere via een rollenspel gevraagd eerst de rol van de ander in te nemen en de onderhandeling aan te gaan vanuit de positie van de ander (de behandelaar helpt hierbij als het moeilijk blijkt te zijn). Pas daarna oefent de jongere met het onderhandelen vanuit zichzelf. Er is ook aandacht voor het leren omgaan met autoriteiten en kritiek. Bij conflicten die vaker voorkomen, wordt bekeken welke conflictuitlokkers de jongere toepast. Vervolgens wordt aan de jongere gevraagd hiermee te stoppen en na te denken welke conflictremmer helpend zou zijn om in het vervolg escalatie te voorkomen. Daarna wordt geoefend met het toepassen van deze conflictremmer.

#### 11. Module Zelfbeeld (optioneel)

Deze module is enerzijds gericht op het verbeteren van de responsiviteit (ontvankelijkheid voor behandeling). Een beter zelfbeeld vergroot immers de zelfeffectiviteit (geloof in eigen kunnen) en dit leidt tot het gemakkelijker aanleren van nieuwe vaardigheden. In die zin werkt het als een beschermende factor. Anderzijds is het hebben van een laag zelfbeeld bij een deel van de doelgroep gerelateerd aan het delictgedrag. Zo kunnen jongeren juist vanuit onzekerheid meer stress ervaren en hierdoor uiteindelijk met agressie reageren. Er worden verschillende oefeningen aangeboden die helpen om het zelfvertrouwen te vergroten. De jongere bedenkt bijvoorbeeld dagelijks wat hij die dag goed heeft gedaan en/of er wordt bijvoorbeeld dagelijks gewerkt met het oproepen van een positieve herinnering (of fictieve situatie) waarin hij zich zeker voelde, dit wordt vervolgens versterkt door hierbij een passende lichaamshouding aan te nemen en een helpende gedachte te denken. Als een jongere deze herinnering met bijpassende houding kan oproepen, dan wordt er vervolgens onderzocht wat het hem oplevert als je dit doet en vervolgens denkt aan een situatie waarbij je normaal gesproken onzekerheid ervaart. N.B. deze module werkt lang niet bij alle jongeren, denk bijvoorbeeld aan jongeren met sterke narcistische trekken.

#### 12. Module problematisch middelengebruik (optioneel)

In deze module wordt gepoogd om meer bewustwording te realiseren over problematisch middelengebruik en mogelijke negatieve gevolgen voor de jongere. De jongere wordt vooraf aan deze module gemotiveerd om problematisch middelengebruik aan te pakken, waarbij naast het valideren, het opbouwen van de behandelrelatie, er meer dan eens specifiek stilgestaan wordt bij de voor- en nadelen van middelengebruik. Dit is nodig, omdat de ervaring leert dat een groot deel van de doelgroep de impact van middelengebruik in eerste instantie sterk bagatelliseert, het heeft om die reden tijd nodig om motivatie en vervolgens verandering te realiseren. In deze module wordt gepoogd om het thema te behandelen door aan te sluiten bij bekende AROPMaat-oefeningen. De jongere ervaart hierdoor een geïntegreerde behandel aanpak en het helpt om onnodige herhalingen te voorkomen. Voor het leren omgaan met trek, worden bijvoorbeeld (aangepaste) oefeningen aangeboden die de jongere al kent vanuit de module het verminderen van Stress en Boosheid en de module Beheersingsvaardigheden, maar dan m.b.t. een andere context. Hierbij wordt tevens gebruik

gemaakt van wat de jongere al heeft aangeleerd om bijvoorbeeld minder onrust te ervaren. Als de jongere de oefening wisselen van aandacht goed aangaat, dan wordt deze ook aangeboden voor het verminderen van trek. Bij het leren weerstaan van groepsdruk, wordt gewerkt met bewerkte oefeningen uit de module Weerbaarheid, hetzelfde geldt voor het toepassen van helpende gedachten.

### 13. Module Gezin in Beeld (optioneel)

Door het aanbieden van de module zullen de jongere en opvoeder(s) meer veiligheid ervaren (inzet veiligheidsplan, leren toepassen time-out procedure en/of signaleringsplan). Er wordt indien nodig gezorgd voor psycho-educatie over het hebben van een gedragsstoornis / agressieproblematiek aan opvoeders. Verder ligt de focus voor de opvoeders op het leren toepassen van de-escalerende technieken (conflictremmers) en helpende gedachten en leren adequater te communiceren. Samen gaan ze o.a. aan de gang met het benoemen van elkaars positieve eigenschappen, het herkennen van elkaars triggers (en hiermee stoppen) en het onderhandelen. In de laatste fase wordt er een plan van aanpak gemaakt voor het oefenen van specifieke onderdelen die relevant zijn voor het gezin.

Als de jongere niet meer naar huis gaat en opvoeders weigeren mee te werken of de jongere wil dit niet, dan wordt er wel met de jongere gekeken naar de conflicten die hij heeft met opvoeders en wordt geanalyseerd met welke triggers / aanjagers hij het beste kan stoppen en wat hij kan doen als hij te maken krijgt met triggers.

### 14. Module Partner in Beeld (optioneel)

Deze module wordt vooral in de ambulante setting aangeboden bij jongeren boven de 20 jaar. Tijdens deze module wordt eerst stil gestaan bij de motivatie. Dit gebeurt vaak door de partner eerst alleen te spreken. Ook is het zo makkelijker om zicht te krijgen op de veiligheid en of er sprake is van partnergeweld. Als dit speelt dan wordt er al snel samen gewerkt aan een veiligheidsplan en/of signaleringsplan en het werken met de time-out procedure. Verder wordt in ieder geval gewerkt aan het leren kennen van elkaars triggers (rode knoppen) en het leren toepassen van beheersingsvaardigheden voor als je als partner te maken krijgt met een rode knop. Door het aanbieden van de module zullen de jongere en de partner meer veiligheid ervaren (inzet veiligheidsplan, leren toepassen time-out procedure en/of signaleringsplan). De mogelijkheid tot bieden van psycho-educatie aan partner is aanwezig. Verder ligt bij hen de focus op het leren toepassen van de-escalerende technieken (conflictremmers), helpende gedachten en leren adequater te communiceren. De jongere en partner gaan ook aan de slag met het benoemen van elkaars positieve eigenschappen en het leren onderhandelen. De rode draad wordt gevormd door te werken aan het verbeteren van de communicatie, de kwaliteit van het contact en het verminderen van conflicten.

#### *Wat moet er minimaal worden gedaan*

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

#### *Werving*

Voor de residentiële versie is geen werving nodig. Momenteel blijken er voldoende jongvolwassenen aangemeld te worden die in aanmerking komen voor de ambulante versie. Als blijkt dat er meer bekendheid nodig is over de interventie bij potentiële verwijzers, dan kan gebruik gemaakt worden van een folder en een PowerPoint-presentatie.

## 2. Uitvoering

### Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding. Deze handleiding bevat vrijwel alle informatie die ook in deze beschrijving is te vinden;
2. Handleiding voor de behandelaar. Dit is een handleiding voor de behandelaar gericht op relevante aanwijzingen voor het uitvoeren van de methodiek en diverse modules. Deze handleiding bevat onder andere ondersteunende informatie over de gebruikte basistechnieken, therapeutische technieken en het motiveren. Verder wordt er uitleg gegeven over het behandelen van mensen met sterke psychopathe trekken, traumasensitief behandelen en het behandelen van problematisch middelengebruik en het werken met cliënten met een LVB.
3. Veertien verschillende modules voor de jongere en de module Gezin in Beeld en/of Partner in Beeld voor de jongere en zijn/haar opvoeders en/of zijn/haar partner. **N.B.** De modules zijn geschreven voor de jongeren, maar bieden ook handvatten voor de behandelaar in combinatie met het hoofdstuk uit de handleiding voor de behandelaar met relevante aanwijzingen voor het werken met de modules.
4. Managementhandleiding. Deze handleiding biedt vooral zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord.
5. Mentale weerbaarheidstraining. Deze handleiding is specifiek voor de residentiële setting bedoeld. Het bevat de inhoud van een training voor groepsleiding. Het biedt inzicht in hoe groepsleiding meer vaardigheden aangeleerd kunnen krijgen om de jongere een leef- en leerklimate mee te geven dat stimulerend werkt om positieve veranderingen te realiseren.

Naast dit materiaal bestaat er ter ondersteuning ook een blended-care aanbod van de standaard en optionele modules.. Er zijn ondersteunende filmfragmenten leverbaar om theoretische onderdelen of oefeningen beter uit te kunnen leggen. Verder bestaat er het spel Kookpunt dat specifiek ter ondersteuning van voor AROPmaat ontwikkeld is. Het betreft een interactief kaartspel waarmee jongeren op een speelse en ervaringsgerichte manier oefenen in het herkennen van triggers en spanning, én in het toepassen van spanningsreducerende technieken en gedragsalternatieven. Zo ook een PowerPoint-presentatie die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners uit te leggen. Ook is er een folder over AROPmaat voor JoVo's leverbaar. Als een instelling besluit om met de AROPmaat te gaan werken, wordt het materiaal digitaal aangeleverd.

### Type organisatie en locatie

*O Basisvoorziening voor alle kinderen en jongeren*

*O Voorziening voor lichte hulp en ondersteuning*

*X Gespecialiseerde hulp*

AROPmaat-JoVo kan worden uitgevoerd door een justitiële jeugd inrichting, een Jeugdzorg Plus instelling of een ambulante (forensische) jeugdzorginstelling die jongeren behandelen met ernstige agressieproblematiek. De instellingen dienen te beschikken over een kinder- en jeugdpsychiater. Eventueel werken instellingen samen om een transmuraal aanbod te realiseren. AROPmaat-JoVo kan in de instelling worden aangeboden, bij de jongeren thuis of op de school van de jongere.

### Opleiding en competenties van de uitvoerders

Gecertificeerde behandelaren van AROPmaat-JoVo dienen universitair (psychologie of orthopedagogiek) of hbo (sociaal-agogisch) opgeleid te zijn en hebben kennis van en ervaring met cognitieve gedragstherapie. Naast deze reguliere opleidingseisen is het voor het behoud van de programma-integriteit noodzakelijk om de driedaagse AROPmaat basisopleiding te volgen. In deze opleiding wordt eerst uitleg gegeven over het theoretische kader van AROPmaat en de wijze waarop verandering wordt gerealiseerd. Vervolgens worden de modules doorgenomen en verschillende oefeningen uitgeprobeerd en/of gedemonstreerd. Ook wordt de deelnemer gestimuleerd sensitiever te worden voor leerstijlen en transcultureel behandelen.

### Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

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

- De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het geven van trainingen en/of het behandelen van jongeren met ernstige agressieproblematiek;
- De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen. Hierbij zijn sensitiviteit, geduld en doorzettingsvermogen relevant;
- De behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder valideren (o.a. tonen van empathie);
- De behandelaar kan zijn/haar eigen waardeoordeel opschorten als dit nodig is om te voorkomen dat de jongere zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met een antisociale denkwijze;
- Ervaring in het toepassen van dramatherapeutische technieken is een pre. Mocht dit niet het geval zijn, dan is het belangrijk om na te gaan of een behandelaar geen problemen heeft met het doen van rollenspelen en andere doe-opdrachten.

### **Kwaliteitsbewaking**

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

1. Per inrichting / instelling wordt een programmaverantwoordelijke (PV) aangesteld die verantwoordelijk is voor de programma-integriteit. De PV volgt jaarlijks minimaal twee PV-dagen en krijgt naar behoefte begeleiding van de ontwikkelaar;
2. Behandelaren voldoen aan de gestelde opleidings- en competentie-eisen (zie vorige kopje). Zij krijgen na het volgen van de basisopleiding een certificaat dat twee jaar geldig is. Dit certificaat wordt verlengd door de ontwikkelaar als de behandelaar jaarlijks een booster heeft gevolgd en voldoet aan de voorwaarde omtrent de caseload (zie randvoorwaarden);
3. De PV verzorgt het eerste jaar elke twee weken één uur intervisie om zo de nodige AROPMaat-methoden te verbeteren en te onderhouden. Na een jaar wordt dit eens per maand aangeboden (dan anderhalf uur). Behandelaren zijn verplicht deze intervisie te volgen;
4. De PV biedt naast intervisie eens in de twee weken werkbegeleiding aan als hier behoefte aan is bij de behandelaar; De PV kan 'meekijken' tijdens behandelsessies of vragen om het maken van video-opnames die tijdens intervisie/werkbegeleiding worden getoond. Een jongere dient hier wel toestemming voor te geven;
5. Door te voldoen aan de caseload (zie voorwaarden) wordt de AROPMaat-behandelaar gestimuleerd om zijn kennis en deskundigheid te vergroten en kwalitatief te verbeteren;
6. AROPMaat-JoVo wordt aangeboden aan jongeren voor wie dit daadwerkelijk is geïndiceerd;
7. Tijdens het aanbieden van AROPMaat-JoVo wordt de behandeling gemonitord aan de hand van een vierwekelijkse behandel-evaluatielijst en een eind-evaluatielijst, zodat gecontroleerd kan worden of voldaan wordt aan de meest essentiële methoden en technieken. Deze lijsten worden door zowel de behandelaar als de jongere ingevuld. Aan jongeren wordt specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden.

### **Randvoorwaarden**

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

1. Per instelling zijn minimaal twee AR-behandelaren actief;
2. De AR-behandelaren voldoen aan de minimale eis om twee tot drie jongeren per week een AROPMaat variant aan te bieden;
3. De AR-behandelaren dienen voldoende indirecte tijd (zie paragraaf over de kosten) te krijgen voor het afstemmen met de ketenpartners en andere relevante betrokkenen;
4. De PV registreert naar verhouding meer indirecte uren en besteedt twee uur per week tijd aan het verrichten van ondersteunende werkzaamheden, zoals het begeleiden van beginnende AR-behandelaren (naast de intervisie), het zorgdragen voor de (interne) PR, het laten invullen van nul- en eindmetingen en evaluatieformulieren (ROM-en);

5. De behandelingsruimte moet groot genoeg zijn om met de behandelaar(s) en jongere(n) rondom tafels te kunnen zitten. Dit is vooral een issue als het gaat om het groepsonderdeel. Daarnaast moet ruimte zijn voor het doen van de verschillende doe-oefeningen. Als de behandeling thuis bij de jongere wordt aangeboden of op een andere locatie dan de poli, zijn er minder eisen. Wel moeten er dan afspraken gemaakt worden over het realiseren van een 'rustige plek' zonder de zorg voor eventuele jongere broertjes of zusjes/eigen kinderen;
6. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen;
7. Voor elke deelnemer is er werkmateriaal (de modules) aanwezig voor het geval de jongere dit gebruikt;
8. De behandelaar maakt gebruik van ondersteunende producten die aanwezig dienen te zijn. Het gaat om Kookpunt, een fysiobal, een gewone bal, een egelbal, gevoelswereldspel, kwaliteitenspel, vaardighedenspel, opvoedspel en relatie spel. Daarnaast enkele gezelschapsspelen, waaronder Jenga en vieropeenrij.

## Implementatie

### *Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:*

Op het moment dat een instelling interesse toont in AROPMaat-JoVo voert de ontwikkelaar een gesprek waarin uitleg wordt gegeven over de aard van het programma. Als blijkt dat het aanbod passend is, wordt er getoetst of het voor een instelling haalbaar is om zowel aan de randvoorwaarden te voldoen als aan het verrichten van de noodzakelijke acties om de kwaliteitsbewaking te waarborgen. Er wordt geïnventariseerd wat hiervoor nodig is en welke obstakels eventueel overwonnen moeten worden. Specifieke aandacht wordt ook besteed aan de interne PR, zodat er op tijd voorlichtingspresentaties gegeven worden aan verschillende functiegroepen. De behandelaren krijgen een basisopleiding aangeboden en worden op die manier verder op weg geholpen. De PV krijgt in een dagdeel apart uitleg van de hoofdontwikkelaar over zijn taken en verantwoordelijkheden.

### *Ondersteuning tijdens de opstartfase:*

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

## Kosten

Totale tijdsinvestering (personele kosten) van een AROPMaat-behandelaar per jongere

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

*Uit onderzoeksgegevens bleek dat jongeren in een residentiële setting gemiddeld genomen 102 minuten per keer behandeling kregen aangeboden voor een periode van 47 weken. Per instelling zal er met een ander uurloon berekend worden. Stel dat er uitgegaan wordt van een uurloon in loondienst van 50 euro bruto met alle werkgevers lasten, komt het neer op een bedrag van: 1,7 (102 minuten) X 47 X 50 euro X 1,75 = 6991,25.*

Bij de ambulante versie werd uit de onderzoeksgegevens duidelijk dat een AROPMaat-behandelaar gemiddeld genomen 48,3 weken behandeld met een intensiteit van 1,2 uur per week. Het gaat dan om een bedrag van 16.228

euro, uitgaande van een uurtarief van 140 euro (tarief dat geldt bij de hoog-specialistische ambulante GGZ). Hierbij is uitgegaan van 50% indirecte tijd.

Extra tijdinvestering programmaverantwoordelijke (PV):

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

#### Kosten opleiding

Het kost 450 euro (exclusief btw) per persoon om iemand te certificeren in AROpMaat-JoVo. Er kan ook een incompany opleiding worden aangeboden. Deze kost 4800 euro (exclusief btw). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de opleiding (hoofdontwikkelaar of andere opleider die hiertoe bevoegd is) door één opleider wordt aangeboden aan een groep die niet groter is dan twaalf personen.

De behandelaar die de opleiding volgt is dan drie dagen kwijt (uit de productie door het volgen van deze opleiding).

Daarna gaat het jaarlijks om het volgen van een booster. Dit kost per groep 1600 euro (exclusief btw) of als er aangesloten wordt bij een reguliere training voor diverse instellingen 175 euro per persoon (exclusief btw).

#### Kosten materiaal

Er dient rekening te worden gehouden met de kosten voor het vervaardigen van de modules (dit doet de instelling zelf, aangezien het materiaal digitaal wordt aangeleverd), het aanschaffen van de meetinstrumenten en enkele tablets om filmfragmenten te laten zien en rollenspelen op te nemen (zie randvoorwaarden).

### 3. Onderbouwing

#### Vraagstuk of probleem

##### *Probleem*

ARopMaat-JoVo is bedoeld voor jongeren en jongvolwassenen met ernstige agressieproblematiek. Bij adolescenten die agressief gedrag vertonen, wordt onderscheid gemaakt tussen agressief gedrag dat in de vroege kindertijd begint, niet vanzelf stopt en lastig behandelbaar is, en agressief gedrag dat tijdens de adolescentie begint en daarna geleidelijk afneemt. De eerste vorm wordt Life Course Persistent (LCP) of chronische agressie genoemd, de tweede vorm Adolescence Limited agressie (Aguilar et al., 2000; Eme, 2020; Moffitt et al., 2002, Moffitt, 2018.). Chronische agressie is van toepassing bij de ARopMaat-JoVo doelgroep, deze vorm gaat relatief vaak gepaard met psychische problemen en verschillende criminogene risicofactoren waaronder problematische middelengebruik en gedragsstoornissen of persoonlijkheidsproblematiek (e.g., Agnew-Blais et al., 2016; Akpanekpo et al., 2024; Brand et al., 2013; Bonta & Andrews, 2017).

##### *Specifieke kenmerken gericht op ernst, spreiding en prevalentie*

In de afgelopen twintig jaar is het aantal geregistreerde minderjarige verdachten afgenomen (Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum, 2024). In de afgelopen vijf jaar is de daling afgevlakt ten opzichte van daarvoor. Sindsdien is er overwegend sprake van een stabilisering in de aantallen waarbij jaarlijks kleine toe- of afnames elkaar afwisselen. Zo is er, na een stijging in 2022 in het aantal geregistreerde verdachten in de leeftijdsgroepen 12 tot 18 jarigen en jongvolwassenen van 18-23 jaar, in 2023 opnieuw een daling te zien (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2024). Veroordeelde jongere daders van een (gewelds)delict recidiveren na twee jaar met 35% en bij jongeren die in een JJI verbleven, ligt het recidivepercentage op 56% (Verweij et al., 2021). Bij jongeren met een PIJ-maatregel is dit nog hoger. Passende interventies voor gedragsverandering verlagen het recidiverisico (Buysse et al., 2022; Reef et al., 2020). Het aanbieden van een effectieve behandeling gericht op het verminderen van geweldsrecidive is dus essentieel, aangezien bij een substantieel deel van deze groep sprake is van agressieproblematiek.

Agressie is één van de meest voorkomende gedragsproblemen bij adolescenten (e.g., Blake & Hamrin, 2007; Stevens et al., 2018, Willoughby et al., 2021). Uit onze onderzoeksgegevens blijkt dat bij ongeveer 80% van de jongeren die in aanmerking komen voor ARopMaat-JoVo in een residentiële setting het agressieve gedrag gerelateerd is aan een gedragsstoornis. Bij ca. 50% gaat het om een normafwijkende gedragsstoornis, terwijl dit bij ongeveer 5,6% van de Nederlandse jongeren vanaf 13 jaar voorkomt. Bij de ambulante setting gaat het om circa 53%, bij 17% ging het om een antisociale persoonlijkheidsstoornis. De ARopMaat-JoVo-doelgroep bestaat zowel uit Nederlandse jongeren als jongeren van verschillende etnische afkomst, in het bijzonder Surinaams, Antilliaans, Marokkaans en Turks.

##### *Gevolgen*

Het plegen van geweldsdelicten heeft grote materiële en immateriële gevolgen voor de maatschappij. Niets doen aan externaliserende gedragsproblemen bij jongeren, betekent dat de kans op terugval hoog is. Als het gedrag niet verandert, is de kans groot dat de problemen blijven bestaan of zelfs erger worden, ook als de jongere volwassen is (Castillo-Eito et al., 2020; Garrido & Morales, 2007; Laan & Goudriaan, 2016; Schubert et al., 2012; Wartna et al., 2014). Antisociaal gedrag heeft ook (grote) gevolgen voor de slachtoffers, bovendien leidt het tot hoge maatschappelijke kosten (Bachmann et al., 2023; Cohen & Piquero, 2015; Kuklinski, 2015; Welsh et al., 2015). Tegenwoordig wordt niet alleen gekeken naar de gemaakte schade, de proceskosten en kosten met betrekking tot het uitvoeren van een straf, maar ook naar de maatschappelijke impact door het verlies van kwaliteit van leven bij slachtoffers. Zo leidt het tot meer traumagerelateerde klachten, angststoornissen en vermijdingsgedrag (Cohen & Piquero, 2015, Miliauskas et al., 2022; Mullan et al., 2023).

#### Factoren van invloed

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag worden verklaard vanuit het transactionele ontwikkelingsmodel (Sameroff & Fiese, 2000). De theorie is gebaseerd op de gedachte dat noch het individu noch de omgeving alleen de ontwikkelingsuitkomst bepaalt. Dit betekent dat chronische agressie volgens

deze theorie het product is van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006; Huesmann, 2018). Kortom, chronische agressie hangt samen met een combinatie van risicovolle individuele factoren (biologische en psychologische) en sociale factoren (gezins- en omgevingsfactoren; Bonta & Andrews, 2017; Eisenberg et al., 2018; Loeber et al., 2008). Er zijn dus meerdere factoren die het agressieve gedrag veroorzaken (DeWall et al., 2011). Hoe meer risicofactoren, hoe kleiner de draaglast wordt, tenzij er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de draaglast te compenseren. Dit betekent dat het veranderingsmodel niet alleen gericht dient te zijn op het verminderen van criminogene risicofactoren, maar ook op het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren die een positief effect hebben op de behandeling (Barnes-Lee, 2020; Loeber et al., 2008).

### Individuele kindfactoren

Het blijkt dat voornamelijk individuele risicofactoren, die betrekking hebben op iemands houding en denkwijze (cognitieve vervormingen) (Esposito et al., 2020; Lin, 2015; Wallinius et al., 2011), direct samenhangen met delinquent gedrag en recidive bij adolescenten vanaf 14 jaar (Van der Put, et al., 2012). Verder is bekend dat ernstig probleemgedrag in de kindertijd en daarna in de adolescentiefase zelden optreedt zonder dat genetische factoren daarin een aandeel hebben. Bij jongeren met agressieproblematiek gaat het onder andere om een tekort aan executieve functies (Koot et al., 2008; Schippers et al., 2020; Syngelaki et al., 2009). Executieve functies zijn cognitieve processen die nodig zijn om doelgericht, efficiënt en sociaal aangepast gedrag te organiseren in nieuwe, onbekende situaties (Huizinga, 2007). Diamond (2013) verdeelt de executieve functies onder in werkgeheugen, cognitieve flexibiliteit en inhibitie. Ook leiden verstoringen in de sociale informatieverwerking (Andrews & Bonta, 2010; Crick & Dodge, 1994; Smeijers et al., 2020; Van Rest et al., 2019) tot een verhoogde kans op agressief gedrag. Zeker als er ook nog sprake is van chronische stress, waardoor de mate van zelfregulatie afneemt en impulsief en agressief gedrag wordt versterkt (Murray et al., 2014).

### De sociale informatieverwerking (SIV)

Het sociale informatieverwerkingsproces verloopt bij jongeren met agressieproblematiek vaak inadequaat (Crick & Dodge, 1994; Hubbard, 2023; Van Nieuwenhuijzen et al., 2017), maar leidt ook tot een rigide wijze van probleemoplossing en het inadequaat maken van keuzes (Geurts, et al., 2018). Een tekort aan copingvaardigheden is onderdeel van executieve functies (Bell & Deater-Deckard, 2007; Modecki et al., 2017) en belemmert eveneens het kunnen reguleren van emoties; het kunnen toepassen van oplossingen en/of adequate reacties (Van der Laan & Blom, 2006). Bij dit proces speelt de database (harde schijf) van een jongere een grote rol. De database ontstaat door een transactioneel proces en bestaat onder andere uit genetisch materiaal, de invloed van eerdere (sociale) ervaringen, de aangeleerde normen en waarden, het gevoel van eigenwaarde en aanwezige (disfunctionele) schema's (Dodge & Pettit, 2003).

Grofweg komt het er op neer dat er verstoringen plaatsvinden door o.a. selectief waarnemen en disfunctionele cognities / schema's, waardoor jongeren het gedrag van de ander niet goed interpreteren. Zij interpreteren het gedrag van anderen bijvoorbeeld snel als vijandig en/of als een dreiging (Schönenberg & Justyte, 2014; Miller & Johnston, 2019; Van Bockstaele, 2020). De kerncognitie die vervolgens wordt aangesproken bepaalt of de jongere meer subassertief of agressief reageert (Bandura, 1997). Tijdens dit proces kunnen emoties ontstaan die mede invloed hebben op de keuze die wordt gemaakt m.b.t. het vertoonde gedrag en een inadequate informatieverwerking. Ook wordt daardoor de mate waarin iemand kan nadenken over adequate oplossingsvaardigheden beïnvloed. De emotie die wordt ervaren is vaak heftiger als een jongere last heeft van stemmingswisselingen of moeite heeft om emoties te reguleren. Verder leidt een beperkte impulscontrole tot het minder goed kunnen nadenken over adequate oplossingsstrategieën (Carvalho et al., 2023; Lee et al., 2017). Bij een groot deel van AROPMaat-doelgroep is bovendien ook sprake van een tekort aan vaardigheden om assertief met conflicten om te gaan, waardoor zij ook bij deze stap ondersteuning nodig hebben.

### Gezins- en omgevingsfactoren

Negatieve ouder-kind-interacties vergroten het risico op het ontwikkelen en in stand houden van agressief gedrag (e.g., Di Giunta et al., 2022; Kawabata et al., 2011; Rademacher et al., 2023). Uit het onderzoek van Van Doorn et al., (2008) kwam bovendien naar voren dat adolescenten die veel conflicten met hun ouders rapporteerden, hogere

niveaus van delinquent en agressief gedrag lieten zien dan adolescenten die aangaven weinig conflicten met hun ouders te hebben. Verder blijkt dat de kwaliteit van ouder-kind-relaties vooral tijdens de adolescentiefase samenhangt met de mate van delinquent en agressief gedrag van jongeren (Hoeve et al., 2009; Kapetanovic & Skoog, 2020; Keijsers et al., 2011).

Als de relatie met opvoeders slecht is en er geen positieve ondersteuning van een andere volwassene aanwezig is, dan is dit een extra risicofactor (Scholte, Van Lieshout, & Van Aken, 2001) voor het ontwikkelen van gedragsproblemen, waaronder agressief gedrag.

Het hebben van een deviante vriendengroep houdt verband met het vertonen van delictgedrag (Kim & Lee, 2023; Rakt, Weerman, & Need et al., 2005; Rowan et al., 2022). Het hebben van een deviante vriendengroep versterkt de (al aanwezige) problematiek (Bond & Bushman, 2017; De Lange et al., 2018; Vitaro et al., 2000). Delinquente jongeren overtreden de wet zelden alleen. Co-offending is inherent aan delinquentie (met agressieproblematiek) bij jongeren, zij zijn dus gevoelig voor groepsdruk (Defoe et al., 2021).

Fysieke mishandeling in de kindertijd is eveneens een voorspeller voor het plegen van delicten op latere leeftijd (Herrenkohl et al., 2020; Shin et al., 2016). Sociale factoren, zoals opgedane levenservaringen, kunnen antisociaal gedrag ook positief beïnvloeden, zoals een positieve omgang met ouders/verzorgers, leeftijdsgenoten en maatschappelijke instituties (Aazami et al., 2023). Daarom is het nodig om in de behandeling ook in te zetten op dergelijke beschermende factoren.

Een substantieel deel van de doelgroep heeft sociale uitsluiting en/of discriminatie ervaren, dit leidt tot meer boosheidsgevoelens (Fresnic & Borders, 2017; Lee & DiGiuseppe, 2018; Seidel et al., 2013) en daardoor tot meer agressief gedrag (Cheriji et al., 2012; Xiong et al., 2021). Het verwerken van deze ervaringen en het op laten doen van nieuwe positieve ervaringen kan beschermend werken.

### Beschermende factoren

Naast het verminderen van risicofactoren richt AROPmaat-JoVo zich op het versterken van beschermende factoren die bijdragen aan het terugdringen van agressie en recidive. Belangrijke elementen hierbij zijn het vergroten van motivatie en zelfeffectiviteit (Bandura, 1997; Briones-Rodriguez et al., 2016; Burnette et al., 2013). Recente studies bevestigen dat zelfeffectiviteit een buffer vormt tegen negatieve gedragsuitingen, vooral bij jongeren met een geschiedenis van geweld of trauma (Gonzalez et al., 2024; Xu et al., 2024). Ook het versterken van het zelfbeeld (Maddux, 2005; Zhang et al., 2025) en het bieden van sociale steun (Hoeve et al., 2009; Kapetanovic & Skoog, 2021) werkt beschermend. Recent onderzoek benadrukt dat sociale verbondenheid en positieve relaties met volwassenen en leeftijdsgenoten het risico op gewelddadig gedrag aanzienlijk kunnen verlagen, zelfs bij jongeren met een verhoogd risicoprofiel (Springer, 2023; Liu et al., 2024).

### **Aan te pakken factoren**

Zoals al eerder werd aangegeven wordt er ook gewerkt aan beschermende factoren die kunnen helpen om stressoren en/of risicofactoren te compenseren. In de meeste gevallen bestaan beschermende factoren uit het tegengestelde van risicofactoren. Bij AROPmaat wordt structureel gewerkt aan het versterken van beschermende factoren door de motivatie te vergroten en daarmee de leerbaarheid (het betreft het standaarddoel 1). Tegelijkertijd werkt het beschermend om het zelfbeeld te verbeteren (dit vergroot de leerbaarheid en vermindert gevoelens van stress (optionele behandeldoel 6)). Het helpt echter ook om de ervaren steun van iemand uit de omgeving te versterken (2e standaarddoel) en om opvoeders en/of groepsleiding te betrekken om het generaliseren te bevorderen (standaarddoelen 1 en 2 voor systeemleden).

Hieronder wordt kort beschreven welke criminogene risicofactoren worden aangepakt. Per factor wordt benoemd welke modules er worden ingezet om een factor te verminderen of te versterken.

De aanwezigheid van de negatieve invloed van een antisociale vriendenkring / versterken van de weerbaarheid: de jongere leert in de module Weerbaarheid weerbaarder te worden tegen de negatieve invloed van leeftijdsgenoten. Dit is gerelateerd aan doel 7 van de standaard AROPmaat-JoVo-doelen.

Het aanwezigheid van een negatieve interactie (teveel aan conflicten en slecht contact) met opvoeder(s)/partner / versterken van kwaliteit van contact: dit is gerelateerd aan het optionele doel voor opvoeders en partners. Hier wordt aan gewerkt via de module Gezin in Beeld en/of Partner in Beeld.

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen die leiden tot negatieve emoties en/of agressief gedrag: het betreft het algemene doel 7, hier wordt via de module Invloed van het Denken aan gewerkt.

De afwezigheid van voldoende sociale vaardigheden gericht op conflicthantering / versterken van conflictvaardigheden: het gaat om de groepsmodule en de Module Conflicthantering en het betreft het optionele doel 5 en het standaarddoel 4.

De aanwezigheid van een stoornis in de sociale informatieverwerking: er wordt gewerkt aan het verbeteren van de verschillende stappen die doorlopen worden tijdens het verwerken van sociale informatie. Dit wordt gedaan tijdens de groepsmodule, module Interpretieren en Waarnemen, module Weerbaarheid, en de Module Conflicthantering. Het gaat om de standaarddoelen 3 en 4 en de optionele doelen 3 en 5.

De aanwezigheid van executief disfunctioneren / versterken van het executief functioneren (vooral gericht op een beperkte impulscontrole en emotieregulatie en een tekort aan oplossingsvaardigheden): de modules Stressreductie, Impulscontrole, Beheersingsvaardigheden, en Emotieregulatie. Het gaat om de doelen 1, 2, en 4 van de optionele doelen en de standaarddoelen 4 en 5.

## Verantwoording

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

Volgens de RNR-principes is het van belang dat de intensiteit van de behandeling (frequentie en duur) is afgestemd op het recidiverisico (risicoprincipe). Dit betekent dat de behandeling van jongeren met een hoog recidiverisico vraagt om een meer intensieve en langdurige behandeling in vergelijking tot jongeren met een matig recidiverisico. Daarnaast dienen de behandeldoelen gerelateerd te zijn aan de dynamische criminogene risicofactoren (behoefteprincipe) die een rol spelen bij de jongere. Bij de specifieke doelgroep gaat het bijvoorbeeld om het tekort aan sociale en cognitieve vaardigheden te verminderen, maar bijvoorbeeld ook om het aanbieden van farmacotherapie voor het behandelen van ADHD. Vervolgens is het relevant dat er rekening wordt gehouden met de ontvankelijkheid van de doelgroep en een individu voor het behandel aanbod (reponsiviteitsbeginsel; Lammertink et al., 2020; Menger & Krechtig, 2008; Verdonck & Jaspert, 2009). Het responsiviteitsbeginsel is onder te verdelen in algemene en specifieke responsiviteit. Algemene responsiviteit is gericht op het toepassen van een behandelmethodiek die bij een soortgelijke doelgroep effectief blijkt te zijn (Bonta & Andrews, 2017). Specifieke responsiviteit staat voor het zorgdragen van maatwerk door onder andere te kijken naar de aard van de problematiek, de mate van motivatie en de leerstijl van de jongere (McCormick et al., 2017; Menger & Krechtig, 2008). Hieronder wordt specifiek uitgewerkt hoe de AROPmaat-JoVo de RNR-principes vormgeeft.

### Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de AROPmaat-JoVo

#### *A: Risicobeginsel*

Het is van belang dat de behandelaar met o.a. het gebruikte RT-instrument ontrafelt **hoe** de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een matig of (zeer) hoog risicoprofiel. Aan de hand van de uitkomst, wordt de intensiteit van de behandeling bepaald.

#### *B: Behoeftebeginsel*

De behandeling zal gericht zijn op de dynamische criminogene risicofactoren die op de jongere van toepassing zijn. Uit de diagnose volgens de DSM-5 en de score van de RT en de doelenlijst wordt duidelijk welke criminogene risicofactoren bij een jongere kritisch zijn en dus behandeld moeten worden. Meestal is een kritische risicofactor gekoppeld aan een standaard of optionele module van de AROPmaat-JoVo. Alleen al aan de hand van de uitkomsten van de RT wordt dus al snel duidelijk of de AROPmaat-JoVo geïndiceerd is en welke optionele modules van toepassing zijn. Het zal nodig zijn om ook andere behandelvormen in te zetten als er sprake is van kritische risicofactoren waar AROPmaat-JoVo niet voldoende in toegerust is. Denk bijvoorbeeld aan een psychiatrisch consult in verband met ADHD, verslavingszorg of een trauma-interventie.

### *C. Responsiviteitsbeginsel*

#### *Algemeen responsiviteitsprincipe*

Om zorg te dragen voor de algemene responsiviteit maakt AROPMaat-JoVo gebruik van technieken die bij een soortgelijke AROPMaat-JoVo-doelgroep effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2017) en dus leiden tot het realiseren van de doelen. In de algemene programmahandleiding worden per module de gebruikte technieken benoemd. Bij het kopje “aan te pakken factoren” is te zien welke modules een bijdrage leveren aan de subdoelen. Hieronder wordt samenvattend beschreven om welke technieken het gaat:

#### a. Grotendeels individueel behandelaanbod

Aangezien er aanwijzingen zijn dat groepsgericht behandelen minder effectief is (Greenberg & Lippold, 2013; James et al., 2016; McGuire, 2008) wordt AROPMaat grotendeels individueel aangeboden. Echter is de effectiviteit van groepsbehandelingen ook aangetoond (Azeez & Babalola, 2020; Tavakoli & Mirghaemi, 2023). Als jongeren qua leerstijl ook lijken te profiteren van een groepsaanbod, dan wordt in de residentiële setting de groepsmodule standaard aangeboden, aangezien dit aanbod kan helpen om cognitieve vervormingen te verminderen en om te leren beter met groepsdruk om te gaan. In de ambulante setting is dit een optionele module, omdat de ernst van de problematiek gemiddeld genomen minder is, waardoor het vaker onnodig is om extra tijd te investeren in de thema's die in de groepsmodule worden aangeboden. Daarnaast is het in een ambulante setting minder goed mogelijk om van te voren in te schatten hoe jongeren in een groep op elkaar zullen reageren en ook is het onwenselijk dat de jongeren na afloop van de groep met elkaar contact hebben.

#### b. Cognitief Gedragstherapeutische Elementen (CGT-elementen)

Uit verschillende meta-analyses en studies over het behandelen van (ernstige) agressieproblematiek blijkt dat jongeren responsief zijn voor een behandelaanbod met cognitieve gedragstherapeutische (CGT) elementen (e.g. Foolen et al., 2012; Lee & DiGiuseppe, 2018; Litschge et al., 2010; McCart & Sheidow, 2016; Valentine et al., 2019). De belangrijkste werkzame CGT-elementen die worden toegepast zijn het kunnen herkennen van cognitieve vervormingen (irrationele gedachten) in combinatie met het aanleren van helpende gedachten (Hogue et al., 2020; McCart & Sheidow, 2016; Oostermeijer et al., 2017). Verder is er binnen AROPMaat veel aandacht voor het aanleren van probleemoplossingsvaardigheden (Blake & Hamrin, 2007; Sukhodolsky et al., 2016; Van Horn et al., 2016).

#### c. Systeemgerichte benadering

Onderzoek heeft aangetoond dat een systeemgerichte benadering effectief is voor het behandelen van antisociaal (waaronder agressie) gedrag (e.g. Asscher et al., 2014; Hukkelberg et al., 2022; Mingebach et al., 2018; Van der Stouwe et al., 2014). Van belang hierbij is dat de therapie dan gericht is op de jongere, ouders en het betrekken van een steunend netwerk (Lange, 2018; Murrihy et al., 2010). Vermindering van conflicten en stressoren in de huiselijke sfeer werkt beschermend en leidt tot vermindering van agressief en ander opstandig gedrag op andere leefgebieden (Lange, 2018; Henggeler & Sheidow, 2012). Ook draagt het bij aan de veiligheid aangezien ouders betrokken worden bij het naleven van het veiligheidsplan en/of signaleringsplan. Een systemische aanpak benadrukt het belang van het versterken van beschermende factoren (indien er deels sprake is van een gezond netwerk) en versterkt het effect van de behandeling en laat generalisatie nog meer tot zijn recht komen (Lange, 2018; Guo & Slesnick, 2013).

#### d. Inzetten ervaringsgerichte oefeningen, waaronder dramatherapeutische technieken

Bij AROPMaat is het toepassen van ervaringsgerichte oefeningen (verschillende vormen van rollenspelen, stoelentechneken, ontspanningsoefeningen en imaginatie oefeningen) essentieel. Het is bekend dat het toepassen van rollenspelen en andere ervaringsgerichte interventies effectief is voor het verminderen van externaliserende gedragsproblemen (Foolen et al., 2012; Hogue et al., 2020; Lin en Bratton, 2015; Sukhodolsky et al., 2016). De technieken worden ingezet voor het verkrijgen van meer inzicht, het verminderen van boosheidsgevoelens en het op een andere manier betekenis geven aan nare ervaringen. Tevens worden ze ingezet om concreet te oefenen met het innemen van verschillende perspectieven (Walker & Murachver, 2012) en rolinleving in een persoon die tegenovergesteld denkt aan de jongere als het gaat om een cognitieve vervorming. Ook wordt het gebruikt om beheersingsvaardigheden te ontwikkelen die helpen en om te oefenen met het toepassen van helpende gedachten, waarbij ook aandacht is voor het aannemen van een passende houding die helpt om de gedachte te versterken (en

het gedrag dat erbij hoort). Een meta-analyse toont aan dat het aanbieden van ervaringsgerichte technieken in combinatie met CGT bij jongeren met externaliserend gedrag leidt tot het verminderen van het probleemgedrag (Hoogsteder et al., 2025, under review).

#### e. Mindfulness voor stressreductie en het leren richten van de aandacht.

Aangezien het werken aan stressreductie helpt bij het verminderen van agressieproblematiek (Franco et al., 2016; Lee & DiGiuseppe, 2018), maakt AROPMaat-JoVo onder andere gebruik van (aangepaste) mindfulness-oefeningen afkomstig van de mindfulness-based-stress-reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1998). Mindfulness heeft als doel het verminderen van stress door het leren richten van de aandacht (focussen) en het bewust worden van dat wat je waarneemt en doet. Hierdoor heeft mindfulness in potentie een gunstige invloed op het werkgeheugen en op een verminderd vermogen tot inhibitie. Uit onderzoek (waaronder meta-analyses) blijken mindfulness oefeningen te leiden tot onder andere vermindering van stress (Himelstein et al., 2012; Morley, 2018; Shonin et al., 2013) en vermindering van agressie (Hoogsteder et al., 2023; Tao et al., 2021).

### *Specifieke responsiviteitsprincipe*

#### a. Basishouding

Om verandering te realiseren is het een randvoorwaarde dat de behandelaar zorgt voor een behandelrelatie waarin de jongere contact durft aan te gaan (Dimic et al., 2023; Taylor et al., 2015; Tschuschke, et al., 2015; Will et al., 2016). Het is essentieel dat de behandelaar de jongere (en opvoeders) valideert (empathie tonen en het onder woorden brengen wat de ander voelt en denkt; Lavik et al., 2018; Linehan et al., 1999; Holländare, et al., 2016; Voutilainen et al., 2018). Deze basishouding wordt gedurende de hele behandeling toegepast en helpt om gevoelens van boosheid en wantrouwen te verminderen, het zorgt voor verbinding, een betere emotieregulatie en vergroot de specifieke responsiviteit (Hoogsteder et al., 2015).

#### b. Sensitief voor een responsief aanbod

AROPMaat-JoVo kan gemakkelijker aan het specifieke responsiviteitsprincipe voldoen, aangezien de behandeling grotendeels individueel is, maar ook door de inhoud van de behandeling af te stemmen op de behandelmotivatie, cognitieve capaciteiten, leerstijl en leertempo van de jongere. Het materiaal is bijvoorbeeld geschikt voor zowel jongeren met een lage intelligentie als voor jongeren met een hoge intelligentie. Rollenspelen kunnen variëren in moeilijkheidsgraad, bovendien worden er in de modules diverse oefeningen beschreven voor het behalen van hetzelfde subdoel. De behandelaar kiest samen met de jongeren voor oefeningen die het beste aansluiten op de leerstijl en interesses. De duur van de module wordt bepaald door het leertempo van de jongere. Tevens kan worden gekozen voor verschillende thuisopdrachten, wederom afhankelijk van leerstijl en de hulpvraag.

#### c. Verbeteren van zelfeffectiviteit en het geloof van eigen kunnen

De theorie van Bandura (1997) wordt ingezet om verandering te stimuleren. Bandura stelt dat verbetering in de mate van 'zelfeffectiviteit' een belangrijk mechanisme is voor leren en het veranderen van gedrag. Een goede en realistische zelfeffectiviteit vergroot de leerbaarheid, waardoor nieuw gedrag gemakkelijker aan te leren is. Zelfeffectiviteit gaat over het geloof in eigen kunnen op het gebied van de zelfregulatie en de mate van motivatie. Er zijn diverse aanwijzingen dat het verbeteren van het geloof in eigen kunnen invloed heeft op de motivatie en de behaalde resultaten (Briones-Rodriguez et al., 2016; Burnette et al., 2013; Gearhart & Tucker, 2020; Maddux, 2005). Zelfeffectiviteit wordt gevormd door ervaring, sociale modellen, kerngedachten, de mate van ervaren stress en negatieve emoties (Bandura, 1997). Volgens Bandura is er sprake van weinig geloof in eigen kunnen als een mens vele negatieve ervaringen heeft opgedaan. Weinig zelfeffectiviteit leidt sneller tot subassertief of agressief gedrag en een verstoring in het sociale informatieverwerkingsproces.

#### d. Doorlopend motiveren

Aangezien een deel van de AROPMaat-JoVo-doelgroep gedemotiveerd is, zet de behandelaar doorlopend verschillende motivatietechnieken in om motivatieverandering te stimuleren. Hierbij is het van belang dat de toegepaste technieken aansluiten bij het motivatieniveau van de jongere en inspelen op de verschillende domeinen die de motivatie kunnen beïnvloeden. AROPMaat-JoVo benadert motivatie als een veranderbaar begrip dat o.a. wordt

bepaald door een proces waarbij de jongere, zijn omgeving en de behandelaar interacteren (Rovers, 2010).

Voorbeelden van relevante motivatietechnieken zijn:

1. Het aangaan van contact, het opbouwen van een werkalliantie en in voldoende mate valideren (Dimic et al., 2023; Lavik et al., 2018; Taylor et al., 2015; Voutilainen et al., 2018);
2. Er wordt aangesloten bij het eigenbelang van de jongere. Tot welke nadelen leidt het agressieve gedrag voor de jongere?
3. Er wordt actief met de jongere gezocht naar motivatoren (redenen die voor de jongere kloppen en maken dat het volgen van de AROPMaat-JoVo als voordelig wordt gezien);
4. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit, geloof in eigen kunnen (Briones-Rodriguez et al., 2016; Gearhart & Tucker, 2020);
5. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de leerstijl van een jongere (Bonta & Andrews, 2017). Er kan bijvoorbeeld naar behoefte worden gevarieerd met de mate waarin er gewerkt wordt met rollenspelen, rolwisseling, voordoen, gebruik filmfragmenten, ontspanningsoefeningen, stoeltechnieken, video-opnames, verdiepende vragen, discussiëren).

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

In het verleden hebben er twee onderzoeken plaatsgevonden.

#### Samenvatting onderzoek 1

Het kwalitatieve onderzoek van Beerthuizen, De Wied en Orobio de Castro (2011) richtte zich op de beperkte implementatie van AROPMaat-JoVo binnen de justitiële jeugdinrichtingen (JJJ's). De interventie bleek in 2009–2010 nauwelijks te worden uitgevoerd, vooral door een lage instroom, organisatorische onrust en onduidelijkheden over taakverdeling, verhouding tot de basismethodiek en vervolgzorg. Ook inhoudelijke belemmeringen, zoals de duur van de interventie, de complexiteit van de handleidingen en responsief behandelen, speelden een rol. De onderzoekers concludeerden dat de implementatiegraad op dat moment te laag was voor een effectstudie, maar gaven aan dat verbetering mogelijk was bij betere screening en training van behandelaren.

Bron: Beerthuizen, M.G.C.J., de Wied, M.A., & Orobio de Castro, B. (2011). Uitvoering van de gedragsinterventie Agressie Regulatie op Maat. Universiteit Utrecht / WODC.

#### Samenvatting onderzoek 2

Het onderzoek van Hoogsteder en Stams (2012, 2013) combineerde een proces- en effectevaluatie van AROPMaat-JoVo binnen JJI De Doggershoek. De randvoorwaarden bleken op orde, de doelgroep werd bereikt en de programma-integriteit was over het algemeen voldoende. Jongeren waardeerden de interventie gemiddeld met een 7,3 en gaven aan dat de belangrijkste werkzame elementen aanwezig waren. Verbeterpunten lagen bij overdracht tussen behandelaren en betrokkenheid van mentoren. De uitkomstmaten toonden significante verbeteringen op onder meer recidiverisico, agressie, coping en disfunctionele cognities. Toevoeging van andere behandelvormen (Equip of vaktherapie) leverde geen meerwaarde op en liet soms zelfs een licht negatieve invloed zien.

Bron: Hoogsteder, L.M. & Stams, G.J.J.M. (2012, 2013). Programma-integriteit en doeltreffendheid van AROPMaat-JoVo. Onderzoek voor de (voormalige) Erkenningscommissie Justitie.

#### Onderzoek 3

- a) A. The relationship between the level of program integrity and pre-post-test changes of Responsive Aggression Regulation Therapy (re-ART) Ambulant: a pilot study. Hoogsteder, Horn, van, Stams, Wissink, & Hendriks, 2014.  
B. De programma-integriteit en de doeltreffendheid van AROPMaat JoVo Ambulant. Het rapport is beschreven volgens het voorgestelde format van de (voormalige) Erkenningscommissie Justitie over de uitvoering en de doeltreffendheid van AROPMaat-JoVo Ambulant om te kunnen beoordelen of een verlenging van de erkenning geëigend is. Hoogsteder & Stams, 2014.
- b) Tijdens het beoordelen van de programma-integriteit (PI) is gebruik gemaakt van interviews, een checklist indicatietelling, observaties en twee verschillende vragenlijsten (zelfrapportage). De interviews werden gebruikt om te achterhalen in welke mate werd voldaan aan de randvoorwaarden voor het uitvoeren van AROPMaat-JoVo Ambulant. Denk hierbij aan richtlijnen met betrekking tot de opleidingseisen, caseload en eisen omtrent het functioneren. Daarnaast werden de behandelaren steekproefsgewijs geobserveerd tijdens het uitvoeren van AROPMaat-sessies. Bij het observeren werd gebruik gemaakt van de sessie-checklist die toetst in hoeverre twaalf belangrijke aspecten tijdens de sessie zijn aangeboden (e.g., 'valideert de therapeut de adolescent voldoende?', 'sluit de therapeut voldoende aan bij de taal van de adolescent als er uitleg wordt gegeven?', 'is er minimaal een situatie of vaardigheid geoefend of een andere doe- oefening gedaan?'). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van deze lijst is in orde, de kappa's varieerden van 0.62 tot 1 (Cyr & Francis, 1992). Parallel aan deze acties vulden behandelaren een eindevaluatie vragenlijst in over de uitvoering van de hele behandeling, met onder andere vragen over de kwaliteitseisen voor het waarborgen van de PI op meta-niveau (i.e., Voldeden de duur en intensiteit van de behandeling aan het risicobehoefte?, Werd er maandelijks supervisie aangeboden en gevolgd?). De verkregen informatie uit deze vragenlijsten werd door de onderzoekers vergeleken met de genoteerde informatie in het EPD. Voor het scoren van de vragenlijsten gold een cut-off score van < 80%.

In het artikel zijn 26 jongeren betrokken. In het rapport is de data aangevuld. Daar gaat het om 50 jongeren, 16 behandelaren van drie verschillende vestigingen van de Waag en drie onderzoekers. De dataverzameling werd over de periode februari 2012 tot september 2013 verzameld.

- c) In beide studies is zowel het niveau van de programma-integriteit als de doeltreffendheid van AROPMaat Ambulant onderzocht. Er is gekeken of er sprake was van positieve veranderingen in vergelijking tussen voor- en nameting op grond van verschillende uitkomstmaten en of het niveau van programma-integriteit van invloed is geweest op de behaalde resultaten. Uit het artikel bleek dat slechts de helft van de behandelingen programma-integer was uitgevoerd; in het uitgebreidere onderzoeksrapport werd dit percentage vastgesteld op 62%. Vooral het risicobeginsel (het afstemmen van de behandelintensiteit op het recidiverisico) en het behoeftebeginsel (het aanbieden van passende standaard- en geïndiceerde modules) bleken onvoldoende te zijn nageleefd. Daarnaast kwamen als aandachtspunten naar voren: het niet structureel bijwonen van intervisies (inclusief het oefenen van specifieke AROPMaat-vaardigheden) en het ontbreken van een adequate overdracht tussen ketenpartners. Opvallend is dat met name behandelingen die vóór 2012 waren gestart – kort na de eerste opleiding van behandelaren in de methodiek – minder programma-integer werden uitgevoerd. Dit suggereert dat het niveau van programma-integriteit samenhangt met de mate van ervaring van de behandelaar. Het kan erop wijzen dat behandelaren tijd en oefening nodig hebben om het programma op een hoog niveau en volgens de richtlijnen uit te voeren. Dit sluit aan bij eerdere bevindingen dat bij diverse interventies regelmatig lage programma-integriteit wordt gerapporteerd (Nas et al., 2008; Durlak & DuPre, 2008).

De AROPMaat-PI<sup>+</sup>-groep liet significante verbeteringen zien op alle programmadoelen tussen nul- en eindmeting. Daarnaast bleek dat jongeren met een voldoende programma-integriteit (PI) op meerdere uitkomstmaten beter scoorden dan jongeren met een onvoldoende PI. Het betrof onder andere geweldsrecidiverisico, agressief en externaliserend gedrag, cognitieve vervormingen (zelfrapportage), geringe coping (volgens de therapeut) en responsiviteit (impulsiviteit en wantrouwen). Voor de meeste uitkomstmaten werden middelgrote tot grote effecten gevonden. De resultaten tonen aan dat AROPMaat-JoVo veelbelovende effecten heeft wanneer het programma wordt uitgevoerd zoals bedoeld (met voldoende programma-integriteit). Vergeleken met een natuurlijke controlegroep – die beschouwd kan worden als een vorm van Treatment As Usual (TAU) – laat de interventiegroep significant betere uitkomsten zien op meerdere behandelindicatoren. Dit benadrukt het belang van een zorgvuldige implementatie en onderstreept het potentieel van AROPMaat-JoVo als veelbelovende interventie bij jongeren met agressieproblematiek.

#### Onderzoek 4

1. Dust et al., 2025. *Procesevaluatie Agressie Regulatie op Maat-JoVo 2025*. De Waag.
2. De procesevaluatie beschrijft eerst beknopt de geschiedenis van AROPMaat-JoVo en welke ontwikkelingen er hebben plaatsgevonden. Ook wordt er ingegaan op het bereik van AROPMaat-JoVo: welke instellingen het aanbieden en hoeveel jongeren het programma hebben gevolgd. Vervolgens wordt ingegaan op de procesevaluatie die binnen de Waag heeft plaatsgevonden.

De procesevaluatie van AROPMaat-JoVo is uitgevoerd over de periode van april 2024 tot april 2025. Voor dit onderzoek is gebruikgemaakt van een combinatie van dossieronderzoek, ingevulde eindevaluatief formulieren door behandelaren en jongeren, en gesprekken met programmaverantwoordelijken. De evaluatieformulieren toetsten onder andere de toepassing van het RNR-model (Risk, Need, Responsivity) en de mate waarin werkzame elementen van de methodiek zijn toegepast. De doelgroep bestond uit jongvolwassenen die voldeden aan de indicatiecriteria voor deelname aan AROPMaat-JoVo en behandeld werden binnen de Waag. In totaal zijn gegevens van 83 jongeren geanalyseerd, waarbij 37 behandelaren betrokken waren. Daarnaast vulden 38 jongeren zelf een eindevaluatief formulier in.

Op basis van dossierinformatie en input van programmaverantwoordelijken is nagegaan in welke mate voldaan werd aan de randvoorwaarden van AROPMaat-JoVo. Om het niveau van de programma-integriteit (PI) te beoordelen, is onderzocht in hoeverre de werkzame ingrediënten van het programma daadwerkelijk zijn toegepast.

Als onderdeel van de procesevaluatie is tevens een beknopt beeld gegeven van het niveau van programma-integriteit binnen een bredere groep van instellingen. Achttien teams van zeven verschillende instellingen hebben gezamenlijk een evaluatieformulier ingevuld om een gemiddelde indruk te geven van de toepassing

van AROPmaat-JoVo binnen hun team. Daarnaast is door tien teams de implementatiemonitor ingevuld, waarmee inzicht is verkregen in de borging van de implementatie van het programma in de dagelijkse praktijk.

3. De procesevaluatie van AROPmaat-JoVo, uitgevoerd bij de Waag over de periode april 2024 tot april 2025, laat zien dat de methodiek breed wordt toegepast en gewaardeerd. In totaal zijn gegevens van 83 jongeren geanalyseerd, waarbij 37 behandelaren betrokken waren.

#### Rapportage jongeren

De jongeren die deelnamen aan de evaluatie gaven de behandeling gemiddeld een 8,1. Zij rapporteerden onder andere minder boosheid, meer inzicht in eigen gedrag en een verbeterde agressiebeheersing. Zo gaf 92,1% aan minder boosheid te ervaren na afloop van de behandeling, en 94,7% vond dat de behandeling hen had geholpen. De zelfinschatting van agressiebeheersing steeg van een 3,9 naar een 7,9 op een schaal van 1 tot 10

#### Rapportage behandelaren

Met de evaluatieformulieren werd de programma-integriteit gemiddeld met een score van 83,2% beoordeeld, wat boven de norm van 80% ligt. Landelijk werd zelfs een gemiddelde score van 100% gerapporteerd door achttien teams van zeven instellingen. De gebruiksvriendelijkheid van het materiaal werd gewaardeerd met een 8,3. Behandelaren noemden als sterke punten de flexibiliteit van de methodiek, de combinatie van technieken (zoals CGT, dramatherapie en ervaringsgericht werken), en de aandacht voor motivatie, de nadruk op de basishouding 'het valideren' en de emotieregulatie. De methodiek werd als goed toepasbaar ervaren, met name door de duidelijke structuur en de mogelijkheid tot maatwerk. Toch zijn er ook aandachtspunten. Zo bleek dat bij 21,6% van de cliënten de programma-integriteit onder de norm lag (maar niet lager dan 60%). Belangrijke aandachtspunten zijn het niet altijd kunnen afstemmen van de behandelintensiteit op het recidiverisico, mede door werkdruk, beperkte behandeluur of no-show gedrag van cliënten. Ook het gebruik van ervaringsgerichte oefeningen en huiswerkopdrachten kan nog consistentier worden toegepast. Succesfactoren zijn onder andere de inzet van de maandelijkse intervisie, de inzet van eHealth-toepassingen en het bet

#### Bereik

In de afgelopen vijf jaar is AROPmaat-JoVo aangeboden door verschillende zorginstellingen, waaronder de Waag, Inforsa, Fivoor, Kairos, Combinatie Jeugdzorg, Teylingereind, De Hunnerberg, De Hartelborgt, Pluryn en Boomerangzorg. Deze instellingen bieden gesloten, besloten en/of ambulante (forensische) zorg. Op basis van schattingen van de betrokken organisaties is AROPmaat-JoVo de afgelopen vijf jaar in totaal 657 keer aangeboden aan jongeren die voldeden aan de indicatiecriteria. Van deze groep heeft 69,4% (n = 456) het volledige behandeltraject afgerond. Bij 30,6% (n = 201) werd de behandeling voortijdig beëindigd, om uiteenlopende redenen zoals overplaatsing, plaatsing in een (jeugd)inrichting vanwege eerder gepleegde delicten, veranderde omstandigheden tijdens proefverlof, onvoldoende motivatie of een onverwacht vroegtijdig einde van het verblijf. Daarnaast kregen 203 jongeren een selectie van modules aangeboden, vaak vanwege maatwerkbehoeften of beperkte behandeluur. Dit wijst op een brede inzetbaarheid van de methodiek, ook buiten de strikt gedefinieerde doelgroep rekken van het netwerk bij de behandeling.

4. Op basis van de resultaten van de procesevaluatie van AROPmaat-JoVo zijn er verschillende aanpassingen en verbeteracties in gang gezet om de kwaliteit van de uitvoering verder te versterken. Een belangrijk aandachtspunt was het gebruik van evaluatie-instrumenten zoals de V-LIG en de doelenlijst. Binnen de Waag was al eerder ingezet op het frequenter en consistentier invullen van deze lijsten. Inmiddels worden deze circa 19% vaker ingevuld in vergelijking tot een jaar daarvoor. Bovendien worden ze steeds vaker samen met de cliënt ingevuld, wat niet alleen de betrokkenheid vergroot, maar ook wordt gezien als een behandelinterventie die bijdraagt aan motivatie en verbinding. De uitkomsten van deze instrumenten worden nu ook structureel opgenomen in het behandelplan en het halfjaarlijkse evaluatieformulier. Daarnaast is tijdens de landelijke PV-dagen besproken dat er behoefte is aan het toevoegen van enkele ervaringsgerichte oefeningen die jongeren helpen meer inzicht te krijgen in hun spanningsopbouw. Ook wordt het als helpend ervaren wanneer per module expliciet wordt aangegeven hoe het spel Kookpunt kan worden ingezet. Verder wordt gewerkt aan het ontwikkelen van werkvormen die tijdens intervisies gebruikt kunnen worden om het ervaringsgericht werken verder te stimuleren en verdiepen. Deze voorgenomen

aanpassingen onderstrepen dat de interventie zich blijft ontwikkelen op basis van praktijkervaringen en feedback van zowel behandelaren als cliënten. Het doel hiervan is om de effectiviteit en responsiviteit van de behandeling continu te versterken.

## 4.2 Onderzoek naar de effectiviteit

De aangehaalde studies die onder 4.1 zijn beschreven, maken duidelijk dat AROPmaat-JoVo zowel doeltreffend is in een residentiële als ambulante setting als gekeken wordt naar diverse uitkomstmaten en het verschil tussen de nul- en eindmeting. Er zijn daarnaast diverse scripties verschenen over de werking van de ambulante versie. Er werd dan bijvoorbeeld gekeken of AROPmaat even doeltreffend is voor jongeren met en zonder een LVB of voor meisjes en jongens (e.g., Fokkinga, 2014; Helmus, 2015). Het betreft pilotstudies, waarbij telkens opnieuw gekeken werd naar de programma-integriteit. De power was te klein om generaliserende uitspraken te kunnen doen, er werden echter overwegend positieve resultaten gevonden.

### Onderzoek 1

- a) Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). Hoogsteder, Kuijpers, Stams, van Horn, & Hendriks (2014) .
- b) Dit onderzoek betreft een evaluatieonderzoek naar de effecten van AROPmaat-JoVo in een residentiële setting. Hierbij werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign. Er is gebruik gemaakt van diverse meetinstrumenten, namelijk:
  1. De *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY; Lodewijks et al., 2003). Dit is een risicotaxatie-instrument voor de residentiële setting om de kans op algemeen gewelddadig gedrag bij adolescenten in te schatten en werd tijdens het onderzoek door de behandelcoördinator ingevuld (dit was niet de AROPmaat-JoVo-behandelaar, maar wel een gedragsdeskundige);
  2. Het aantal agressie-incidenten werden gegenereerd uit het justitiële registratiesysteem TULP-Jeugd en de reguliere incidentenregistratie-formulieren;
  3. De *Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch* (BDHI-D; Lange et al., 2005) werd gebruikt om hostiliteit en de neiging tot agressief gedrag te meten;
  4. De AR-lijst (Hoogsteder, 2014) is een gevalideerde lijst om in kaart te brengen in hoeverre een jongere beschikt over vaardigheden die gerelateerd zijn aan zelfcontrole en assertiviteit;
  5. De Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs et al., 1993) werd gebruikt om coping-gedrag te meten;
  6. De Lijst Irrationale Gedachtes (LIG; Hoogsteder, Wissink et al., 2014) en de Hoe ik Denk (HID; Barriga et al., 2001; Nas et al., 2008) werden ingezet om verschillende cognitieve vervormingen te kunnen meten die leiden tot subassertief gedrag, wantrouwen, agressie of antisociaal gedrag.

De experimentele groep ( $n = 63$ ) werd vergeleken met een groep jongeren ( $n = 28$ ) voor wie AROPmaat-JoVo geïndiceerd was, maar op een wachtlijst stond en uiteindelijk geen AROPmaat-JoVo, maar 'treatment as usual (TAU)' ontving. De behandeling van de TAU groep bestond voornamelijk uit cognitieve therapie (14,3%) en vaktherapie, zoals beeldende, drama- en muziektherapie (85,7%). Sommige jongeren uit de experimentele groep kregen overigens als onderdeel van het multimodaal behandelaanbod ook vaktherapie (49,2%) aangeboden.

- c) Met Chi-kwadraat en/of t-toetsen zijn de experimentele en controlegroep vergeleken op verschillende achtergrondvariabelen, zoals leeftijd, geslacht, verblijfstitel (civiel- of strafrechtelijk geplaatst), oppositionele gedragsstoornis (ODD), antisociale gedragsstoornis (CD), ADHD, intelligentie, licht verstandelijke beperking (LVB), middelenmisbruik, impulscontrole, type delictgedrag, verblijfsduur in de inrichting, culturele achtergrond, interventieduur, uitval en sociale wenselijkheid. Het bleek dat de AROPmaat-JoVo-groep significant verschilde van de TAU-groep in geslacht en verblijfsduur. Hier is op gecorrigeerd aan de hand van een ANCOVA.

De resultaten wezen uit dat de AROPmaat JoVo-groep vergeleken met de TAU-groep bij de eindmeting een significante verbetering liet zien op recidiverisico, agressief gedrag (waaronder aantal geregistreerde incidenten), copingvaardigheden, responsiviteit en cognitieve vervormingen, met uitzondering van negatieve attitude als

onderdeel van cognitieve vervormingen. Het ging gemiddeld genomen om een middelmatig tot groot effect. Het is aannemelijk dat de gevonden positieve resultaten gerelateerd zijn aan het toepassen van de RNR-principes met extra aandacht voor het responsiviteitsprincipe, aangezien de TAU-behandeling niet op deze principes was gebaseerd.

82,5% van de jongeren uit de experimentele groep vond dat hij/zij door de behandeling minder vaak boos of geïrriteerd was. 90,5% zegt dat AROPMaat-JoVo geholpen heeft. 74,6% denkt dat hij/zij nu niet of minder vaak in aanraking zal komen met politie/justitie.

Tijdens het evaluatieonderzoek werd de programma-integriteit structureel getoetst. Uit de onderzoeksgegevens bleek dat de AROPMaat-JoVo-behandelaars voldeden aan de opleidingseisen, er vond om de twee weken intervisie plaats en aan de vereiste minimale caseload van drie jongeren was voldaan. Verder werd er via evaluaties regelmatig door de programmaverantwoordelijke gecontroleerd of het programma in voldoende mate werd aangeboden zoals bedoeld. Hieruit werd duidelijk dat de veronderstelde werkzame elementen in voldoende mate werden uitgevoerd.

## Onderzoek 2

- a) Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART): An Evaluation Study in a Dutch Juvenile Justice Institution in Terms of Recidivism. Hoogsteder, Stams, Schippers, & Bonnes (2018).
- b) Dit onderzoek betreft een effectonderzoek naar de effecten van AROPMaat-JoVo in een residentiële setting in termen van (risico op) recidive. Hierbij werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign. Er is gebruik gemaakt van twee meetinstrumenten, namelijk:
  1. De *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY; Lodewijks et al., 2003). Dit is een risicotaxatie instrument voor de residentiële setting om de kans op algemeen gewelddadig gedrag bij adolescenten in te schatten en werd tijdens het onderzoek door de behandelcoördinator ingevuld (dit was niet de AROPMaat-JoVo-behandelaar, maar wel een gedragsdeskundige);
  2. Voor de recidivemetingen is gebruik gemaakt van gegevens uit de Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD). Op basis van door de onderzoekers geleverde informatie over de jongeren die deelnamen aan het onderzoek is een bestand door het WODC aan de onderzoekers geleverd.

In deze studie werd het effect van AROPMaat-JoVo, een residentiële behandeling voor ernstig agressieve jongeren tussen de 16 en 21 jaar, vergeleken met het effect van een reguliere behandeling (Treatment As Usual – TAU) aan jongeren met soortgelijke problematiek in termen van (risico op) recidive. Ook werd er een moderatorenonderzoek uitgevoerd naar etniciteit, leeftijd en intelligentie.

- c) Tijdens het evaluatieonderzoek werd de programma-integriteit structureel getoetst, deze bleek voldoende. Met Chi-kwadraat en/of t-toetsen zijn de experimentele en controlegroep vergeleken op verschillende achtergrondvariabelen, zoals leeftijd, geslacht, verblijfstitel (civiel- of strafrechtelijk geplaatst), oppositionele gedragsstoornis (ODD), antisociale gedragsstoornis (CD), ADHD, intelligentie, licht verstandelijke beperking (LVB), middelenmisbruik, impulscontrole, type delictgedrag, verblijfsduur in de inrichting, culturele achtergrond, interventieduur, uitval en sociale wenselijkheid. Het bleek dat de AROPMaat-JoVo-groep significant verschilde van de TAU-groep in geslacht en verblijfsduur. Hier is op gecorrigeerd aan de hand van een ANCOVA en Cox Regressie Analyse.

De resultaten van het onderzoek toonden aan dat de AROPMaat-JoVo-groep significant beter scoorde dan de TAU-groep op risico van geweldsrecidive bij de nameting. De daadwerkelijke geweldsrecidive verminderde significant bij geweldsdelicten na twee en drie jaar. Ook werd er een significant effect gevonden bij vermogensdelicten (na twee jaar) en algemene recidive na een follow-up van één, twee en drie jaar. Na een follow-up van drie jaar is te zien dat de AROPMaat-JoVo-groep ruim de helft minder recidiveerde (29.8%) met geweldsdelicten (AROPMaat-JoVo-groep: 23,8%; TAU-groep: 53,6%). Voor algemene recidive was het gevonden verschil nog groter, namelijk 37,7%. AROPMaat-JoVo leidde echter geenszins tot vermindering van vermogensdelicten met geweld. Het onderzoek toonde verder aan dat de gerecidiveerde jongeren uit de experimentele groep in een periode van drie

jaar significant minder delicten pleegden dan de gerecidiveerde jongeren uit de controlegroep. Echter, er werd geen significant verschil gevonden in ernst van de gepleegde delicten onder de gerecidiveerde jongeren van beide groepen.

Het effect van AROPMaat-JoVo bleek niet afhankelijk te zijn van etniciteit, leeftijd en intelligentie. Met andere woorden jongeren met een migratieachtergrond profiteerden evenveel van het inhoudelijke aanbod. Ook maakt de leeftijd van de jongeren niet uit, er is geen verschil in effect gevonden bij jongeren tussen de 16 en 18 jaar en tussen de 18 en 21 jaar. Ten slotte bleek AROPMaat-JoVo zowel voor jongeren met een LVB (IQ-score tussen de 70-85 en problemen met de zelfredzaamheid) te werken als voor jongeren zonder een LVB.

Dit onderzoek is een eerste verkenning over de effecten van AROPMaat-JoVo. Aangezien het onduidelijk is of de resultaten te generaliseren zijn, dienen de resultaten met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. De resultaten van dit onderzoek zijn echter veelbelovend, zeker omdat het verschil in geweldsrecidive en algemene recidive tussen beide groepen erg groot is. De power is vrij klein om moderator-effecten op te sporen. Dit kan geleid hebben tot een onderschatting van de effecten.

### Onderzoek 3

- a) The Effects of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Outpatient for Young Adults Compared to a Control Group. (2020) Hoogsteder, Schippers, Sweers, & Stams. *Journal of Forensic Sciences*, 66(3), 971-981.
- b) Dit onderzoek betreft een effectonderzoek naar de effecten van AROPMaat-JoVo in een ambulante setting. Hierbij werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign.

Er is gebruik gemaakt van diverse meetinstrumenten, namelijk:

1. Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ Jeugd en Volwassenen (RAF GGZ; Van Horn et al., 2013). Dit is een risicotaxatie-instrument voor de ambulante setting om de kans op onder andere algemeen gewelddadig gedrag bij adolescenten en volwassenen (afhankelijk van de versie) in te schatten en werd tijdens het onderzoek door de regiebehandelaar ingevuld;
2. De YSR (Verhulst & van der Ende, 1997) is een vragenlijst waarop jongeren vragen over zichzelf kunnen beantwoorden over vaardigheden en emotionele- en gedragsproblemen kijkend naar de afgelopen zes maanden. Voor dit onderzoek is de schaal externaliseren gebruikt;
3. De Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs et al., 1993) werd gebruikt om coping-gedrag te meten;
4. De Lijst Irrationale Gedachtes (LIG; Hoogsteder, Wissink et al., 2014) werd ingezet om verschillende cognitieve vervormingen te kunnen meten die leiden tot subassertief gedrag, wantrouwen, agressie of antisociaal gedrag.

In deze studie werd het effect van AROPMaat Ambulant, een behandelvorm voor (ernstig) agressieve jongeren en jongvolwassenen tussen de 16 en 24 jaar, vergeleken met de resultaten van een controle groep met soortgelijke problematiek die verschillende evidence-based behandelvormen kregen aangeboden. De totale onderzoeksgroep bestond uit 77 respondenten en was onderverdeeld in de AROPMaat-groep (n=47) en een vergelijkingsgroep (n=29). De jongeren uit de controlegroep voldeden allemaal aan de indicatiecriteria van AROPMaat, maar kregen wegens diverse redenen een andere behandeling aangeboden. Er was bijvoorbeeld een lange wachtlijst voor AROPMaat, een jongere koos zelf voor een andere behandelvorm of er werd verwacht door de regiebehandelaar dat een andere therapievorm beter zou aansluiten. De behandelingen die aan de controlegroep werden aangeboden waren: Multi Systeem Therapie (MST; 20,7%), Ouderschap met liefde en grenzen (OLG; 27,6%), Cognitieve gedragstherapie (CGT; 44,8%), en Schematherapie (6,9%). Bij MST en OLG ging het om jongeren tot en met 18 jaar.

- c) Tijdens het effectonderzoek werd de programma-integriteit ook getoetst. Alleen onderzoeksresultaten van jongeren bij wie de programma-integriteit in orde was, zijn geïncorporeerd. Met Chi-kwadraat en/of t-toetsen zijn de experimentele en controlegroep vergeleken op verschillende achtergrondvariabelen. Het gaat om leeftijd, geslacht, intelligentie, migratieachtergrond, antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS), oppositionele gedragsstoornis (ODD), antisociale gedragsstoornis (CD), ADHD, licht verstandelijke beperking (LVB), middelenmisbruik, impulsbeheersingsstoornis, ASS type delict- en/of probleemgedrag, interventieduur en -frequentie. Er werden geen significante verschillen aangetroffen op deze achtergrondvariabelen. De resultaten van het onderzoek wezen uit dat de AROPMaat-groep in vergelijking met de vergelijkingsgroep

meer positieve veranderingen behaalde met betrekking tot de kans op geweldsrecidive, impulsiviteit, boosheid en agressie, motivatie, coping, cognitieve vervormingen en het functioneren op sociaal-emotioneel gebied. Bij de genoemde domeinen ging het om een middelgroot of groot effect met uitzondering van agressief gedrag (gerapporteerd door de jongere), daar betrof het een klein effect. Er werd geen significant effect gevonden op het functioneren van het gezin (waaronder de opvoedingsvaardigheden van de ouders) en regelovertredend gedrag (gerapporteerd door de jongere).

Er werd waarschijnlijk geen effect gevonden op het functioneren van het gezin, doordat 48,3% van de vergelijkingsgroep MST of OLG aangeboden heeft gekregen. Beide interventies zijn systemisch en specifiek gericht op het verbeteren van het gezinsfunctioneren. Zowel de experimentele groep als de controlegroep behaalden een groot effect op dit domein. Dit impliceert dat AROPmaat ook op dit domein voldoende resultaat heeft behaald.

#### Onderzoek 4

- a) Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Improves Executive Functioning in Adolescents and Young Adults with Severe Aggression Problems: A Pilot Study  
Schippers, E.E., Hoogsteder, L.M., & Stams, G.J.J.M. (2020)
- b) Dit onderzoek betreft een pilotstudie met een quasi-experimenteel design naar de effecten van Re-ART (AROPmaat) op executieve functies (EF) en het risico op geweldsrecidive bij jongeren en jongvolwassenen met ernstige agressieproblematiek. De studie vergeleek twee behandelcondities: Re-ART Compact (vier maanden) en Re-ART Complete (tien maanden).  
De steekproef bestond uit 25 jongeren (13–23 jaar) met een matig tot hoog risico op geweldsrecidive. De deelnemers werden willekeurig toegewezen aan Re-ART Compact (n = 14) of Re-ART Complete (n = 11). De volgende meetinstrumenten werden gebruikt: de BRIEF-A (voor inhibitie, flexibiliteit, emotieregulatie en zelfevaluatie), de Re-ART lijst (zelfcontrole) en de RAF MH (risico op geweldsrecidive). Metingen vonden plaats voor (T0) en na (T1) de behandeling. Alleen behandelingen met voldoende programma-integriteit ( $\geq 70\%$ ) zijn meegenomen in de analyses.
- c) De resultaten lieten zien dat beide groepen significante verbeteringen vertoonden op meerdere EF-domeinen. In de Re-ART Compact-groep verbeterden inhibitie, emotieregulatie, zelfevaluatie en zelfcontrole (therapeutversie), maar flexibiliteit en zelfcontrole (zelfrapportage) verbeterden niet significant. In de Re-ART Complete-groep werden op alle EF-domeinen significante verbeteringen gevonden. Daarnaast liet deze groep een grotere afname zien in het risico op geweldsrecidive ( $d = 2.13$ ). De effectgroottes varieerden van middelgroot tot groot.  
De uitkomstmaten sluiten aan bij meerdere subdoelen van AROPmaat-JoVo, waaronder subdoel 4 (geweldloze oplossingen bedenken en toepassen), subdoel 5 (meer adequate beheersingsvaardigheden), en de optionele subdoelen 1 (stressreductie), 2 (impulscontrole) en 4 (emotieregulatie).  
De auteurs concluderen dat Re-ART Compact effectief is in het verbeteren van specifieke EF-vaardigheden binnen een kort tijdsbestek, wat relevant is in situaties met beperkte behandelduur. Re-ART Complete wordt echter aanbevolen wanneer mogelijk, vanwege de bredere en duurzamere effecten op gedrag en recidiverisico. De bevindingen ondersteunen het belang van EF als aangrijpingspunt in de behandeling van agressieproblematiek. Vervolgonderzoek met grotere steekproeven is nodig om de resultaten te bevestigen en generaliseerbaarheid te vergroten.

#### Onderzoek 5

- a) *Letting Work What Works – Effectively Preventing Juvenile Delinquency in the Netherlands: A Meta-Analysis of the Evidence.*  
Meulen, P., Koning, M., Assink, M., van Hooren, S., Kolthoff, E., & Heynen, H. (2025).
- b) Dit onderzoek betreft een meta-analyse naar de effectiviteit van zes door het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) erkende justitiële gedragsinterventies met minimaal het erkenningsniveau “eerste aanwijzingen voor effectiviteit”. De meta-analyse is uitgevoerd volgens de PRISMA-richtlijnen en richt zich op de mate waarin deze interventies bijdragen aan het verminderen van delinquent gedrag en recidive onder Nederlandse jongeren in de leeftijd van 12 tot 24 jaar. In totaal zijn tien (quasi-)experimentele studies geïnccludeerd die onderzoek hebben gedaan met een controlegroep en daadwerkelijke recidive of delinquentie als

uitkomstmaat hanteerden. De onderzochte interventies zijn TOOLS4U, Multidimensional Family Therapy (MDFT), Multi Systeem Therapie (MST), Alleen jij bepaalt wie je bent (OYD), SoVa op Maat en ARopMaat voor jongvolwassenen. Vier andere interventies met eenzelfde erkenningsniveau of hoger konden niet worden meegenomen in de analyse, omdat er geen studies beschikbaar waren waarin delinquentie of recidive direct werd gemeten en/of er een controlegroep ontbrak.

De primaire uitkomstmaten in deze meta-analyse waren delinquentie en recidive, gemeten aan de hand van officiële registraties (zoals de OBJD), zelfrapportages, het aantal gepleegde delicten, de tijd tot recidive en de ernst van de gepleegde delicten. Daarnaast werd onderscheid gemaakt tussen verschillende typen delicten, namelijk algemene, gewelds- en vermogensdelicten. De meta-analyse maakte gebruik van een drie-niveaus model om variantie op het niveau van steekproeven, binnen studies en tussen studies te analyseren. Tevens werd onderzocht in hoeverre factoren zoals interventieduur, programma-integriteit, type delict en studieopzet de effectiviteit beïnvloeden.

- c) De resultaten van het onderzoek toonden aan dat de interventies in het algemeen een klein maar significant positief effect hadden op het verminderen van delinquent gedrag (Hedges'  $g = 0.22$ ), wat overeenkomt met een geschatte reductie van 12,4% in delinquentie. De effectiviteit verschilde echter aanzienlijk per interventie. SoVaopMaat en ARopMaat lieten een gemiddeld effect zien van  $g = 0.50$ , wat neerkomt op een reductie van 27,6% in recidive. Ook de sportinterventie Only You Decide who you Are bleek effectief met een effectgrootte van  $g = 0.22$ . Daarentegen bleken TOOLS4U (sociale vaardigheidstraining) en de systeeminterventies MDFT en MST niet effectief, met een effectgrootte van slechts  $g = 0.03$ . Verder bleek dat interventies met een duur van meer dan zes maanden en met een middel- tot hoge mate van programma-integriteit effectiever waren dan kortdurende of minder goed uitgevoerde interventies. Mogelijk kunnen de systemische interventies meer effect bereiken als ze de behandeling langer laten duren. Interventies gericht op algemene delinquentie lieten grotere effecten zien dan interventies gericht op specifieke delicttypen. De kwaliteit van de studies bleek ook van invloed: studies van lagere methodologische kwaliteit rapporteerden gemiddeld grotere effecten. De auteurs concluderen dat alleen interventies die aansluiten bij het Risk-Need-Responsivity (RNR)-model, voldoende lang duren en met hoge programma-integriteit worden uitgevoerd, daadwerkelijk effectief zijn in het voorkomen van jeugdcriminaliteit.

## 5. Aangehaalde literatuur

- Aazami, A., Valek, R., Ponce, A. N., & Zare, H. (2023). Risk and protective factors and interventions for reducing juvenile delinquency: A systematic review. *Social Sciences, 12*(9), 474. <https://doi.org/10.3390/socsci12090474>
- Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Evaluation of the persistence, remission, and emergence of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adulthood. *Journal of the American Medical Association Psychiatry, 73*(7), 713-720. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0904>
- Aguilar, B., Sroufe, L.A., Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescent-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and Psychopathology, 12*, 109-132. <https://doi.org/10.1017/S095457940000108X>
- Akpanekpo, E. I., Kariminia, A., Srasuebku, P., Trollor, J. N., Kasinathan, J., Greenberg, D., ... & Butler, T. (2024). Criminal justice transitions among adolescents in Australia: A multi-state model. *Journal of Criminal Justice, 92*, 102189. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2024.102189>
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy and Law, 16*(1), 39-55. <https://doi.org/10.1037/a0018362>
- Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W., Van der Laan, P. H., Prins, P. J., Van Arum, S., & Dutch MST Cost-Effectiveness Study Group. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in The Netherlands: Effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology, 10*(2), 227-243. <https://doi.org/10.1007/s11292-014-9200-7>
- Averdijk, M., Eisner, M., & Ribeaud, D. (2024). Effects of school-based prevention programs on emotion regulation and aggression in adolescents at risk. *Journal of School Psychology, 96*, 145-157. <https://doi.org/10.1016/j.jsp.2024.04.002>
- Azeez, R., & Babalola, S. (2020). Effect of Cognitive Behavioral Group Therapy on Adolescents' Aggressive Behavior. *International Journal of Behavioral Sciences, 14*(2), 51-55.
- Bachmann, C. J., Humayun, S., Stevens, M., O'Connor, T. G., & Scott, S. (2023). Secure attachment predicts lower societal cost amongst severely antisocial adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health, 17*(1), 56. <https://doi.org/10.1186/s13034-023-00754-0>
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Barnes-Lee, A. R. (2020). Development of protective factors for reducing juvenile reoffending: A strengths-based approach to risk assessment. *Criminal justice and behavior, 47*(11), 1371-1389. <https://doi.org/10.1177/0093854820954020>
- Barriga, A. Q., Gibbs, J. C., Potter, G. B., & Liau, A. K. (2001). *How I Think (HIT) Questionnaire manual*. Champaign, IL: Research Press.
- Beerthuisen, M. G. C. J., De Wied, M. A., & Orobio de Castro, B. (2011). *The implementation of the Responsive Aggressive Regulation Therapy for Juveniles*. Utrecht: WODC.
- Bell, M. A., & Deater-Deckard, K. (2007). Biological systems and the development of self-regulation: Integrating behavior, genetics, and psychophysiology. *Journal of Deviant Behavior Pediatrics, 28*, 409-420.
- Blake, C. S., & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 20*, 209-221.
- Bond, R. M., & Bushman, B. J. (2017). The contagious spread of violence among US adolescents through social networks. *American journal of public health, 107*(2), 288-294. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303545>
- Bonta, J. & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct*, Sixth Edition. New York: Routledge
- Brand, E. F. J. M., a'Campo, A. M. G., Van den Hurk, A. A. (2013). *15 jaar PIJ-ers in beeld: Kenmerken en veranderingen van jongeren die de PIJ-maatregel opgelegd kregen in de periode 1995-2010*. Dienst Justitiële Inrichtingen: Den Haag.
- Briones-Rodriguez, C., Morales-Martinez, G. E., Santos-Alcantara, M. G., Lopez-Ramirez, E. O., & Urdiales-Ibarra, M. E. (2016). Cognitive algebra underlying high school student's self-efficacy judgment to solve mathematical problems in the classroom or online. *International Journal of Education, 8*(2), 136-148. <https://doi.org/10.5296/ije.v8i2.9360>
- Burnette, J. L., O'Boyle, E. H., VanEpps, E. M., Pollack, J. M., & Finkel, E. J. (2013). Mind-sets

- matter: A meta-analytic review of implicit theories and self-regulation. *Psychological Bulletin*, 139(3), 655-701. <https://doi.org/10.1037/a0029531>
- Buysse, W., Petersen, A., & Nauta, O. (2022). Toeleiding naar gedragsinterventies in de jeugdstrafrechtketen. <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2019/03/Richtlijn-Ernstige-gedragsproblemen-Onderbouwing-2019.pdf>
- Carvalho, C. B., Arroz, A. M., Martins, R., Costa, R., Cordeiro, F., & Cabral, J. M. (2023). "Help Me Control My Impulses!": Adolescent Impulsivity and Its Negative Individual, Family, Peer, and Community Explanatory Factors. *Journal of youth and adolescence*, 52(12), 2545-2558. <https://doi.org/10.1007/s10964-023-01695-5>
- Castillo-Eito, L., Armitage, C. J., Norman, P., Day, M. R., Dogru, O. C., & Rowe, R. (2020). How can adolescent aggression be reduced? A multi-level meta-analysis. *Clinical psychology review*, 78, 101853. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101853>
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2024). *Geregistreeerde verdachten*. Geraadpleegd van <https://www.nji.nl/cijfers/delinquentie>
- Chereji, S. V., Pinteau, S., & David, D. (2012). The relationship of anger and cognitive distortions with violence in violent offenders' population: A meta-analytic review. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 4(1), 59-77. <https://doi.org/10.5093/ejp2012a7>
- Cohen, M. A., & Piquero, A. R. (2015). Benefits and costs of a targeted intervention program for youthful offenders: The youth build USA offender project. *Journal of Benefit-Cost Analysis*, 6(3), 603-627. <https://doi.org/10.2139/ssrn.2566853>
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Cyr, L., Francis, K. (1992). Measures of clinical agreement for nominal and categorical data: The Kappa coefficient. *Computer in Biology and Medicine*, 22, 239-246. [https://doi.org/10.1016/0010-4825\(92\)90004-9](https://doi.org/10.1016/0010-4825(92)90004-9)
- Deffenbacher, J. L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 212-221. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.10.004>
- Defoe, I. N., Van Gelder, J. L., Ribeaud, D., & Eisner, M. (2021). The co-development of friends' delinquency with adolescents' delinquency and short-term mindsets: The moderating role of co-offending. *Journal of youth and adolescence*, 50, 1601-1615. <https://doi.org/10.1007/s10964-021-01438-9>
- De Lange, M., Matthys, W., De Veld, D., Foolen, N., Addink, A., Menting, M., & Bastiaanssen, I. (2018). *Richtlijn ernstige gedragsproblemen: Onderbouwing*. Geraadpleegd van <https://richtlijnenjeugdhulp.nl/wp-content/uploads/2019/03/Richtlijn-Ernstige-gedragsproblemen-Onderbouwing-2019.pdf>
- DeWall, C. N., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2011). The general aggression model: Theoretical extensions to violence. *Psychology of violence*, 1(3), 245-258. <https://doi.org/10.1037/a0023265>
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Di Giunta, L., Lunetti, C., Gliozzo, G., Rothenberg, W. A., Lansford, J. E., Eisenberg, N., ... & Virzì, A. T. (2022). Negative parenting, adolescents' emotion regulation, self-efficacy in emotion regulation, and psychological adjustment. *International journal of environmental research and public health*, 19(4), 2251. <https://doi.org/10.3390/ijerph19042251>
- Dimic, T., Farrell, A., Ahern, E., & Houghton, S. (2023). Young people's experience of the therapeutic alliance: A systematic review. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(6), 1482-1511. <https://doi.org/10.1002/cpp.2869>
- Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental psychology*, 39(2), 349 - 371. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.2.349>
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41, 327-350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Eisenberg, M. J., van Horn, J. E., Dekker, J. M., Assink, M., van der Put, C. E., Hendriks, J., & Stams, G. J. J. (2019). Static and dynamic predictors of general and violent criminal offense recidivism in the forensic outpatient population: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 46(5), 732-750. <https://doi.org/10.1177/0093854818805570>
- Eme, R. (2020). Life course persistent antisocial behavior silver anniversary. *Aggression and Violent Behavior*, 50, 101344. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101344>

- Esposito, C., Affuso, G., Dragone, M., & Bacchini, D. (2020). Effortful control and community violence exposure as predictors of developmental trajectories of self-serving cognitive distortions in adolescence: A growth mixture modeling approach. *Journal of youth and adolescence*, 49(11), 2358-2371. <https://doi.org/10.1007/s10964-020-01210-3>
- Fokkinga, C. (2014). De doeltreffendheid van Aggressieregulatie op Maat bij jongeren met een LVB. Masterthesis, UvA, Amsterdam.
- Foolen, N., Ince, D., & De Baat, M. (2012). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Franco, C., Amutio, A., López-González, L., Oriol, X., & Martínez-Taboada, C. (2016). Effect of a mindfulness training program on the impulsivity and aggression levels of adolescents with behavioral problems in the classroom. *Frontiers in psychology*, 7, 1385.
- Fresnics, A., & Borders, A. (2017). Angry rumination mediates the unique associations between self-compassion and anger and aggression. *Mindfulness*, 8(3), 554-564. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0696-3>
- Garrido, V., & Morales, L. A. (2007). Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treat. *Campbell Systematic Reviews*, 3(1), 1-46. <https://doi.org/10.4073/csr.2007.7>
- Gearhart, M. C., & Tucker, R. (2020). Criminogenic risk, criminogenic need, collective efficacy, and juvenile delinquency. *Criminal justice and behavior*, 47(9), 1116-1135.
- Geurts, H., Van Eylen, L., & De Vries, M. (2018). Executieve functies. In H. Geurts, B. Sizoo, & I. Noens (Eds.), *Autismespectrumstoornis: Interdisciplinair basisboek* (pp. 45-67). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Gonzalez, A. R., Johnson, D. M., & Holtfreter, K. (2024). *Trauma coping self-efficacy and the mediation of PTSD and substance use among incarcerated women*. *Journal of Interpersonal Violence*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/08862605241307227>
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113, 101-131.
- Greenberg, M. T., & Lippold, M. A. (2013). Promoting healthy outcomes among youth with multiple risks: Innovative approaches. *Annual review of public health*, 34, 253-270.
- Helmus, J. M. (2015). *Is de doeltreffendheid van AR op Maat ambulant voor meisjes even groot als voor jongens?* (Masterthesis, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam).
- Henggeler, S. W., & Sheidow, A. J. (2012). Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 30-58.
- Herrenkohl, T. I., Fedina, L., Roberto, K. A., Raquet, K. L., Hu, R. X., Rousson, A. N., & Mason, W. A. (2022). Child maltreatment, youth violence, intimate partner violence, and elder mistreatment: A review and theoretical analysis of research on violence across the life course. *Trauma, Violence, & Abuse*, 23(1), 314-328.
- Himmelstein, S., Hastings, A., Shapiro, S., & Heery, M. (2012). A pilot study of mindfulness training for self-regulation and stress with incarcerated youth. *Probation Journal*, 59, 151-165. <https://doi.org/10.1177/0264550512445595>.
- Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., Van der Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775. <https://doi.org/10.1007/s10802-009-9310-8>.
- Hogue, A., Bobek, M., MacLean, A., Miranda, R., Wolff, J. C., & Jensen-Doss, A. (2020). Core elements of CBT for adolescent conduct and substance use problems: Comorbidity, clinical techniques, and case examples. *Cognitive and Behavioral Practice*, 27(4), 426-441. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.01.001>.
- Holländare, F., Gustafsson, S. A., Berglind, M., Grape, F., Carlbring, P., Andersson, G., Hadjistavropoulos, H., & Tillfors, M. (2016). Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *Internet Interventions*, 3, 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.05.001>.
- Hoogsteder, L. M., Van Horn, J. E., Stams, G. J. J. M., Wissink, I. B., & Hendriks, J. (2014). The relationship between the level of program integrity and pre-post-test changes of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Ambulant: A pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. <https://doi.org/10.1177/0306624X14554828>.
- Hoogsteder, L. M., Kuijpers, N., Stams, G. J. J. M., Van Horn, J. E., & Hendriks, J. (2014). Study on the effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 25-35. <https://doi.org/10.1080/14999013.2014.891904>.

- Hoogsteder, L. M., Schippers, E. E., Sweers, N., & Stams, G. J. J. M. (2020). A quasi-experimental pilot study to the effects of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Outpatient for young adults. *Journal of Forensic Sciences*, *66*(3), 971-981.
- Hoogsteder, L. M., & Stams, G. J. J. M. (2012 & 2013). De programma-integriteit en de doeltreffendheid van de AR op Maat JoVo. Onderzoeksrapport voor de (voormalige) Erkenningscommissie Justitie over de uitvoering van de doeltreffendheid van de AR op Maat-JoVo om te kunnen beoordelen of een verlenging van de erkenning geëigend is. Castricum: Go op Maat.
- Hoogsteder, L. M., & Stams, G. J. J. M. (2014). De programma-integriteit en de doeltreffendheid van de ARopMaat JoVo Ambulant. Onderzoeksrapport voor de (voormalige) Erkenningscommissie Justitie over de uitvoering de doeltreffendheid van de ARopMaat-JoVo Ambulant om te kunnen beoordelen of een verlenging van de erkenning geëigend is. Castricum: Go op Maat!
- Hoogsteder, L. M., Stams, G. J. J. M., Schippers, E. E., & Bonnes, D. (2018). Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART): An evaluation study in a Dutch juvenile justice institution in terms of recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *62*(14), 4403-4424. <https://doi.org/10.1177/0306624X18756804>
- Hoogsteder, L. M., Van Os, R. C., Lutjens, J. B., Sweers, N., & Stams, G. J. M. (2023). A multilevel meta-analysis on the effect of mindfulness-based interventions in reducing externalizing problem behavior in adolescents. *International Journal of Stress Management*, *30*(3), 309. <https://doi.org/10.1037/str0000199>
- Hoogsteder, L. M., Wissink, I. B., Stams, G. J. J. M., Van Horn, J. E., & Hendriks, J. (2014). A validation Study of the Brief Irrational Thoughts. *Inventory Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, *32*, 216-232. <https://doi.org/10.1007/s10942-013-0170-2>
- Hubbard, J. A., Bookhout, M. K., Zajac, L., Moore, C. C., & Dozier, M. (2023). Children's social information processing predicts both their own and peers' conversational remarks. *Developmental psychology*, *59*(6), 1153. <https://doi.org/10.1037/dev0001362>
- Huesmann, L. R. (2018). An integrative theoretical understanding of aggression: A brief exposition. *Current opinion in psychology*, *19*, 119-124. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.06.009>
- Huizinga, M. (2007). De ontwikkeling van executieve functies tussen kindertijd en jongvolwassenheid. *Neuropraxis* *3*, 74-82.
- Hukkelberg, S., Ogden, T., & Thøgersen, D. M. (2022). Youth level of service/case management inventory assessments as predictors of behavioral change in multisystemic therapy and functional family therapy in Norway. *Research on Social Work Practice*, *32*(7), 784-792. <https://doi.org/10.1177/10497315221108567>
- James, C., Asscher, J. J., Stams, G. J. J., & Van Der Laan, P. H. (2016). The effectiveness of aftercare for juvenile and young adult offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, *60*(10), 1159-1184. <https://doi.org/10.1177/0306624X15593956>
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T.G., Hosmer, D., & Bernhard, J. (1998). Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, *60*, 625-632. <https://doi.org/10.1097/00006842-199809000-00007>
- Kapetanovic, S., & Skoog, T. (2021). The role of the family's emotional climate in the links between parent-adolescent communication and adolescent psychosocial functioning. *Research on child and adolescent psychopathology*, *49*(2), 141-154. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00789-0>
- Kawabata, Y., Alink, L. R., Tseng, W. L., Van IJzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, *31*(4), 240-278. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2011.04.002>
- Keijsers, L., Loeber, R., Branje, S., & Meeus, W. (2011). Bidirectional links and concurrent development of parent-child relationships and boys' offending behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, *120*, 878-889. <https://doi.org/10.1037/a0024607>
- Kim, J., & Lee, Y. (2023). Delinquent peers and delinquency: findings from a longitudinal study of youth. *The British Journal of Criminology*, *63*(6), 1482-1503. <https://doi.org/10.1093/bjc/azad038>

- Koot, H. M., Oosterlaan, J., Jansen, L. M., Neumann, A., Luman, A., & Lier, P. A. C. van (2008). Individual factors. In Loeber, R., Slot, N. W., Van der Laan, P. H., & Hoeve, M. (Eds.), *Tomorrow's criminals – The development of child delinquency and effective interventions*. Farnham: Ashgate Publishing.
- Kuklinski, M. R. (2015). Benefit-cost analysis of prevention and intervention programs for youth and young adults: Introduction to the special issue. *Journal of Benefit-Cost Analysis*, 6(3), 455–470. <https://doi.org/10.1017/bca.2015.34>
- Lammertink, S., Sijtsema, J., Van der Lem, R., & Bogaerts, S. (2020). Responsiviteit en dynamische risicofactoren in de behandeling van forensische patiënten met ADHD: Inzichten vanuit de literatuur, patiënten en behandelaars.
- Lange, A. (2018). Behandeling van kinderen in de context van ouders en gezin. In P. Prins, J. Bosch, & C. Braet (Eds.), *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jongeren* (pp. 123-144). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, A., & De Beurs, E. (2005). *Buss-Durkee Hostility Inventory - Dutch, BDHI-D*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Lavik, K. O., Veseth, M., Frøysa, H., Binder, P. E., & Moltu, C. (2018). 'Nobody else can lead your life': What adolescents need from psychotherapists in change processes. *Counselling and Psychotherapy Research*, 18(3), 262-273. <https://doi.org/10.1002/capr.12158>
- Lee, C. A., Derefinko, K. J., Milich, R., Lynam, D. R., & DeWall, C. N. (2017). Longitudinal and reciprocal relations between delay discounting and crime. *Personality and individual differences*, 111, 193-198. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2017.02.039>
- Lee, A. H., & DiGiuseppe, R. (2018). Anger and aggression treatments: a review of meta-analyses. *Current opinion in psychology*, 19, 65-74. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.03.002>
- Lin, Y. W., & Bratton, S. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approached. *Journal of Counseling and Development*, 93(1). <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2015.00193.x>
- Linehan, M. M., Schmidt, H., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J., Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal of Addictions*, 8, 279– 292. <https://doi.org/10.1080/10550499930557>
- Lipsey, M. W., Landenberger, N. A., & Wilson, S. J. (2007). *Effects of Cognitive Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Philadelphia, Pennsylvania: Campbell Collaboration. <https://doi.org/10.4073/csr.2007.7>
- Litschge, C.M., Vaughn, M.G., & McCrea, C. (2010). The empirical status of treatments for children and youth with conduct problems. *Research on Social Work Practice*, 20(1), 21–35. <https://doi.org/10.1177/1049731509349246>
- Liu, X., Wang, Y., & Chen, H. (2024). Meaning in life as a buffer of the effect of low social support on deviant behavior among at-risk youth. *Frontiers in Psychology*, 15, 1430482. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1430482>
- Loeber, R., Slot, W., & Stouthamer-Loeber, M. (2008). A cumulative developmental model of risk and promotive factors. In Loeber, R., Slot, W., Van der Laan, P. H., & Hoeve, M. (red.) *Tomorrow's criminals: The development of child delinquency and effective interventions*. Ashgate: Ashgate Press.
- Lodewijks, H. P. B., De Ruiter, C., & Doreleijers, T. A. H. (2003). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 23, 25-42.
- Maddux, J.E. (2005). Self-efficacy: The power of believing you can. In Snyder, C. R., & Lopez S. J., (Eds.), *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- McCart, M. R., & Sheidow, A. J. (2016). Evidence-based psychosocial treatments for adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(5), 529-563. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1067761>
- McCormick, S., Peterson-Badali, M., & Skilling, T. A. (2017). The role of mental health and specific responsivity in juvenile justice rehabilitation. *Law and Human Behavior*, 41(1), 55-64. <https://doi.org/10.1037/lhb0000216>
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2577–2597. <https://doi.org/10.1098/rstb.2008.0005>
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *The delict as basic assumption: methodology for working in an forced setting*. Amsterdam: Publisher SWP/Probation Netherland.
- Miliauskas, C. R., Faus, D. P., da Cruz, V. L., do Nascimento Vallaperde, J. G. R., Junger, W., & Lopes, C. S. (2022). Community violence and internalizing mental health symptoms in adolescents: A systematic review. *BMC psychiatry*, 22(1), 253. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04165-4>

- Miller, N. V., & Johnston, C. (2019). Social threat attentional bias in childhood: Relations to aggression and hostile intent attributions. *Aggressive behavior*, 45(3), 245-254. <https://doi.org/10.1002/ab.21868>
- Mingebach, T., Kamp-Becker, I., Christiansen, H., & Weber, L. (2018). Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. *PLoS One*, 13(9), e0202855. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202855>
- Modecki, K. L., Zimmer-Gembeck, M. J., & Guerra, N. (2017). Emotion regulation, coping, and decision making: Three linked skills for preventing externalizing problems in adolescence. *Child development*, 88(2), 417-426. <https://doi.org/10.1111/cdev.12660>
- Moffitt, T. E. (2018). Male antisocial behaviour in adolescence and beyond. *Nature Human Behaviour*, 2, 177. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0283-6>
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B.J. (2002) Males of the life-course persistent and adolescence limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years, *Development and Psychopathology*, 14(1), 179-207. <https://doi.org/10.1017/S0954579402001097>
- Morley, R.H. (2018). The Impact of Mindfulness Meditation and Self-Compassion on Criminal Impulsivity in a Prisoner Sample. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 33(2), 118-122. <https://doi.org/10.1007/s11896-018-9290-3>
- Mullan, V. M., Golm, D., Juhl, J., Sajid, S., & Brandt, V. (2023). The relationship between peer victimisation, self-esteem, and internalizing symptoms in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 18(3), e0282224. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0282224>
- Murray, D. W., Rosanbalm, K., Christopoulos, C., & Hamoudi, A. (2014). *Self-regulation and toxic stress: Foundations for understanding self-regulation from an applied developmental perspective*. OPRE Report 2015-21. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families.
- Murrihy, R. C., Kidman, A. D., & Ollendick, T. H. (2010). *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth*. New York: Springer
- Nas, C. N., Brugman, D., & Koops, W. (2008). Measuring self-serving cognitive distortions with the "How I Think" Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 24, 181-189. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.24.4.181>
- Oostermeijer, S., Smeets, K. C., Jansen, L. M. C., Jambroes, T., Rommelse, N. N. J., Scheepers, F. E., Buitelaar, J. K., & Popma, A. (2017). The role of self-serving cognitive distortions in reactive and proactive aggression. *Criminal Behavior and Mental Health*, 27, 395-408. <https://doi.org/10.1002/cbm.2057>
- Rademacher, A., Zumbach, J., & Koglin, U. (2023). Parenting style and child aggressive behavior from preschool to elementary school: The mediating effect of emotion dysregulation. *Early Childhood Education Journal*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s10643-023-01592-y>
- Reef, J., Jeldes, M., & van den Brink, Y. N. (2020). De PIJ-maatregel doorgelicht. Juridische grondslagen, populatiekenmerken, gedragsverandering en recidive. Meijers-reeks. Nijmegen: Wolf Legal Publishers. Geraadpleegd van <https://hdl.handle.net/1887/137629>
- Rovers, B. 2010. *Motiveren en motivatieproblematiek: Integraal motiveren in het jongerenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.
- Rowan, Z. R., Kan, E., Frick, P. J., & Cauffman, E. (2022). Not (entirely) guilty: The role of co-offenders in diffusing responsibility for crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 59(4), 415-448. <https://doi.org/10.1177/00938548221117023>
- Sameroff, A. J., & Fiese, B. H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (pp. 135-159). Cambridge: University Press.
- Schippers, E. E., Hoogsteder, L. M., & Stams, G. J. J. (2020). Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Improves Executive Functioning in Adolescents and Young Adults with Severe Aggression Problems: A Pilot Study. *Journal of forensic sciences*, 65(6), 2058-2064. <https://doi.org/10.1111/1556-4029.14539>
- Scholte, R. H. J., Van Lieshout, C. F. M., & Van Aken, M. A. G. (2001). Relational support in adolescence: Factors, types, and adjustment. *Journal of Research in Adolescence*, 11, 71-94. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.00005>
- Schönenberg, M., & Justyte, A. (2014). Investigation of the hostile attribution bias toward ambiguous facial cues in antisocial violent offenders. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 264(1), 61-69. <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0450-3>

- Schreurs, P. J. G., Van de Willige, G., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrecht Coping Inventory: UCL*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.
- Schubert, C. A., Mulvey, E. P., Loughran, T. A., & Loyosa, S. H. (2012). Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior, 39*, 1505-1525. <https://doi.org/10.1177/0093854811426710>
- Seidel, E. M., Silani, G., Metzler, H., Thaler, H., Lamm, C., Gur, R. C., Kryspin-Exner, I., Habel, U., & Derntl, B. (2013). The impact of social exclusion vs. inclusion on subjective and hormonal reactions in females and males. *Psychoneuroendocrinology, 38*(12), 2925-2932. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.07.018>
- Shao, R., Wang, S., & Li, H. (2025). The effect of social exclusion on aggressive behavior: The mediating role of self-control. *Personality and Individual Differences, 216*, 112290. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2024.112290>
- Shin, S. H., Cook, A. K., Morris, N. A., McDougale, R., & Groves, L. P. (2016). The different faces of impulsivity as links between childhood maltreatment and young adult crime. *Preventive Medicine, 158*, 210-217. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2022.107202>
- Shonin, E., Van Gordon, W., Slade, K., & Griffiths, M. D. (2013). Mindfulness and other Buddhist-derived interventions in correctional settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 18*(3), 365-372. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2013.01.015>
- Smeijers, D., Benbouriche, M., & Garofalo, C. (2020). The association between emotion, social information processing, and aggressive behavior: A systematic review. *European Psychologist*.
- Springer. (2023). *Profiles of Protective Factors among Children and Adolescents in the Context of Adversity*. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10826-023-02740-8>
- Stevens, G., Van Dorsselaer, S., Boer, M., De Roos, S., Duinhof, E., ... & De Looze, M. (2018). *Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland 2017*. Utrecht: Trimbos-instituut, Universiteit Utrecht.
- Sukhodolsky, D. G., Smith, S. D., McCauley, S. A., Ibrahim, K., & Piasecka, J. B. (2016). Behavioral interventions for anger, irritability, and aggression in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 26*(1), 58-64. <https://doi.org/10.1089/cap.2015.0041>
- Syngelaki, E. M., Moore, S. C., Savage, J. C., Fairchild, G., & Van Goozen, S. H. M. (2009). Executive functioning and risky decision making in young male offenders. *Criminal Justice and Behavior, 36*, 1213-1227. <https://doi.org/10.1177/0093854809335726>
- Tao, S., Li, J., Zhang, M., Zheng, P., Lau, E. Y. H., Sun, J., & Zhu, Y. (2021). The effects of mindfulness-based interventions on child and adolescent aggression: a systematic review and meta-analysis. *Mindfulness, 12*, 1301-1315. <https://doi.org/10.1007/s12671-021-01510-9>
- Tavakoli, M. N., & Mirghaemi, T. S. (2023). The effectiveness of cognitive-behavioral group therapy anger and assertiveness of adolescents. *International Journal of Education and Applied Sciences, 3*(4), 20-28.
- Taylor, P. J., Rietzschel, J., Danquah, A., & Berry, K. (2015). The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(3), 240-253. <https://doi.org/10.1111/papt.12051>
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., Von Wyl, A., Schulthess, P., & Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research, 25*(4), 420-434. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.896073>
- Valentine, S. E., Ahles, E. M., De Silva, L. E. D., Patrick, K. A., Baldwin, M., Chablani-Medley, A., ... & Marques, L. (2019). Community-based implementation of a paraprofessional-delivered cognitive behavioral therapy program for youth involved with the criminal justice system. *Journal of health care for the poor and underserved, 30*(2), 841-865. <https://doi.org/10.1353/hpu.2019.0054>
- Van Bockstaele, B., van der Molen, M. J., van Nieuwenhuijzen, M., & Salemink, E. (2020). Modification of hostile attribution bias reduces self-reported reactive aggressive behavior in adolescents. *Journal of experimental child psychology, 194*, 104811. <https://doi.org/10.1016/j.jecp.2020.104811>
- Van Doorn, M. D., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2008). Conflict resolution in parent-adolescent relationships and adolescent delinquency. *The Journal of Early Adolescence, 28*, 503-527. <https://doi.org/10.1177/0272431608319430>

- Van der Horn, J.E., Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., Van den Hanenberg, F.J.A.C., Van der Put, C.E., & Bogaerts, S., (2016). *Handleiding Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE): Volwassen cliënten vanaf 18 jaar*, versie 1.0. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Van der Horn, J. E., Wilpert, J., Bos, M.G. N., Eisenberg, M. & Mulder, J. (2009). RAF MH Youth: Validation of a structured risk assessment instrument for outpatient delinquents. *Tijdschrift voor Strafrecht, Criminologie en Forensisch Welzijnswerk*, 30, 23-34.
- Van der Laan, A. M., Blom, M., Verwers, C., & Essers, A. A. M. (2006). *Jeugddelinquentie: Risico's en bescherming: Bevindingen uit de WODC monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit 2005*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers
- Van der Laan, A. M., & Goudriaan, H. (2016). Monitor jeugdcriminaliteit: Ontwikkelingen in de jeugdcriminaliteit, 1997-2015, Den Haag: WODC/CBS 2016
- Van Nieuwenhuijzen, M., Rest, van M. M., Embregts, P. J. C. M., Vriens, A., Oostermeijer, S., Bokhoven, van I., & Matthys, W. (2017). Executive functions and social information processing in adolescents with severe behavior problems. *Child Neuropsychology*, 23 (2), 228-241. <https://doi.org/10.1080/09297049.2016.1204535>
- Van der Put, C. E., Stams, G. J. J. M., Dekovic, M., Hoeve, M., Van der Laan, P. H., Spanjaard, H., & Barnoski, R. (2012). Criminogenic needs during adolescence: Changes in the relative importance of dynamic risk factors for recidivism during adolescence. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56, 296-316. <https://doi.org/10.1177/0305735611404962>
- Van de Rakt, M., Weerman, F., & Need, A. (2005). Delinquent gedrag van jongens en meisjes: het (anti)sociaal kapitaal van vriendschapsrelaties. *Mens en Maatschappij*, 80, 328-352.
- Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J., Deković, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 34(6), 468-481. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.004>
- Van Rest, M. M., Matthys, W., Van Nieuwenhuijzen, M., De Moor, M. H., Vriens, A., & Schuengel, C. (2019). Social information processing skills link executive functions to aggression in adolescents with mild to borderline intellectual disability. *Child neuropsychology*, 25(5), 573-598. <https://doi.org/10.1080/09297049.2019.1584707>
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). *Motivatie voor gedragsinterventies bij jongere justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld*. Leuven: Leuvens Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Youth SelfReport (YSR)*. Rotterdam: Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vitaro, F., Brendgen, M., & Tremblay, R.E. (2000). Influence of deviant friends on delinquency: Searching for moderator variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 28, 313-325. <https://doi.org/10.1023/A:1002925325203>
- Voutilainen, L., Henttonen, P., Kahri, M., Ravaja, N., Sams, M., & Peräkylä, A. (2018). Empathy, Challenge, and Psychophysiological Activation in Therapist–Client Interaction. *Frontiers in psychology*, 9, 530. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00530>
- Wartna, B. S. J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., & Homburg, G. H. J. (2014). *Terugval in recidive: Exploratie van de daling in de recidivecijfers van jongeren en ex-gedetineerden bestraft in de periode 2002-2010*. Den Haag: WODC.
- Wallinius, M., Johansson, P., Lardén, M., & Dernevik, M. (2011). Self-serving cognitive distortions and antisocial behaviour among adults and adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 286-301. <https://doi.org/10.1177/0093854810393380>
- Verweij, S., N. Tollenaar, M. Teerlink & G. Weijters (2021). *Recidive onder justitiabelen in Nederland: Verslag over de periode 2008-2020*. Den Haag: Ministerie van Justitie en Veiligheid, Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatiecentrum
- Wetenschappelijk Onderzoek- en Datacentrum, 2024. Geraadpleegd van <https://www.wodc.nl/onderwerpen/monitor-jeugdcriminaliteit/ontwikkelingen-jeugdcriminaliteit>
- Walker, R. F., & Murachver, T. (2012). Representation and theory of mind development. *Developmental Psychology*, 48(2), 509. <https://doi.org/10.1037/a0026430>
- Welsh, B. C., Farrington, D. P., & Gowar, B. F. (2015). Benefit-cost analysis of crime prevention programs. *Crime and Justice*, 44(1). <https://doi.org/10.1086/682519>

- Will, T., Gessnitzer, S., & Kauffeld, S. (2016). You think you are an empathic coach? Maybe you should think again. The difference between perceptions of empathy vs. empathic behaviour after a person-centred coaching training. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, 9(1), 53-68. <https://doi.org/10.1080/17521882.2016.1159291>
- Willoughby, T., Heffer, T., Good, M., & Magnacca, C. (2021). Is adolescence a time of heightened risk taking? An overview of types of risk-taking behaviors across age groups. *Developmental Review*, 61, 100980. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2020.100980>
- Xiong, R., Xia, Y., & Li, S. D. (2021). Perceived discrimination and aggression among chinese migrant adolescents: a moderated mediation model. *Frontiers in psychology*, 12, 651270. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.651270>
- Xu, W., Zhu, M., & Ren, Y. (2024). The protective role of self-regulatory self-efficacy against online and offline aggression in adolescent boys and girls. *Aggressive Behavior*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/ab.22107>
- Zhang, T., Li, J., & Sun, Y. (2025). The relationship between self-esteem and physical aggression: The mediating role of victimization. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-07779-y>