

## Interventie

### Forensische Ambulante System Therapie (FAST)

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 8 december 2021

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Hoogsteder, **Sweers** (2 november 2021).

Justitieinterventies.nl: beschrijving Forensische Ambulante Systeem Therapie (FAST). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van [www.justitieinterventies.nl](http://www.justitieinterventies.nl).

## Inhoud

<b>Samenvatting.....</b>	<b>4</b>
Doelgroep.....	4
Doel.....	4
Aanpak.....	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving.....</b>	<b>5</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>28</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering.....	28
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten.....	29
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen.....</b>	<b>33</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur.....</b>	<b>34</b>

## Samenvatting

FAST is bedoeld voor meisjes en jongens van 12 tot en met 18 jaar die (ernstig) antisociaal en/of grensoverschrijdend gedrag vertonen. De jongeren zijn vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie, de Raad voor Kinderbescherming of Jeugdzorg. Het gaat om jongeren met een matig of hoog recidiverisico. Bij FAST wordt zowel aan persoonsfactoren als gezinsfactoren gewerkt en aan systeemfactoren buiten het gezin. FAST is een outreachende behandeling die gebruik maakt van een systeemgerichte en cognitieve gedragsmatige aanpak in combinatie met de methode Geweldloos Verzet. De interventie start intensief, na twee maanden wordt de duur en intensiteit afgestemd op de ernst van de problematiek en het leertempo van de jongere. De behandelfase kan variëren van drie maanden tot negen maanden, exclusief nazorg.

## Doelgroep

Meisjes en jongens van 12 tot en met 18 jaar die (ernstig) antisociaal en/of grensoverschrijdend (delict)gedrag waardoor zij in aanraking zijn gekomen met politie, de Raad voor Kinderbescherming of CJG / Jeugdzorg. Vaak is sprake van dreigende uithuisplaatsing of (dreigende) uitval op school. Er is een matig of hoog recidiverisico, een verstoorde gezinsrelatie, (sterke trekken van) ODD of CD al dan niet gecombineerd met een tekort aan executieve functies (waaronder een beperkte impulscontrole en emotieregulatie).

## Doel

Het primaire doel van FAST is tweeledig. Enerzijds gaat het om het minderen of stoppen van antisociaal/delinquent gedrag in het heden om zo (opnieuw) dreigende uithuisplaatsing te voorkomen, en de veiligheid voor opvoeder(s) en de jongere te vergroten. Anderzijds gaat het om het verminderen van de (kans op) recidive van antisociaal gedrag (waaronder delictgedrag) in de toekomst.

## Aanpak

FAST is een op maat gesneden behandeling die in gaat op de opvoedings- en kindfactoren die het probleemgedrag in stand houden. Met de opvoeder(s) en de jongere wordt elke twee weken besproken welke algemene en optionele FAST-subdoelen de meeste prioriteit hebben. De ingezette interventies voor het behalen van deze subdoelen worden bepaald door het toepassen van de analysecirkel. Als de geprioriteerde subdoelen behaald zijn, worden er nieuwe doelen geprioriteerd. Interventies die worden ingezet komen uit de gezinsmodule die gebaseerd is op elementen uit de systeemtherapie, de methode Nieuwe Autoriteit (Geweldloos Verzet) en de cognitieve gedragstherapie. Indien van toepassing wordt er ook met enkele modules gewerkt uit de erkende gedragsinterventie ARopMaat. In de laatste fase van de behandeling wordt een toekomstplan ontwikkeld gericht op het voorkomen van terugval.

## Materiaal

Het materiaal van de interventie bestaat uit diverse handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een programma- en managementhandleiding voor FAST-behandelaars en managers van een instelling. Verder is de inhoud van het programma voor de opvoeders en de jongeren en de FAST-behandelaar nauwkeurig beschreven in de gezinsmodule, tevens zijn er een zestal keuzemodules voor de jongere en een tweetal keuzemodules voor de opvoeder(s). Er bestaan ook videofragmenten die ter ondersteuning van de behandeling gebruikt kunnen worden. Daarnaast is er een beknopte opleidingshandleiding met een draaiboek over de basisopleiding. 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 antisociaal gedrag worden verklaard vanuit het sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel voor probleemgedrag (Scholte, 2005; Van der Ploeg, Scholte & Nijkerk, 1990). Volgens dit model spelen zowel individuele risicofactoren (biologisch en psychisch) als omgevingsgebonden risicofactoren (gezin en sociale omstandigheden) een rol bij de ontwikkeling van probleemgedrag (zoals antisociaal gedrag c.q. delictgedrag). Het sociaal-ecologisch model is transactioneel van aard: het model houdt rekening met veranderingen in het kind / jongere en in zijn omgeving, en de wisselwerkingen hiertussen die gedurende de ontwikkeling plaatsvinden. Deze wederzijdse beïnvloeding vindt plaats binnen verschillende socialisatiekaders (sociaal-ecologische ringen).

Binnen FAST wordt het wederkerig proces tussen de intrapsychische factoren van de jongere en de verschillende socialisatiekaders verder uitgewerkt aan de hand van de systeemtheorie en het cognitief gedragstherapeutische model met aandacht voor de theorie over het sociale informatieverwerkingsproces, dat onder andere verstoord wordt door een tekort aan executieve functies.

## Onderzoek

Er heeft een procesevaluatie plaatsgevonden naar de uitvoering van FAST bij de Waag (Hoogsteder, 2016). Bij het onderzoek waren 33 gezinnen en 7 behandelaars betrokken. De resultaten toonden aan dat de beoogde doelgroep grotendeels is bereikt en dat de programma-integriteit redelijk in orde was. De behandelaars voldeden aan de basisvoorwaarden qua opleiding, het volgen van intervisie, de eisen omtrent de caseload en de opgedane ervaring in het werken met de doelgroep. De score van de evaluatieformulieren die gebruikt werden om de programma-integriteit te toetsen was voldoende: op het formulier dat elke maand werd ingevuld, is een score van 74,5% gehaald (moest minimaal 70% zijn) en op het formulier dat aan het einde van de procesevaluatie werd ingevuld, is een score van 77,7% gehaald (moest wederom minimaal 70% zijn). Behandelaars zijn overwegend positief over de interventie. Jongeren beoordelen de interventie tijdens dit onderzoek met een 7.8 en opvoeders met een 7.6.

Er hebben ook verschillende onderzoeken plaatsgevonden (deels met gebruikmaking van dezelfde data) om te analyseren of FAST leidt tot positieve veranderingen (e.g., Bertels, 2019; Groeneweg, 2020; Peels, 2021; Westbroek, 2018). Het laatste en grootste onderzoek van Peels (2021) toonde aan dat FAST doeltreffend is in het verminderen van het algemene- en geweldsrecidiverisico en risico op huiselijk geweld bij jongeren als er gekeken wordt naar verschil in nul- en eindmeting. Tevens is er een verbetering opgetreden in het emotioneel/persoonlijk functioneren van de jongeren en gezinsfunctioneren. Bij het algemene recidiverisico gaat het om een groot effect, bij de overige uitkomsten om een middelmatig effect met uitzondering van het gezinsfunctioneren (klein tot middelmatig). Het onderzoek heeft eveneens aangetoond dat jongeren met en zonder Autisme Spectrum Stoornis (ASS) geen significante verschillen laten zien in de behaalde resultaten, beide groepen hebben dus baat bij FAST. Wel is duidelijk dat het gezinsfunctioneren bij jongeren met ASS niet is verbeterd, toch was het verschil niet significant.

# 1. Beschrijving interventie

## 1.1 Doelgroep

### Uiteindelijke doelgroep

FAST is bedoeld voor meisjes en jongens van 12 tot en met 18 jaar die (ernstig) antisociaal en/of grensoverschrijdend gedrag vertonen. Denk hierbij aan externaliserende gedragsproblemen zoals vandalisme, het vertonen van agressief gedrag, veelvuldig spijbelen, het plegen van delicten, en problematisch middelengebruik. De gedragsproblemen zijn zichtbaar op minimaal twee levensgebieden (gezin, school, vrije tijd). Er is sprake van verstoorde gezinsrelaties, (sterke trekken van) de Oppositionele-Opstandige Stoornis (ODD) of Normoverschrijdend-gedragsstoornis (CD). Externaliserende gedragsproblemen gaan vaak gepaard met een tekort aan executieve functies en comorbiditeit. De jongeren zijn vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie, de Raad voor Kinderbescherming of CJG / Jeugdzorg. Vaak is er sprake van (dreigende) uithuisplaatsing of (dreigende) uitval op school. Ook komt het voor dat jongeren al gesloten zijn geplaatst en dat FAST bij uitstroom / ontslag wordt ingezet om terugval te voorkomen. Het gaat om jongeren met een matig of hoog recidiverisico. Het gezin (opvoeder(s) en de jongere) is in eerste instantie niet bereid of in staat om voor behandeling naar de polikliniek te komen.

### Intermediaire doelgroep

FAST richt zich naast de jongere voor een substantieel deel op de opvoeder(s) van de jongere.

### Selectie van doelgroepen

Het gezin wordt (in overleg) via een verwijzer aangemeld bij een forensische zorginstelling. Het is dan vaak al duidelijk dat het waarschijnlijk om een FAST-gezin gaat. Om die reden volgt zo spoedig mogelijk na de aanmelding een intakegesprek door een FAST-behandelaar. Tijdens dit gesprek en het multidisciplinaire teamoverleg wordt er onderzocht of FAST voorlopig geïndiceerd is. Zo ja, dan volgt een initieel behandelplan die geldt voor de voorbereidende behandelfase. Tijdens deze periode (een maand) vindt onder andere het motiveren, assessment en risicotaxatie plaats, en het opstellen van een veiligheidsplan. Tevens vindt de definitieve indicatiestelling plaats en het vaststellen van het behandelplan voor de behandelfase. De FAST-behandelaar die de risicotaxatie-gesprekken heeft gevoerd, bespreekt de bevindingen in het reguliere multidisciplinaire teamoverleg in aanwezigheid van een specialist en de regiebehandelaar. De regiebehandelaar (kan een SKJ-geregistreerde behandelaar zijn, indien een gemeente hiermee akkoord gaat) is eindverantwoordelijk voor de definitieve indicatiestelling. De uitvoerende FAST-behandelaar zorgt ervoor dat de bevindingen worden teruggekoppeld aan de opvoeders en de jongere. Het kan dus voorkomen dat een gezin na de voorbereidende behandelfase toch voor een andere behandeling geïndiceerd blijkt te zijn. In de praktijk komt dit echter zelden voor, aangezien al vrij snel duidelijk is of onderstaande indicatiecriteria van toepassing zijn.

### Indicatiecriteria

1. De jongere heeft een IQ score van 80 of hoger (via een screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL) wordt bepaald of afname van een intelligentietest nodig is en een test voor meer inzicht over de mate waarin de jongere over adaptieve vaardigheden beschikt (ADAPT);
2. De jongere heeft de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar;
3. Uit het dossier van de verwijzer c.q. het intakegesprek blijkt dat het grensoverschrijdende gedrag van de jongere in het heden zorgt voor problemen op minimaal twee leefgebieden.
4. De jongere heeft een matig of hoog recidiverisico gemeten door de RAF-GGZ Jeugd en/of de LIJ<sup>1</sup>.
5. Het externaliserende probleemgedrag van de jongere heeft in het recente verleden en/of het heden voor problemen gezorgd op minimaal twee leefgebieden;

<sup>1</sup> Beide instrumenten, de RAF-GGZ Jeugd (Risicotaxatie voor de Ambulante Forensische GGZ Jeugd en de LIJ (landelijk instrumentarium jeugdstrafrechtketen) zijn bruikbaar om te beoordelen in welke mate er sprake is van (dreigend) delictgedrag en om te inventariseren welke factoren behandeld moeten worden om de kans op instandhouding / terugval te voorkomen.

6. De jongere /opvoeder(s) scoren matig of hoog bij de RAF GZZ Jeugd op het domein Gezin. Er is sprake van ouder-kind relatieproblemen;
7. Er is volgens de DSM-5 sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis, een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een normoverschrijdend-gedragsstoornis al dan niet gecombineerd met ADHD, en/of ASS, en/of problematisch middelengebruik en/of PTSS, en/of een stemmings- of angststoornis en/of een tekort aan executieve functies.
8. De opvoeder(s) en de jongere zijn in eerste instantie niet of moeilijk te motiveren voor behandeling op locatie van de behandelinstelling.

*Voorwaarden:*

1. De jongere beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate om de aanwijzingen van de FAST-behandelaar te begrijpen;
2. Als opvoeder(s) de Nederlandse taal onvoldoende beheersen, dan beslist het FAST-behandelteam of zij in voldoende mate kunnen profiteren van de FAST-behandeling als er met een (telefonische) talk wordt gewerkt;
3. Er is sprake van een dwingend kader waarbinnen de behandeling kan plaatsvinden (dit kan een wettelijk kader zijn zoals OTS/JR) of een vrijwillig kader;
4. De jongere woont bij de opvoeder(s) of keert naar verwachting binnen twee maanden terug (dit is van toepassing als een jongere bijvoorbeeld nog residentieel is geplaatst).

*Indiceren van de optionele modules*

Om te bepalen welke optionele modules geïndiceerd zijn, wordt gebruik gemaakt van de uitkomst van de FAST-doelenlijst, de RAF-GGZ-Jeugd en classificaties die door de DSM-5 zijn vastgesteld. Zo zijn bijvoorbeeld jongeren bij wie ADHD is vastgesteld en/of matig tot hoog scoren op Impulsief gedrag van de RAF GGZ Jeugd geïndiceerd voor de module 'Impulsen de baas'.

*Contra-indicatie*

1. Ernstige psychiatrische problematiek bij de jongere die vraagt om opname;
2. Het probleemgedrag van de jongere komt voort uit een primaire verslavingsproblematiek;
3. Structurele weigering door de opvoeder(s) om met FAST aan de slag te gaan, ook nadat de FAST-behandelaar diverse motivatietechnieken heeft toegepast. Let op: dit kan pas tijdens de pré-behandeling worden beoordeeld. De FAST-behandelaar moet hier eerst in kunnen investeren.
4. De veiligheid van de FAST-behandelaar of de gezinsleden kan niet voldoende worden gegarandeerd. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als er sprake is van fysiek agressief gedrag door een gezinslid en het niet mogelijk (b)lijkt om met een veiligheidsplan te werken.

De contra-indicatie wordt vastgesteld op grond van dossierinformatie die afkomstig is van de verwijzer, de informatie verkregen uit het intakegesprek, de pre-behandelingsfase en de klinische blik van de FAST-behandelaar.

**Betrokkenheid doelgroep**

FAST is ontwikkeld door onder andere gebruik te maken van de gekregen feedback van jongeren en opvoeder(s) over de erkende interventies MST (en Topzorg). Uit deze feedback bleek bijvoorbeeld dat sommige jongeren (maar ook opvoeders) graag een eigen behandelaar wilden, dit was gemakkelijker om zo ingewikkelde patronen te doorbreken, het zou zorgen voor een veiliger behandelklimaat, waardoor het oefenen rustiger verloopt en ook het in vertrouwen nemen van de behandelaar. Om die reden biedt FAST nu de mogelijkheid om met twee behandelaren te werken. Eén voor het gezin en eentje alleen voor de jongere. Veel ouders gaven verder aan dat zij concrete handvatten aangereikt willen krijgen om de onderlinge interactie met hun kind te veranderen en te verbeteren. Dit is een reden geweest om interventies van de methode Geweldloos Verzet te integreren en opvoeders de mogelijkheid te bieden om te werken met de module Beheersingsvaardigheden en Stressreductie. De afgelopen jaren is de doelgroep betrokken geweest om de behandeling te verbeteren. Zo is aan opvoeders en jongeren gevraagd om feedback te geven over de eHealth modules die aansluiten bij de FAST-behandeling. Ook is aan hen feedback gevraagd over wat er gemist wordt. Verder krijgen zij standaard middels evaluatieformulieren de mogelijkheid om feedback te geven op de behandeling. Hieruit bleek onder andere dat vooral de meisjes behoeften hadden aan meer aandacht

voor hun lage zelfbeeld en onzekerheidsgevoelens. Om die reden is de module Zelfbeeld toegevoegd aan de behandeling.

## 1.2 Doel

### Hoofddoel

FAST werkt enerzijds aan het verminderen of stoppen van antisociaal/delinquent gedrag in het heden, waardoor de jongere (weer) thuis kan (blijven) wonen en/of niet van school gestuurd wordt en de onderlinge veiligheid verbeterd. Anderzijds is FAST gericht op het verminderen van de (kans op) recidive van antisociaal gedrag (waaronder delictgedrag) in de toekomst. Om te bepalen of de hoofddoelen worden behaald, wordt gebruik gemaakt van de uitkomst van de RAF GGZ Jeugd (risicotaxatie instrument), externaliserende schaal van de Child Behavior Checklist, en de Youth Self-Report. Op een later moment zullen de recidivecijfers worden opgevraagd bij het WODC.

### Subdoelen

Hieronder worden de concrete subdoelen beschreven die helpen om de twee hoofddoelen van FAST te realiseren. Er wordt alleen aan de optionele subdoelen gewerkt als deze van toepassing zijn. Deze zijn gekoppeld aan de optionele modules die binnen FAST worden aangeboden. De subdoelen worden gemonitord met de FAST-doelenlijst.

#### *Algemene FAST-doelen gericht op de jongere en de opvoeder(s):*

1. De opvoeder/jongere is gemotiveerd om aan de behandeling te werken. Ze zijn bereid om te werken aan verandering en doen hun best;
2. De jongere en het gezin ontvangen meer steun van beschermende systemen uit (vernieuwd) netwerk;
3. De jongere en de opvoeder(s) hebben minder vaak conflicten. De ruzies komen minder vaak voor en zijn minder ernstig.
4. De kwaliteit van het contact tussen de jongere en de opvoeder(s) is verbeterd. Ze doen vaker gezamenlijk activiteiten, ze geven elkaar meer complimenten en luisteren beter naar elkaar.

#### *Algemene FAST-doelen gericht op de opvoeder(s):*

1. Opvoeder(s) beschikken over meer copingvaardigheden, in het bijzonder over meer oplossingsvaardigheden in het omgaan met hun kind;
2. De opvoedingscompetentie van opvoeder(s) zijn verbeterd, ze hebben meer gezag, maar tonen ook (meer) begrip en zijn in staat tot valideren (actief luisteren en aandacht voor de denkwijze en emoties van hun kind).

#### *Algemene FAST-doelen gericht op de jongere:*

1. De jongere gaat naar school of heeft werk en houdt dit ook vol.
2. De jongere heeft meer prosociale vrienden en laat zich minder negatief beïnvloeden door risicovol gedrag van (een deel van) zijn vriendenkring;

#### *Optionele doelen voor de jongere gericht op het verminderen van agressief gedrag en/of het verbeteren van een tekort aan executieve functies*

1. Module verminderen van stress en boosheid: 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 beheersingsvaardigheden: 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);
4. Module Invloed van het denken: De jongere hanteert geen cognitieve vervormingen die agressief gedrag in stand houden. Dit betekent o.a. dat de jongere functionele (helpende) gedachten kan toepassen;
5. Module Emoties de baas: De jongere kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is;



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 AS I-problematiek (bijvoorbeeld ADHD, ASS problematisch middelengebruik, en traumagerelateerde klachten) van de jongere is meer onder controle en versterkt het externaliserende probleemgedrag niet.

#### *Optionele doelen voor de opvoeder(s) gericht op het verminderen van agressief gedrag*

1. Module stressreductie: De opvoeder reduceert gevoelens van stress en boosheid; er is geen sprake van chronische stress en agressief gedrag;
2. Module beheersingsvaardigheden: De opvoeder beschikt over meer adequate beheersingsvaardigheden (manieren om zichzelf in te houden om agressief gedrag te voorkomen).

Met de opvoeder(s) en de jongere wordt er elke twee weken besproken welke algemene of optionele subdoelen het meeste prioriteit hebben. Er wordt per twee weken aan minimaal drie doelen gewerkt. Hierbij is er bij voorkeur aandacht voor het realiseren van een verandering gericht op de houding van de opvoeder(s) of de interactie met hun kind, een verandering binnen het sociale domein (dagbesteding of de omgang met vrienden) en een verandering die gericht is op het verminderen van een individuele risicofactor. De ingezette interventies voor het behalen van de doelen die de meeste prioriteit hebben, worden bepaald door het toepassen van de analysecyclus. Als de subdoelen met de hoogste prioriteit en/of de meeste motivatie worden behaald, worden er nieuwe FAST-doelen geprioriteerd.

Voor het evalueren van het behalen van de algemene en optionele FAST-subdoelen wordt gebruik gemaakt van diverse vragenlijsten, namelijk de RAF-GGZ Jeugd, de FAST-doelenlijst, de externaliserende schaal van de Child Behavior Checklist en de Youth Self-Report, de Verkorte Lijst Irrationele Gedachten (V-LIG), de OBVL (vragenlijst om de opvoedingsbelasting mee te meten) en de BRIEF (een gedragsvragenlijst voor het meten van executieve functies).

## **1.3 Aanpak**

### **Opzet van de interventie**

#### *Algemeen*

FAST is een op maat gesneden behandeling die in gaat op de gezins- en persoonsfactoren die het probleemgedrag van de jongere in stand houden. Er wordt nauw samengewerkt met de omgeving van het gezin, zoals onderwijsinstellingen, politie, buurtwerk, sportvoorzieningen, etc. Bij FAST staat het gezin centraal. De FAST-behandelaar bezoekt het gezin vooral thuis en op tijden die gunstig zijn voor de gezinsleden.

#### *Fasering*

FAST bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. Voorlopige indicatie. Deze fase bestaat uit de aanmelding, inclusief het inzien van dossierinformatie, het voeren van gesprekken met de verwijzer en het verzorgen van een intakegesprek;
2. Voorbereidende behandelfase. Deze fase is gericht op het aangaan van contact, motiveren en empoweren van zowel de opvoeder(s) als de jongere, het opstellen van een behandelplan in de vorm van een basisEIS (Empirische Interventiecycle Samenvatting). In de basisEIS wordt een probleem- of functieanalyse beschreven, de kans op recidive wordt vastgesteld en vervolgens gemonitord, zo ook de veiligheid voor de jongere, opvoeder(s) en behandelaren en de mate van de motivatie. Er is in te zien aan welke subdoelen er gewerkt moet worden om het hoofddoel van FAST te realiseren. Met analysecyclussen wordt inzichtelijk gemaakt welke interventies het meest passend zijn om de komende twee weken mee te werken.
3. Behandeling. Het aanbieden van behandeling op maat door te werken aan de reguliere en optionele FAST-doelen (zie inhoud van de interventie). De EIS wordt elke twee weken geëvalueerd met het gezin en tijdens de FAST-intervisie om de kwaliteit en de rode draad van de behandeling te bewaken. Ook wordt dan beoordeeld of de interventies daadwerkelijk hebben geleid tot verandering en of ze nog langer ingezet moeten worden.
4. Afronding van de behandeling. De subdoelen van de FAST-behandeling die van toepassing waren op de jongere en het gezin (grotendeels) zijn behaald. Dit wordt bevestigd door de aanwezigheid van een

toekomstplan (gericht op terugvalpreventie) en behaalde resultaten die (h)erkend worden door de FAST-behandelaar, de opvoeder(s), verwijzer en de jongere;

5. Nazorg. In de nazorgfase werkt het gezin aan hun toekomstplan met steun van belangrijke personen uit hun omgeving. De FAST-behandelaar toetst in deze fase of de jongere en de opvoeder(s) in staat zijn om zich te houden aan het toekomstplan en de behaalde resultaten vast te houden.

### *Frequentie en duur*

De eerste twee fasen zijn binnen een maand afgerond. Er wordt dan per week gemiddeld 3 uur aan directe behandelingsduur geïnvesteerd. Na de eerste twee fasen volgt de behandelfase. Ook dan is er gemiddeld genomen drie uur per week (face tot face) contact met het gezin (omgerekend gaat het dan om ongeveer 7 uur per week (50% indirecte en 50% directe tijd + reistijd). Voor behoud van de continuïteit is het mogelijk om ook gebruik te maken van (beeld)bellen en het inzetten van eHealth. De sessies worden aan de jongere en de opvoeder(s) aangeboden in combinatie met individuele behandeling gericht op de jongere en soms ook voor de ouder(s). De wijze waarop de tijd wordt verdeeld, hangt af van de problematiek, de mogelijkheden van het gezin en de motivatie van de jongere/opvoeder(s). Over het algemeen gaat het om een wekelijkse sessie met de opvoeder(s), een wekelijkse sessie met de jongere en om de week een sessie met de jongere en de opvoeder(s) samen.

Na twee maanden volgt een tussenevaluatie en wordt bekeken of de behandelfase afgerond kan worden en er overgegaan kan worden op de nazorgfase. Als blijkt dat de behandelfase verlengd moet worden (in de praktijk is dit vaak nodig), dan gaat het in eerste instantie om een verlenging van twee maanden die even intensief is of met een gehalveerde intensiteit. Na deze periode volgt opnieuw een evaluatie. Het is dan wederom mogelijk om de behandelfase te verlengen (dit is aan de orde bij complexe en/of hardnekkige problematiek). In totaal kan er drie keer verlengd worden, dit betekent dat de behandelfase maximaal acht maanden duurt. Jongeren met een matig recidive risico redden het meestal met een behandelfase van vier maanden. Als de behandelfase is afgerond volgt de nazorgfase. De duur en frequentie die tijdens de nazorgfase wordt toegepast, is afgestemd op het recidiverisico. Bij een lage tot matige recidive duurt de nazorg een maand en is er elke week contact. Als bij afsluiting van de behandelfase de kans op recidive matig tot hoog is, bestaat de nazorgfase uit twee tot drie maanden. Dit laatste kan aan de orde zijn als er sprake was van een hoog risicoprofiel bij aanvang van de behandeling en relatief veel statische risicofactoren.

## **Inhoud van de interventie**

### Rode draad

#### *Focus*

Er is altijd aandacht voor het realiseren van veranderingen gericht op het gezin / opvoeder(s) in combinatie met het sociale domein (opleiding/werk en de omgang met vrienden) en eventuele aanwezige individuele risicofactoren. Als algemene richtlijn geldt dat er altijd vanaf het begin gewerkt wordt aan het verminderen van conflicten (indien dit vaak voorkomt), het verbeteren van het contact en het realiseren van een meer steunend netwerk en het zorgdragen van een dagbesteding als een jongere dit niet heeft.

#### *Werken met de analysecirkel*

Zodra duidelijk is welk doel prioriteit heeft, wordt er gebruik gemaakt van de analysecirkel. Bij een analysecirkel staat een probleem centraal dat gerelateerd is aan een FAST-subdoel. Als het bijvoorbeeld gaat om het doel: het realiseren van voldoende dagbesteding, dan zou het probleemgedrag kunnen zijn: het structureel spijbelen. Rondom dit probleem wordt vervolgens een analysecirkel gemaakt. Dit betekent dat op papier het probleem 'het aldoor spijbelen' in een cirkel wordt geplaatst en dat dan rechts de beïnvloeders worden beschreven die negatief bijdragen aan het probleemgedrag (het wordt er erger door) en links de beïnvloeders die het doen verminderen. Het kan dan gaan om beïnvloeders uit diverse systemen rondom de jongere. Deze manier van werken zorgt voor inzicht rondom het probleemgedrag, maar zorgt ook voor commitment en het bepalen van richting. Door aan gezinsleden te vragen aan welke beïnvloeders zij het liefste willen werken, welke het meest op de voorgrond staan en/of het makkelijkst te beïnvloeden zijn, kan worden bepaald met welke interventies (acties / handelingen) het probleemgedrag van de jongere het beste doorbroken kan gaan worden. Het kan gaan om het vaker toepassen van kleine interventies die de opvoeder(s) en/of jongere al toepassen en die helpen om het probleem te verminderen. Daarnaast gaat het grotendeels om interventies (onderdelen) uit de gezinsmodule of de optionele AROPMaat-modules (verderop wordt hier meer uitleg over gegeven).

### *Evalueren*

De FAST-behandelaar bespreekt de voortgang van een casus elke twee weken tijdens de FAST-intervisie onder begeleiding van de FAST-programmaverantwoordelijke (PV). Als de interventies (uit de modules en/of voortkomend uit de analysecirkel) blijken te werken, wordt er een volgende stap gezet richting het realiseren van de reguliere en geïndiceerde optionele FAST-doelen en start er een nieuwe cyclus. Als de ingezette interventies (nog) niet aanslaan, wordt er bekeken wat er alsnog nodig is om het doel te bereiken (meer tijd middels de al ingezette interventies is dan ook een optie). Zodra er een FAST-doel behaald is of er een duidelijke verbetering zichtbaar is, wordt hiervan een positieve analysecirkel ontwikkeld. Hierdoor wordt duidelijk welke aspecten hebben bijgedragen aan het terugdringen van het oorspronkelijke probleemgedrag. Deze zienswijze is helpend voor de opvoeder(s) en de jongere, omdat ze zo precies weten wat hen te doen staat als er terugval dreigt of hier al sprake van is.

### *Nazorg*

In de laatste fase van de behandeling wordt een toekomstplan ontwikkeld dat gericht is op het voorkomen van terugval. Tijdens het opstellen van dit plan wordt rekening gehouden met mogelijke lastige situaties in de toekomst. Met de jongere en de opvoeder(s) worden deze besproken en oefenen zij hoe hier het beste mee om te gaan. In de nazorgfase werkt het gezin zoveel mogelijk zelfstandig aan hun toekomstplan, ondersteund door belangrijke personen uit hun eigen omgeving. De FAST-behandelaar bezoekt het gezin in deze fase veel minder en onderhoudt vooral telefonisch contact of via beeldbellen. Als er geen nieuwe problemen zijn ontstaan, kan de nazorgfase worden afgesloten.

### Samenvattend ziet de FAST-behandeling er als volgt uit:

- Outreachende contacten bij gezin thuis of op de school van de jongere en het realiseren van een goede samenwerking met ketenpartners.
- Uitgangspunt van de behandeling zijn de tien FAST-basisprincipes. Deze principes bepalen hoe de behandeling wordt vormgegeven (zie verderop in deze paragraaf);
- Elke twee weken wordt er minimaal aan drie algemene of optionele FAST-doelen gewerkt die de meeste prioriteit hebben en/of waar de meeste motivatie voor is. Focus ligt altijd op het verbeteren van de sociale steun en de kwaliteit van het contact tussen opvoeder(s) en de jongere, het verminderen van conflicten en het zorgdragen en onderhouden van een dagbesteding voor de jongere. Om te bepalen welke interventies het beste aansluiten bij het gezin, de problematiek en het succes zullen hebben, wordt er als kapstok van de behandeling gebruik gemaakt van de analysecirkel. De interventies die vervolgens worden toegepast komen uit:
  - De gezinsmodule FAST (jongere en opvoeder) die gebruikt maakt van onderdelen uit de systeemtherapie, cognitieve gedragstherapie en de methode Geweldloos verzet (hierover wordt meer uitleg gegeven in het onderdeel over de theoretische onderbouwing).
  - De optionele modules van de gedragsinterventie AROPMaat:
    - Module Stressreductie (jongere en/of opvoeder)
    - Module Impulscontrole (jongere)
    - Module Beheersingsvaardigheden (jongere en/of opvoeder)
    - Module Invloed van het denken (jongere)
    - Module Emotieregulatie (jongere)
    - Module Zelfbeeld (jongere)
    - Module problematisch middelengebruik (jongere)
  - Indien nodig: behandeling van trauma's (middels EMDR), ADHD (module Impulscontrole, psycho-educatie via eHealth ADHD module voor jongeren en farmacotherapie aangeboden door een jeugdpsychiater), en ASS (door aanbieden van psycho-educatie aan ouders).

### De tien FAST-principes die leidend zijn voor de FAST-behandeling

1. Het is van belang om inzicht krijgen in de samenhang tussen bepaalde gedragingen en hun bredere systemische context. Hiervoor wordt als analyse-instrument de analysecirkel gebruikt;
2. De FAST-behandelaren maken gebruik van de krachten van een gezin en zijn systeem. Er wordt gezocht naar interventies die snel leiden tot succeservaringen om de motivatie te versterken. Hier helpt het maken

van de analysecirkel bij, omdat er ook gekeken wordt naar factoren die al aanwezig zijn en die het probleem verminderen;

3. De ingezette interventies leiden tot meer beschermende factoren en geven de jongere en de opvoeder(s) en andere betrokken systeemleden meer handvatten om de negatieve spiraal te doorbreken;
4. De interventies zijn gericht op het hier en nu, op concrete acties en hebben betrekking op specifieke en helder omschreven problemen die door het gezin worden herkend;
5. De interventies zijn responsief/sensitief. Ze sluiten aan bij het ontwikkelingsniveau en de ontwikkelingsbehoeften van de jongere en de opvoeder(s), maar ook bij de mate van motivatie, de leerstijl en culturele achtergrond;
6. Belangrijke basisvoorwaarden van FAST zijn overgenomen van de methode Geweldloos verzet. Tijdens de behandeling is altijd aandacht voor het zorgdragen van veiligheid, het realiseren van voldoende steun voor de opvoeders, het verbeteren van het contact, het verminderen van conflicten en begrenzen zonder agressie. Opvoeders zullen ook zonder de aanwezigheid van de jongere oefenen met verschillende vaardigheden;
7. Een deel van de interventies zijn gericht op individuele risicofactoren. Dit betekent dat jongeren ook zonder opvoeder(s) gezien worden door een FAST-behandelaar. Als een jongere ook individuele behandeling krijgt aangeboden, dan kan dit door een tweede behandelaar worden uitgevoerd. Dit is aan de orde als:
  - de jongere erg wantrouwend is en/of zelf aangeeft dat hij liever een eigen behandelaar heeft;
  - het door de dynamiek/complexiteit van het gezin voor de FAST-behandelaar onmogelijk is om het principe van de meervoudige partijdigheid te waarborgen;
  - de behandelcontext erg complex is, waardoor het voor de kwaliteit en de veiligheid van de FAST-behandelaar beter is als er een tweede behandelaar wordt toegevoegd;
8. De interventies vereisen een regelmatige (dagelijkse of wekelijkse) inspanning van de jongere en de systeemleden, zodat de continuïteit wordt gestimuleerd en de kans op verandering wordt vergroot. Dit kan eventueel extra worden gestimuleerd door toepassing van blended care (gebruikmaking van mail, app's, chat en eHealth);
9. De effectiviteit van de behandeling/interventies wordt elke twee weken vanuit verschillende perspectieven geëvalueerd aan de hand van het EIS-formulier; de FAST-behandelaar poogt belemmeringen voor succes weg te nemen;
10. De ingezette interventies zijn gericht op generalisatie en handhaving van de gerealiseerde veranderingen door 'empowering' (competentievergroting) van de jongere en de opvoeder(s) en het versterken van steunende systemen.

### De ingezette kerninterventies: de FAST-gezinsmodule

#### *Methodische uitgangspunten*

De interventies die voortkomen uit de analysecirkel en die tijdens de behandeling worden toegepast, komen grotendeels uit de FAST-gezinsmodule en de optionele AROpMaat-modules. Binnen de gezinsmodule zijn essentiële onderdelen uit de cognitieve gedragstherapie, de gezinsmodule van de AROpMaat en de methode Geweldloos Verzet geïntegreerd. De laatstgenoemde methode biedt concrete handvatten bij het stoppen van agressief en/of opstandig gedrag van de jongere zonder dat dit tot escalatie leidt (e.g., Lebowitz et al., 2012). De methode helpt opvoeder(s) om de communicatie met hun kind te verbeteren en een nieuwe vorm van gezag te realiseren. Om het contact te verbeteren, conflicten te verminderen en de jongere te begrenzen zonder boosheid en agressie, worden de volgende elementen aangeboden:

1. De aandacht en betrokkenheid van de opvoeder(s) naar de jongere toe vergroten. Ook worden opvoeder(s) en hun kind gestimuleerd om daadwerkelijk meer tijd met elkaar door te brengen. Dit onderdeel wordt in de gezinsmodule uitgewerkt onder het onderdeel interesse tonen;
2. Het structureel valideren (met begrip en erkenning reageren op de gedachten en emoties van je kind en moeite doen om deze te willen begrijpen), maar tegelijkertijd het begrenzen van het agressieve gedrag (als hier sprake van is);
3. Het structureel reageren vanuit de rol van volwassene en opvoeder: dit betekent dat machtsstrijd en provocaties ('rode knoppen' en conflictaanjagers) worden vermeden en geen enkele vorm van fysieke of verbale agressie gebruikt mag worden. Ook niet als de jongere de opvoeder triggert ('een rode knop indrukt'). Het kan hiervoor nodig zijn dat ook opvoeders ondersteunende technieken aanleren die helpen bij het

reduceren van stress en het vergroten van zelfbeheersingsvaardigheden en het kunnen toepassen van adequate conflictvaardigheden.

**4.** Het radicaal doorbreken van de gewoonte om tegemoet te komen aan de eisen van de jongere die (al of niet met dreigementen of agressie) worden afgedwongen.

### *Inhoud van de gezinsmodule*

*Alle oefeningen worden uitgebreid in de gezinsmodule beschreven.* Tijdens de gezinsmodule is aandacht voor het realiseren van de randvoorwaarden van veiligheid (inzet veiligheids- en crisisplan, leren toepassen time-out procedure en/of signaleringsplan). Tijdens het opstellen van een veiligheids- en crisisplan wordt duidelijk gemaakt dat iedereen zich in gaat zetten om onveilig / gewelddadig gedrag te voorkomen. Er wordt eventueel aan ouders psycho-educatie gegeven als hier behoefte aan is over een gedragsstoornis en/of het hebben van agressieproblematiek en/of autisme. Verder ligt de focus op het verkrijgen van meer steun uit de omgeving en het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden. Zoals al eerder aangegeven wordt er ingegaan op het aanleren van valideren (hiermee wordt ook geoefend), het interesse tonen (onder andere door meer zicht te hebben op wat je kind doet, vaker samen activiteiten te ondernemen, opvoeders leren dagelijks complimenten te geven en positieve eigenschappen te benoemen. Dit gebeurt ook door gebruik te maken van het kwaliteitspel en het opvoedingsspel. Indien nodig wordt er geoefend met het leren grenzen stellen aan de hand, dit gebeurt middels de methode geweldloos verzet (onder andere door de techniek van de drie emmers en het doen van rollenspelen waarin je leert om op een geweldloze manier te begrenzen. Sommige opvoeders hebben hierbij extra ondersteuning nodig door oefeningen uit de module “stressreductie” en “beheersingsvaardigheden” te doen. Om conflicten te verminderen, wordt er naast het begrenzen ook gewerkt aan het (h)erkennen van elkaars rode knoppen. Vervolgens wordt onderzocht en geoefend welke beheersingsvaardigheden (knoppenkrakers) werken om niet meer getriggerd te raken (door elkaars de rode knoppen). Het is vooral de bedoeling dat ouders rustig leren blijven als hun kind een “rode knop” indrukt. Mocht het nodig zijn dan kan er ook worden geoefend met vaardigheden die helpen om adequaat met conflicten om te gaan door het inzetten van de-escalerende technieken (conflictremmers). Er wordt standaard gewerkt met het leren toepassen van helpende gedachten die ervoor zorgen dat de opvoeder(s) en de jongere minder negatief over elkaar denken. Ook wordt besproken welke gedachten helpen om minder snel ruzie te hebben en om specifieke vaardigheden gemakkelijker aan te leren.

Een hoofdstuk uit de gezinsmodule gaat in op het thema vriendschappen van de jongere. Dit hoofdstuk wordt alleen behandeld als de jongere zich negatief laat beïnvloeden door vrienden of als opvoeder(s) de neiging hebben de schuld van het probleemgedrag van hun kind bij de vrienden te leggen, waardoor er nog meer verwijdering plaatsvindt en de jongere juist naar zijn vrienden toetrekt. De FAST-behandelaar zal met de opvoeder(s) onderzoeken wat een passende houding is richting hun kind. Veelal wordt de telefoonronde en/of het volgen van de methode geweldloos verzet gehanteerd om zo de betrokkenheid de jongere toe te tonen. Opvoeder(s) oefenen met rollenspelen hoe ze het beste kunnen reageren. Verder wordt er indien nodig aandacht besteed aan het realiseren van een zinvolle dagbesteding. Dit betekent dat er actief door de FAST-behandelaar gezocht wordt naar een school en/of stageplek waar de jongere terecht kan en er wordt bekeken wat ervoor nodig is qua begeleiding (ook vanuit school en/of de stage en/of werk) om het te laten slagen. In de module is ook aandacht voor omgaan met social media en eventueel middelengebruik (ook via de aparte module problematisch middelengebruik).

### De ingezette optionele interventies: de AROpMaat-modules:

#### **1. Module Stress- en boosheidsreductie (voor de jongere en de opvoeder)**

De jongere en/of opvoeder leert meer greep te krijgen op eigen spanningen en stress en past oefeningen toe om stress en boosheid te verminderen. Er wordt tijdens deze module o.a. gewerkt met diverse ontspanningsoefeningen, bewerkte mindfulness oefeningen, en de oefening ‘wisselen van aandacht’ met als doel het snel verminderen van boosheid / hoge arousal. Bedoeling is dat de jongere/opvoeder minimaal twee tot drie oefeningen kan toepassen en dit regelmatig herhaalt waardoor chronische stress verdwijnt en/of boosheid gereduceerd kan worden.

#### **2. Module Impulsen de baas (voor de jongere).**

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

### **3. Module Jezelf beheersen (voor de jongere).**

Er wordt geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. Hierbij oefent de jongere/opvoeder (in overleg) met triggers die boosheid oproepen. Een jongere/opvoeder 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/opvoeder geeft dan 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/opvoeder 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.

### **4. Module Invloed van het denken (voor de jongere).**

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. Het gaat om een houding die rust en zelfverzekerdheid uitstraalt. Ook wordt de jongere uitgedaagd zich te identificeren met iemand die tegenovergesteld denkt aan zichzelf. Dit helpt om meer flexibiliteit in denken te realiseren. Verder worden er imaginatie-oefeningen gedaan om te ervaren hoe het is om anders te denken en vervolgens anders te voelen en te doen. Ook worden er stoelentechnieken ingezet om ambivalentie in het denken beter te ervaren en een meer gezonde denkwijze te versterken.

### **5. Module Emoties de baas (voor de jongere).**

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.

### **6. Module Zelfbeeld (voor de jongere)**

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.

### 7. Module problematisch middelengebruik (voor de jongere)

In deze module wordt als eerste stap gepoogd om meer bewustwording te realiseren over problematisch middelengebruik en mogelijke negatieve gevolgen voor de jongere zelf. De jongere wordt vooraf aan deze module gemotiveerd om problematisch middelengebruik aan te pakken, waarbij naast het valideren, het opbouwen van de behandelrelatie, er 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. Voor het leren omgaan met trek en het verdragen van dit verlangen worden (aangepaste) oefeningen aangeboden vanuit de module het 'verminderen van stress en boosheid' en de module 'jezelf beheersen'. De module biedt verder aandacht voor het weerstaan van groepsdruk, onder andere door te oefenen middels rollenspelen. Verder wordt er gewerkt met het leren toepassen van helpende gedachten met bijpassende houding die onder andere helpen om groepsdruk en trek in middelen gemakkelijker te weerstaan. De module bevat ook een hoofdstuk voor de opvoeders, zij krijgen handvatten aangeboden die kunnen helpen om het problematisch middelengebruik van hun kind te herkennen, te stoppen, te monitoren.

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

Het probleemgedrag van de jongere is beter te begrijpen als het bekeken wordt binnen de systemen waarin de jongere zich begeeft en in de natuurlijke context. Om die reden wordt het gezin tijdens de eerste twee maanden van de behandel fase altijd thuis bezocht, wordt voor het probleemgedrag in diverse systemen naar oorzaken gezocht en wordt er met verschillende systemen rondom de jongere samengewerkt om het probleemgedrag te verminderen. Daarnaast is het relevant dat de standaard hoofdstukken uit de gezinsmodule worden aangeboden, zodat er in voldoende mate aan de reguliere FAST-doelen kan worden gewerkt en (wederom) een uithuisplaatsing kan worden voorkomen. Focus ligt altijd op het minderen van de conflicten, het verbeteren van het contact, waardoor een jongere begrenzungen gemakkelijker zal accepteren. Ook is het verkrijgen van steun essentieel. Een jongere of opvoeder krijgt alleen de inhoud van de ARopMaat-modules aangeboden als deze geïndiceerd zijn. In de programmahandleiding wordt in hoofdstuk 13 aangegeven welke oefeningen essentieel zijn om te doen. Er worden extra oefeningen gedaan als een jongere meer tijd nodig heeft om de doelen van een module te behalen of als deze beter aansluiten bij zijn/haar leerstijl.

## 2. Uitvoering

### Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding. Deze handleiding bevat vrijwel alle informatie die ook in dit werkblad is te vinden.
2. Programma handleiding voor de FAST-behandelaar. Deze handleiding bevat ondersteunende informatie over het aanbieden van FAST met specifieke aandacht voor de wijze waarop de problematiek van een jongere en het gezin wordt geanalyseerd en aangepakt. Verder biedt het verdiepende kennis m.b.t. de basistechnieken van een FAST-behandelaar, het behandelen van bijvoorbeeld agressieproblematiek, traumagerelateerde klachten, en jongeren met een LVB, etc. Ook worden er in een hoofdstuk aanwijzingen beschreven voor een FAST-behandelaar zodat het makkelijk wordt om met de gezinsmodule te kunnen werken. In een ander hoofdstuk wordt ingegaan op het werken met de modules van de AROPMaat die door FAST worden gebruikt;
3. Gezinsmodule voor de opvoeders, de jongere en de FAST-behandelaar: met specifiek aandacht voor psycho-educatie, de wijze waarop de methode Geweldloos Verzet is geïntegreerd, het werken met de analysecirkel, het verkrijgen van steun, het aanleren van essentiële opvoedingsvaardigheden, zoals het valideren, het tonen van interesse en het begrenzen en het leren kennen van elkaars rode knoppen. Ook wordt er aandacht besteed aan het stoppen/minderen van spijbelgedrag en problematisch middelengebruik;
4. Modules voor de jongeren en de FAST-behandelaar afkomstig uit de AROPMaat-methodiek. Het gaat om de modules die gericht zijn op het verminderen van boosheid, het verbeteren van de executieve functies en het vergroten van het geloof in eigen kunnen. Namelijk de module Verminderen van stress en boosheid, Impulsen de baas, Beheersingsvaardigheden, Invloed van het denken, Emotieregulatie, Zelfbeeld en Problematisch middelengebruik.  
**N.B.** De gezinsmodule en de AROPMaat-modules zijn geschreven voor de cliënten, maar bieden ook een duidelijk kader voor de FAST-behandelaar.
5. Modules voor opvoeder(s) en de FAST-behandelaar afkomstig van de AROPMaat-methodiek voor volwassenen met daarin opgenomen twee modules gericht op het verbeteren van een tekort aan executieve functies (Module Stressreductie en Beheersingsvaardigheden);
6. Managementhandleiding voor de FAST-behandelaar en managers van de instelling. Deze handleiding biedt zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord;
7. Opleidingshandleiding. Deze handleiding beschrijft de nodige eisen omtrent de opleiding en competenties en bevat het draaiboek van de basistraining FAST. Eveneens wordt in deze handleiding in grote lijnen het aanbod van de basisopleiding voor toekomstige FAST-behandelaren beschreven.

Verder bestaat er een PowerPoint die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners uit te leggen. Ook is er een folder / factsheet over FAST leverbaar. Dit kan gebruikt worden om FAST op de kaart te zetten bij de gemeenten, maar ook binnen de JJI's en de gesloten Jeugdzorg. De interventie kan immers ook worden ingezet als een transmurale behandelvorm.

### Locatie en type organisatie

De interventie kan worden uitgevoerd door een forensische ambulante zorginstelling die beschikt over de inzet van een kinder- en jeugd psychiater, en over voldoende jeugdbehandelaren die thuis zijn in het systemisch en outreachend werken en kennis hebben van de cognitieve gedragstherapie. De forensische ambulante zorginstelling kan FAST starten bij gezinnen van jongeren die (nog) gesloten zijn geplaatst als zij binnen twee maanden weer naar huis terugkeren. FAST wordt grotendeels uitgevoerd in de leefomgeving van de jongere (thuis, op school, in de buurt). De FAST-behandelaar is onderdeel van een behandelteam van minstens drie behandelaren, waaronder een PV-FAST.

### Opleiding en competenties van de uitvoerders

Als vooropleiding dient een PV-FAST universitair (psychologie of orthopedagogiek) of hbo+ (sociaal-agogisch) opgeleid te zijn. De FAST-behandelaar is tevens geschoold in het systeemgericht werken en/of het toepassen van cognitieve gedragstherapie. Kennis over de methode Nieuwe Autoriteit / Geweldloos Verzet en



ontwikkelingspsychologie is een pré. Binnen een FAST-team dient bij voorkeur een behandelaar aanwezig te zijn die EMDR kan aanbieden. Mocht dit niet zo zijn dan kan een andere Jeugd-behandelaar van de forensische zorginstelling dit aanbieden. FAST-behandelaren en programma-verantwoordelijken (PV) van FAST zijn verplicht om een specifieke FAST-opleiding te volgen. Hier wordt uitgebreid bij stil gestaan bij het onderdeel over de kwaliteitsbewaking.

Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

*Een FAST-behandelaar wordt op de volgende competenties getoetst tijdens de selectieprocedure:*

- De FAST-behandelaar heeft affiniteit en ervaring opgedaan in het outreachend en systeemgericht werken en/of het toepassen van cognitieve gedragstherapie;
- De FAST-behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het behandelen binnen de forensische setting;
- De FAST-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 FAST-behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder het valideren (o.a. tonen van empathie);

## Kwaliteitsbewaking

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

1. De instelling heeft een FAST-coördinator in dienst die de PV-FAST aanstuurt;
2. Een instelling zorgt dat er per vestiging een PV wordt aangesteld die verantwoordelijk is voor de programma-integriteit van FAST;
3. De PV volgt jaarlijks minimaal drie dagdelen voor de PV en krijgt naar behoefte begeleiding van de FAST-coördinator;
4. FAST-behandelaren voldoen aan de gestelde opleidings- en competentie-eisen (zie vorige kopje);
5. De FAST-behandelaren volgen een FAST-basisopleiding, de opleiding over de methode Geweldloos Verzet, de basisopleiding ARopMaat Jeugd en de jaarlijkse FAST-boostersessie en AR-boostersessie;
6. Het aanbieden van een wekelijkse FAST-intervisie. Er is tijdens deze interventie ook ruimte voor intervisiemomenten gericht op de FAST-methodiek en persoonlijke leerpunten;
7. Het volgen van de maandelijkse ARopMaat interventie van anderhalf uur;
8. Het voldoen aan de minimale eis om 20 uur per week FAST aan te bieden (indirecte en directe uren); dit biedt garantie op voldoende flexibiliteit en om de kennis en deskundigheid van een FAST-behandelaar verder te ontwikkelen en op een hoog niveau te houden;
9. FAST wordt aangeboden aan jongeren die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
10. Tijdens het aanbieden van een FAST-behandeling wordt de behandeling gemonitord aan de hand van de EIS en een tweemaandelijks behandelchecklist. Aan het einde van de behandeling wordt een eind-evaluatielijst ingevuld, zodat gecontroleerd kan worden of voldaan wordt aan de meest essentiële FAST-methoden en technieken. Deze eind-evaluatielijsten worden door zowel de FAST-behandelaar, de jongere als opvoeder(s) ingevuld. Aan jongeren en opvoeder(s) wordt specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden. De tweemaandelijks behandelchecklist dient als ondersteuningsmiddel en wordt in het begin zelfs elke vier weken door de FAST-behandelaar ingevuld, totdat de FAST-behandelingen goed lopen. Het instrument wordt ook toegepast voor het uitvoeren van procesevaluaties.

## Randvoorwaarden

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

1. De FAST-PV krijgt 3 tot 4 uur per week extra tijd voor het verrichten van ondersteunende werkzaamheden die niet declarabel zijn, zoals het niet casuïstiek gericht begeleiden van FAST-behandelaren, het ontvangen van begeleiding van de FAST-coördinator, zorgdragen voor de PR, het zorgdragen voor nul- en eindmetingen en eind-evaluatieformulieren (ROM-en);
2. FAST-behandelaren dienen voldoende indirecte tijd te krijgen (50% directe tijd om 50% indirecte tijd, exclusief reistijd) voor het uitvoeren van coördinerende taken, het afstemmen met systeemleden en

ketenpartners, en voor het outreachend werken. De behandelafspraken vinden immers meestal plaats in de leefomgeving van de jongere en niet op de poli;

3. Om FAST te kunnen bieden, heeft elke FAST-behandelaar een smartphone nodig en de mogelijkheid om mobiel op de werkomgeving in te loggen;
4. Een FAST-team bestaat uit minimaal drie behandelaren (inclusief de FAST-PV) en maximaal uit zeven behandelaren. Een FAST-team kan gebruik maken van de expertise van een regiebehandelaar (GZ-psycholoog, orthopedagoog-generalist of klinisch psycholoog);
5. Als er een tweede behandelaar wordt ingezet, dan richt deze behandelaar zich op het verminderen van risicofactoren bij de jongere. Informatie die de jongere in vertrouwen met de behandelaar deelt, wordt alleen met de opvoeder(s) gedeeld als de veiligheid in het heden of de toekomst in het geding is of de ontwikkeling van de jongere bedreigd wordt. Tenzij de jongere en opvoeder(s) hier andere afspraken over maken.

Als er samen met de jongere en de opvoeders wordt gewerkt, kunnen beide behandelaren hierbij aanwezig zijn. Zo niet dan doet de behandelaar dit die ook de opvoeder(s) behandelt.

6. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen.
7. Voor elke deelnemer zijn de gezinsmodule en de geïndiceerde optionele modules beschikbaar.
8. De FAST-behandelaar kan gebruik maken van de gevoelswereldspel, kwaliteitsspel, en opvoedingsspel. Dit zijn kaartjes waar gevoelens op staan, eigenschappen en uitgangspunten die voor het opvoeden belangrijk gevonden kunnen worden. De kaartjes worden gebruikt bij diverse oefeningen die in de gezinsmodule en de AR-modules staan beschreven.

## Implementatie

*Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:*

Op het moment dat een instelling interesse toont in FAST, voert de FAST-programmamanager 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 waarborgen van de kwaliteitsbewaking. Er wordt geïnventariseerd wat hiervoor nodig is en welke obstakels eventueel genomen moeten worden. Specifieke aandacht wordt ook besteed aan de interne PR, zodat er op tijd voorlichtingspresentaties gegeven worden aan verschillende functiegroepen. De FAST-behandelaren krijgen een basisopleiding aangeboden en worden op die manier verder op weg geholpen. De PV'ers krijgen tijdens een PV-dag uitleg over zijn taken en verantwoordelijkheden.

*Ondersteuning tijdens de opstartfase:*

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden door FAST-behandelaren als zij de FAST-basisopleiding hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken immers al over behandelervaring, bovendien biedt de wekelijkse intervisie en de begeleiding van de PV veel houvast. In de startfase is er rekening gehouden met extra begeleiding vanuit de FAST-programmamanager aan de FAST-PV'ers voor het beantwoorden van alle vragen. Ook is er een terugkomdag na twee maanden voor alle behandelaren waarin aandacht is voor de vragen en ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan.

## Kosten

Totale tijdsinvestering en personele kosten van een FAST-behandelaar per jongere/gezin is:

Behandeluren (50% directe tijd X 50% indirecte tijd (exclusief reistijd), zoals voorbereiding, verslaglegging, evalueren, intervisie, overdracht en afstemming met o.a. ketenpartners, school, regiebehandelaar, eventuele mede-behandelaren en eventuele aanwezige jeugdreclasseringsmedewerker) x bruto uurloon van de behandelaar = ....

Wat kost FAST ongeveer voor de gemeenten?

De gemiddelde behandelduur betreft 41 weken, gemiddeld genomen blijken er per casus 199 uur besteed te

worden aan directe en indirecte tijd, inclusief de nazorg x 116 euro per uur (inclusief overhead, kosten vakantiedagen, etc.) Je komt dan gemiddeld genomen uit op een bedrag van 23.084 euro.

Het genoemde bedrag is gebaseerd op gegevens vanuit de Waag, hierbij is het opvallend dat de doelgroep steeds zwaarder is geworden doordat jongere later worden aangemeld, het recidiverisico hoger is geworden en er vaker sprake is van complexe comorbiditeit.

Extra tijdinvestering programmaverantwoordelijke (PV):

Een PV besteedt naast de kosten die gemaakt worden als FAST-behandelaar (zie hierboven) in het eerste jaar 4 uur per week aan extra taken (zoals zorgdragen voor werkbegeleiding en PR) die niet declarabel zijn. Daarna kan dit meestal worden teruggebracht naar 3 uur per week. Dit hangt echter af van de doorstroom in een team en de mate waarin er gewerkt wordt met ervaren behandelaren:

\*Het genoemde bedrag is de prijs die geldt voor gemeenten.

#### Kosten opleiding

Een instelling is voor een booster of opleidingsdag gemiddeld genomen 1400 euro, exclusief btw kwijt. Afhankelijk van het thema van de booster kunnen er ook externe opleiders worden ingezet. Het volgen van een booster door een behandelaar vraagt om een investering, aangezien de behandelaar geen productie kan draaien. Het gaat gemiddeld genomen per behandelaar om een bedrag van 696 euro per dag, aangezien een behandelaar gemiddeld genomen 6 uur per dag cliëntgebonden tijd schrijft als hij niet ziek is of vakantie heeft.

#### 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

#### Probleem

FAST richt zich op jongeren (12 tot 18 jaar) die ernstig grensoverschrijdend gedrag als dan niet in de vorm van delict gedrag met een matig tot hoge kans op recidive. De kans is groot dat het antisociale gedrag dus voort blijft duren, bovendien wordt de ontwikkeling van de jongere bedreigt. Met antisociaal gedrag wordt een herhalend en hardnekkig gedragspatroon bedoeld, waarbij de fundamentele rechten van anderen worden geschonden, zoals vechten of stelen, of belangrijke bij de leeftijd passende regels of normen worden overtreden, zoals veelvuldig liegen en spijbelen. Ook agressief gedrag wordt gerekend tot antisociaal gedrag. Agressie kan worden opgevat als het inadequaat uiten van woede d.m.v. slaan, trappen en schelden, of iemand bespotten, afkraken, bedreigen of bang maken, maar ook als gedrag dat bedoeld is om een ander daadwerkelijk (fysiek) te schaden of eigen voordeel mee te halen (Anderson & Bushman, 2002).

Antisociaal gedrag, waaronder delictgedrag gaat gepaard met psychische problemen (Coccaro, Lee & McCloskey, 2014; Reef et al., 2020) en verschillende criminogene risicofactoren waaronder problematisch middelengebruik (Najman et al., 2019; Van Horn et al., 2018) en gedragsstoornissen (Fairchild et al., 2019; Mann et al., 2018).

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

De jongeren die geïndiceerd zijn voor FAST hebben een gemiddelde leeftijd van 14.87. Ruim driekwart is jongen 76.3%. (n = 190). De gemiddelde behandelduur was 40.6 weken (SD = 21.21). Zie Tabel 1 voor meer inzicht in de kenmerken van de onderzoeksgroep. Van de 249 jongeren, hebben 46 jongeren ASS (M = 14.63, SD = 1.61). De praktijk leert dat bij ongeveer 93% van de jongeren die in aanmerking komen voor de FAST, het antisociale gedrag is gerelateerd aan een gedragsstoornis. Bij de overige jongeren is er vaak een andere vorm van een impulsbeheersingsstoornis gediagnostiseerd (denk aan een onweerstaanbare drang tot brandstichten of de periodiek explosieve stoornis. De normoverschrijdend-gedragsstoornis komt ca. bij 33% van de doelgroep voor. Bij jongens is vaker sprake van antisociaal gedrag dan bij meisjes. Dit betekent dat FAST gemiddeld genomen vaker aan jongens en hun opvoeder(s) wordt aangeboden (ca. 75% is een jongen en 25% is een meisje). De FAST-doelgroep bestaat zowel uit Nederlandse jongeren (circa 45%) als jongeren met een migratieachtergrond (circa 55%). Er zijn weinig verschillen in de aard en ernst van gedragsproblemen tussen landen en culturen. Wel komen gedragsproblemen relatief vaker voor in lagere sociaaleconomische klassen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014) en bij een lager schoolniveau (Stevens et al., 2018).

#### *Gevolgen*

De gedragsproblemen hebben vaak geleid tot het plegen van delicten, denk hierbij aan bedreiging, mishandeling, zware mishandeling, vermogensdelicten, brandstichting, etc. Het delictgedrag heeft een grote materiële en immateriële impact voor de maatschappij (Cohen & Piquero, 2015; Kuklinski, 2015). Niets doen betekent dat de kans op terugval hoog is, ook op volwassen leeftijd (Hill et al., 2021; Huesmann, 2018; Schubert et al., 2012; Wartna et al., 2014). Dit geldt helemaal als het gaat om jongeren met een ernstig delict verleden (Hill et al., 2021). Daarnaast hebben jongeren die crimineel gedrag vertonen een verhoogd risico om als volwassene in een criminele buurt te (blijven) wonen, en contact te onderhouden met drugs gebruikende leeftijdgenoten (e.g., Campbell et al., 2020). Als de criminaliteit doorzet tot in de volwassenheid, worden ook andere levensdomeinen negatief beïnvloed, zoals een stabiele woonsituatie, een stabiele relatie en een stabiele werkomgeving (Piquero et al., 2010, Jennings et al., 2016, Moffitt, T.E., 2018).

#### Oorzaken

##### Sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel

FAST maakt als paraplu van het theoretische kader gebruik van het sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel voor probleemgedrag (Van der Ploeg et al., 1990; Winters, 2020). Volgens dit model spelen zowel individuele risicofactoren (biologisch en psychisch) als omgevingsgebonden risicofactoren (gezin en sociale omstandigheden) een rol bij de ontwikkeling van probleemgedrag (zoals antisociaal gedrag c.q. delictgedrag). Het sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel gaat ervan uit dat de kans op antisociaal gedrag steeds groter wordt als er meer dan één stressfactor en/of criminogene risicofactor aanwezig is. Elke extra criminogene risicofactor vergroot de kans sprongsgewijs op het ontwikkelen van (ernstig) antisociaal gedrag (Farrington,

1997; Fine et al., 2017). De draaglast wordt dan namelijk steeds kleiner, tenzij er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de draaglast te compenseren. In de meeste gevallen bestaan beschermende factoren uit het tegengestelde van risicofactoren: het risico is afwezig of er is sprake van een positieve tegenhanger. Het sociaal-ecologisch model is transactioneel van aard: het model houdt rekening met veranderingen in het kind / jongere en in zijn omgeving, en de wisselwerkingen hiertussen die gedurende de ontwikkeling plaatsvinden. Deze wederzijdse beïnvloeding vindt plaats binnen verschillende socialisatiekaders (sociaal-ecologische ringen). Zo kunnen ongunstige sociale omstandigheden (wonen in een criminele buurt, verkeerde vrienden) in wisselwerking met negatieve *levenservaringen met opvoeders*, leeftijdgenoten en docenten een risico vormen voor de ontwikkeling van het antisociale gedrag. Zeker als er ook sprake is van ADHD, ASS, PTSS en/of problematisch middelengebruik. Hierbij is het ook relevant hoe de omgeving reageert op een eventuele stoornis van een kind en antisociale gedragingen (sociaal-cognitieve leertheorie; Bandura, 1997; Ha et al, 2021).

Binnen FAST wordt het wederkerig proces tussen de intrapsychische factoren van de jongere en de verschillende socialisatiekaders verder uitgewerkt. Dit gebeurt aan de hand van de systeemtheorie en het cognitief gedragstherapeutische model.

#### *De cybernetische en structurele systeemtheorie*

Conform het sociaal-ecologisch model gaan de cybernetische en structurele systeemtheorie uit van een wederkerig proces tussen veranderingen in het kind en veranderingen in zijn omgeving. Het ontstaan van gedragsproblemen- en delictgedrag wordt door de cybernetische systeemtheorie vooral verklaard door de aanwezigheid van steeds vaker voortkomende negatieve interacties binnen het familiesysteem. Een reeks van negatieve interacties kan leiden tot een vicieuze cirkel. Het kind / de jongere ervaart dan bijvoorbeeld steeds minder momenten van bevestiging en genegenheid, dit betekent meestal dat hij/zij contact met familie vermijdt en op zoek gaat naar een andere manier om bevestiging te krijgen, bijvoorbeeld door het krijgen van (antisociale) vrienden (Klahr et al., 2011). Doordat de interactie is verstoord, ontstaat er stress en ouders kunnen hierop reageren door zich minder competent te voelen in het opvoeden (Prinz et al., 2008). Deze gevoelens zorgen ervoor dat ouders zich terug trekken of juist te rigide vasthouden aan opvoedingspatronen die niet meer passen bij de leeftijd van hun kind (Jagers, 2001) of die leiden tot steeds grotere conflicten.

#### *Het cognitief gedragstherapeutische model*

Om de cognitieve en emotionele processen in de ontwikkeling van externaliserende gedragsproblemen beter te kunnen begrijpen, biedt het cognitief gedragstherapeutische model (CGT-model; Beck & Haigh, 2014) handvatten. Dit model is onder andere gebaseerd op de sociale en cognitieve leertheorie en veronderstelt kort samengevat dat probleemgedrag een gevolg is van het hanteren van disfunctionele cognitieve schema's / gedachten. Deze disfunctionele schema's staan centraal in het verwerken van sociale informatie en bepalen voor een groot deel de emotionele reactie en het gedrag (zeker als het gepaard gaat met een tekort aan executieve functies). Disfunctionele schema's worden hierbij opgevat als hardnekkige (kern)overtuigingen en verwachtingen die mensen hebben gevormd op basis van ervaringen in de (vroege) kindertijd en adolescentie.

Hieronder worden de verschillende criminogene risicofactoren die een rol (kunnen) spelen bij de ontwikkeling van externaliserende probleemgedrag verder uitgewerkt.

#### Individuele risicofactoren

Het blijkt dat voornamelijk individuele risicovolle factoren die betrekking hebben op iemands houding en denkwijze (cognitieve vervormingen; Wallinius, Johansson, Lardén, & Dernevik, 2011) direct samenhangen met delinquent gedrag en recidive bij adolescenten vanaf 14 jaar (Van der Put et al., 2012; Schmits & Glowacz, 2019). Zeker als er ook sprake is van een tekort aan executieve functies (Syngelaki et al., 2009; Miura & Fuchigami, 2017). Executieve functies zijn cognitieve processen die nodig zijn om doelgericht, efficiënt en sociaal aangepast gedrag te organiseren in nieuwe, onbekende situaties (Huizinga, 2007; Miyake & Friedman, 2012). Vooral het werkgeheugen, de cognitieve flexibiliteit en de inhibitie zijn relevant voor het verminderen van antisociaal gedrag (Diamond, 2009; Kleine Deters et al., 2020). Onder deze executieve functies speelt ook een tekort aan copingvaardigheden een rol (Bell & Deater-Deckard, 2007; Modecki et al., 2017; Van Nieuwenhuijzen et al., 2017). Het gaat hierbij om copingvaardigheden die een beroep doen op het kunnen reguleren van emoties; het kunnen toepassen van oplossingen en passende sociale vaardigheden

(Van der Laan & Blom, 2006) en het adequaat omgaan met stress<sup>2</sup> (Kovacs et al., 2006; Wolff et al., 2020). Het niet adequaat omgaan met (chronische) stress belemmert de executieve functies. Naast cognitieve vervormingen en executieve functies, zijn er nog meer individuele risicofactoren bekend voor antisociaal gedrag bij jongeren. Vooral ADHD is bekend als risicofactor voor antisociaal gedrag en delinquentie en vergroot de kans op recidive (Vermeiren et al., 2002; Van der Put et al., 2012)). Ook komt problematisch middelengebruik relatief vaak voor (Mulder et al., Colder et al., 2018; Hillege et al., 2017). Verder zijn ook traumagerelateerde klachten (PTSS) gerelateerd aan het vertonen van agressief gedrag (Gerson & Rappaport, 2012; Hoogsteder et al., 2021; Zettler, 2020).

### Gezins- en omgevingsfactoren

Negatieve ouder-kind interacties vergroten het risico op het ontwikkelen en in stand houden van antisociaal gedrag (e.g., Goulter et al., 2019; Harwood-Gross et al., 2020). Ook uit het onderzoek van Van Doorn, Branje en Meeus (2008) kwam naar voren dat adolescenten die veel conflicten met hun ouders rapporteerden, vaker en ernstigere vormen van delinquent en agressief gedrag lieten zien dan adolescenten die aangaven weinig conflicten met hun ouders te hebben (Buist et al., 2020). Verder blijkt dat de kwaliteit van ouder-kind relaties vooral tijdens de adolescentiefase samenhangt met de mate van delinquent gedrag van jongeren (Hoeve et al., 2009; Keijsers, Loeber, Branje, Meeus, 2011; Kapetanovic & Skoog, 2020). Op het niveau van het gezin zijn ook het gebrek aan monitoring, ineffectieve regelstelling, specifieke problemen bij de ouders (psychiatrische problematiek; problematisch middelengebruik; crimineel gedrag) criminogene risicofactoren (Fagan & Benedini, 2019; Loeber, 1990; Sander & Ellickson, 1996; Mulder et al., 2010).

Als de relatie met opvoeders slecht is en er geen positieve ondersteuning van een andere volwassen persoon aanwezig is, dan is dit een extra risicofactor voor het ontwikkelen van gedragsproblemen (Scholte et al., 2001; Staviniades, 2011). Uit Nederlands onderzoek blijkt dat het hebben van een deviante vriendengroep verband heeft met het tonen van delictgedrag (Van de Rakt, Weerman, & Need, 2005; Hoeven et al., 2016; Denkers & de Jong, 2020). Het hebben van een deviante vriendengroep versterkt de (al aanwezige) problematiek (Vitaro, Brendgen, & Tremblay, 2000). Delinquente jongeren overtreden de wet zelden alleen. Co-offending is inherent aan delinquentie bij jongeren, zij zijn dus gevoelig voor groepsdruk (Defoe 2021). Spijbelen, weinig tot geen aansluiting met school, slechte schoolprestaties en sociale uitsluiting zijn ook risicofactoren (Scholte & Doreleijers, 2001; Van der Laan & Blom, 2006; Van der Put et al., 2011; Gonzáles et al., 2021).

### **Aan te pakken factoren**

FAST is zowel gericht op het verminderen van dynamische (veranderbare) criminogene risicofactoren als het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren (Loeber, Slot, & Stouthamer-Loeber, 2008). Bij FAST leidt het succesvol verminderen van een risicofactor meteen tot het realiseren van een beschermende factor die de invloed van een andere risicofactor kan beperken. Soms kan het motiverend werken om vooral de nadruk te leggen op het versterken van de beschermende factoren om die reden is de module Zelfbeeld toegevoegd (doel 6, van de optionele doelen).

Hieronder wordt kort beschreven welke criminogene risicofactoren bij FAST worden aangepakt:

De aanwezigheid van een negatieve interactie (teveel aan conflicten en slecht contact) tussen jongere en opvoeder(s): Dit is gerelateerd aan doel 3 en 4 van de algemene FAST-doelen gericht op de opvoeders en de jongeren.

De aanwezigheid van een tekort aan oplossings- en opvoedingsvaardigheden bij opvoeder(s). Dit is gerelateerd aan doel 1 en 2 van de algemene FAST-doelen voor de opvoeders.

De afwezigheid van een steunend netwerk. Dit is gerelateerd aan doel 2 van de algemene FAST-doelen voor de opvoeder en de jongeren.

De aanwezigheid van een antisociale vriendenkring: Dit is gerelateerd aan doel 2 van de algemene FAST-doelen voor de jongere.

De afwezigheid van een adequate dagbesteding van de jongere: Dit is gerelateerd aan doel 1 van de algemene FAST-doelen voor de jongere.

---

<sup>2</sup> Stress is gerelateerd aan agressie, stress gaat immers gepaard met het vrijkomen van spanningshormonen, die het lichaam paraat maken om te reageren op een bedreigende omgeving, door te vluchten of door aan te vallen (Miller & O'Callaghan, 2002).

De aanwezigheid van As-1 problematiek: Dit is gerelateerd aan doel 7 van de optionele FAST-doelen voor de jongere.

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen: Dit is gerelateerd aan doel 4 van de optionele FAST-doelen voor de jongere.

De aanwezigheid van executief disfunctioneren Dit is gerelateerd aan doel 1, 2, 3 en 5 van de optionele FAST-doelen.

## Verantwoording

Zoals de FAST-onderbouwing laat zien, kunnen vele factoren een rol spelen bij het ontstaan, de instandhouding en/of het beïnvloeden van antisociale gedragsproblemen (Van Yperen, 2001). Om verandering te realiseren is FAST gebaseerd op de RNR-principes (*risk-need-responsivity*; e.g., Andrews & Bonta, 2010). Deze leiden tot significant meer recidivevermindering in vergelijking tot interventies die geen gebruik hebben gemaakt van deze principes (Bonta & Andrews, 2017). Ook is het mogelijk om aan de hand van het RNR-model relevante interventie-onderdelen te integreren die uit verschillende meta-analyses als recidive-verlagend naar voren komen bij adolescenten die (ernstige) externaliserende gedragsproblemen vertonen. 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. Met name de aanpak van dynamische (veranderbare) criminogene factoren is van belang om het recidiverisico te verminderen. Vervolgens is het relevant dat er rekening wordt gehouden met de ontvankelijkheid van een individu voor een bepaalde interventie (Menger & Krechtig, 2008; Verdonck & Jaspaert, 2009; responsiviteitsbeginsel). Het responsiviteitsbeginsel is onder te verdelen in algemene en specifieke responsiviteit. Algemene responsiviteit is gericht op het toepassen van technieken die bij een soortgelijke FAST-doelgroep effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2017). Specifieke responsiviteit staat voor het zorgdragen voor een goede werkalliantie en afstemming tussen de opvoeder(s) en de jongere en de FAST-behandelaar (Menger & Krechtig, 2008). Om dit te realiseren is het van belang dat de FAST-behandelaar kijkt naar de persoonlijkheid (Van den Hurk & Nelissen, 2004), de intellectuele cognitieve en sociale (on)mogelijkheden (Verdonck & Jaspaert, 2009), de aard van de problematiek (Bonta & Andrews, 2017), de behandelmotivatie en de leerstijl van de opvoeder(s) en de jongere (Menger & Krechtig, 2008).

### Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de FAST

#### *A: Risicobeginsel*

Het is van belang dat de FAST-behandelaar via afname van de RAF-GZZ Jeugd (risicotaxatie-instrument) ontrafelt **hoe** de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een matig of hoog risicoprofiel. Aan de hand van de uitkomst kan al grotendeels worden ingeschat hoe lang de behandeling zal gaan duren. Als het recidiverisico hoog is, zal er verlenging van de behandeling aan de orde zijn. De duur en intensiteit van de verlenging is overigens ook afhankelijk van de hardnekkigheid van de problematiek en de draagkracht van het gezin.

#### *B: Behoeftebeginsel*

Uit de diagnose volgens de DSM-5 en de uitkomst van de RAF-GGZ Jeugd wordt duidelijk welke criminogene risicofactoren bij de jongere kritisch zijn en dus behandeld moeten worden. Als blijkt dat de jongere en het gezin geïndiceerd zijn voor FAST, zal er in ieder geval gewerkt worden aan de risicofactoren die FAST standaard behandeld. Er is echter ook ruimte om maatwerk te leveren door via het optionele aanbod in te gaan op andere kritische risicofactoren, als deze aan de orde zijn. Daarnaast wordt maatwerk geleverd door aan de hand van de analysecirkels te onderzoeken welke risico- en beschermende factoren een rol spelen bij het probleemgedrag en welke het meest op de voorgrond staan en als eerste aangepakt moeten worden. Door elke twee weken de voortgang te evalueren tijdens een FAST-intervisie, maar ook met het gezin, kan er getoetst worden of de gestelde hypothese nog klopt.

#### *C. Responsiviteitsbeginsel*

### *1. Algemeen responsiviteitsprincipe*

Om te voldoen aan de algemene responsiviteit maakt FAST gebruik van technieken die bij een soortgelijke FAST-doelgroep effectief blijken te zijn (e.g., Bonta & Andrews, 2017; Van der Stouwe et al., 2014). Het gaat om een combinatie van multisysteembehandeling en cognitieve gedragstherapie, zoals ook door de Nederlandse richtlijn voor behandelen van ernstige gedragsproblemen wordt aangegeven. Hierbij is er aandacht voor het opbouwen van een behandelrelatie, het behandelen van individuele risicofactoren (via de inzet van AROPMaat-modules, EMDR en farmacotherapie) en het inzetten van therapeutische technieken gericht op het verbeteren van de opvoedvaardigheden van ouders met specifieke aandacht voor het verminderen van conflicten en het verbeteren van het contact. Hieronder wordt onderbouwd en beschreven om welke technieken het gaat:

#### 1a. Systeemtherapie

*Systeemtherapie vormt de basis van de FAST-behandeling. De therapievorm zorgt in combinatie met onderdelen uit de methode Geweldloos en CGT dat de standaard FAST-doelen worden gerealiseerd.* Er is geen duidelijke voorkeur voor een specifieke systeemgerichte methodiek gericht op het verminderen van externaliseren gedragsproblemen bij jongeren. Zo doet MST het bijvoorbeeld niet beter dan andere systeemgerichte behandelingen (Fonagy et al., 2020). Wel is duidelijk dat systeemgerichte therapieën effectief zijn voor de behandeling van antisociaal gedrag (e.g. Asscher et al., 2014, Carr, 2014; Van der Stouwe et al., 2014; Mingeback et al., 2018; Van der Pol et al., 2017). Van belang hierbij is dat de gezinstherapie gericht is op de jongere, ouders en factoren buiten het gezin, zoals omgang met deviante leeftijdgenoten en het ontbreken van een sociaal netwerk (Archer & Flexon, 2021; Murrihy et al., 2010). FAST focust zich hierbij ook op het belang van de samenwerking in de keten ten behoeve van de cliënt. FAST maakt gebruik van enkele principes van Multisysteemtherapie (MST; Henggeler, 1999, 2017). Belangrijk hierbij is dat het uitgangspunt wordt gehanteerd dat behandeling zoveel mogelijk plaats dient te vinden in de eigen omgeving van de jongere en zijn systeemleden om zo de ecologische validiteit te vergroten (Biglan et al., 2013; Clossey, 2018). FAST versterkt dit principe door gebruik te maken van de sociale media aan de hand van mail, app, sms-berichtjes en blended-care-behandeling (Nadan et al., 2020). Door een steunend netwerk te realiseren dat meer aanzet tot prosociaal gedrag is de kans groter dat ook na afronding van de behandeling de bereikte veranderingen in stand blijven en uithuisplaatsing voorkomen kan worden (Clarke et al., 2017; Henggeler et al., 2010; Navarro-Pérez et al., 2020).

#### 1b. Onderdelen uit de methode Geweldloos Verzet (Nieuwe Autoriteit)

*Het betreft een specifieke systemische interventie. Essentiële onderdelen van de methode Geweldloos Verzet worden ingezet om opvoeder(s) met de hulp van de FAST-behandelaar en eventuele andere betrokken systeemleden een einde te laten maken aan de onderlinge negatieve interactie. De focus ligt hierbij op het stoppen van agressief en/of opstandig gedrag van de jongere, zonder dat dit tot escalatie leidt (Lebowitz et al., 2012; Shimshoni et al., 2021). Onderdelen uit de methode worden ingezet voor het verkrijgen van meer steun, het verminderen van conflicten, het verbeteren van de kwaliteit van het contact. Ook helpt het opvoeder(s) voor het verkrijgen van meer oplossingsvaardigheden in het omgaan met hun kind, waardoor de opvoedingscompetentie verbeterd.*

Zowel nationaal als internationaal onderzoek toont aan dat de methode veelbelovend is (Newman et al., 2014; Rodenburg et al., 2010; Omer, 2021; Shimshoni et al., 2021). De onderzoeken laten zien dat er significante verminderingen worden waargenomen in machteloosheid en conflicten en significante verbetering in de kwaliteit van het contact op grond van zelfrapportage. Dit is belangrijk, omdat het verminderen van conflicten en het verbeteren van de kwaliteit van het contact een beschermende factor is tegen antisociaal gedrag (ook als een jongere al (bijna) volwassen is; Alvarez-Garcia et al., 2019; Rodriguez et al., 2014; Kapetanovic & Skoog, 2020).

#### 1c. Cognitief Gedragstherapeutische Elementen (CGT-elementen)

*CGT-technieken zullen vooral worden ingezet om aan de individuele risicofactoren te werken en om de onderlinge interactie positief te beïnvloeden. Met het leren toepassen van helpende gedachten krijgen jongeren en opvoeders handvatten aangereikt om anders naar elkaar te kijken, maar ook om door anders te denken beter met conflicten om te kunnen gaan, zichzelf beter te beheersen en om de bedoelingen van anderen anders te interpreteren. Ook helpt het anders leren denken bij het verminderen van stress, het verbeteren van het zelfbeeld en het reguleren van emoties.*



Uit een groot aantal studies blijkt dat jongeren (en volwassenen) die antisociaal gedrag vertonen responsief zijn voor een behandelaanbod dat gebruik maakt van cognitieve gedragstherapeutische (CGT) elementen (e.g., Foolen et al., 2012; Litschge, Vaughn, & McCrea, 2010; Valentine et al., 2019). De belangrijkste werkzame CGT-elementen zijn het kunnen herkennen van cognitieve vervormingen (irrationele gedachten) in combinatie met het aanleren van helpende gedachten, het werken aan probleemoplossingsvaardigheden (Blake & Hamrin, 2007; Minotta-Valencia & Minotta Valencia, 2021; Hogue et al., 2020) en het toepassen van rollenspellen (Lipsey, 2009; Hogue et al., 2020). Deze onderdelen worden zowel bij de jongere als de opvoeder(s) aangeboden via de gezinsmodule en de optionele AROPmaat-modules. Binnen FAST worden zeven modules uit de erkende ambulante gedragsinterventie AROPmaat gebruikt (NJI, 2016 en 2021) als het nodig is om hier aan te werken. Ook binnen de AROPmaat zijn bovengenoemde CGT-elementen geïntegreerd. Een pilot-onderzoek naar de werking van enkele AROPmaat-modules die gericht zijn op het verbeteren van de executieve functies laten positieve veranderingen zien (Schippers et al., 2020). Het werken aan de executieve functies kan dus onder andere worden gerealiseerd door stressreductie (Deffenbacher, 2011; Huesmann et al., (2018) en een verbeterde impulscontrole en emotieregulatie (Landenberger & Lipsey, 2005,; Schippers et al., 2020).

### *Specifieke responsiviteitsprincipe*

Aangezien er sprake is van maatwerk en aandacht voor ‘responsief behandelen’ worden FAST-behandelaren gestimuleerd om ervoor te zorgen dat de aard van het contact en de uitleg, gebruikte voorbeelden, verbale instructies, en oefeningen, aansluiten bij de cognitieve mogelijkheden, motivatie, eigenschappen, culturele achtergrond en leerstijl van de opvoeders en de jongere.

#### a. Basishouding

Om verandering te realiseren is het een randvoorwaarde dat de FAST-behandelaar zorgt voor een behandelrelatie waarin de jongere contact durft aan te gaan (Taylor et al., 2015; Will et al., 2016). Het is essentieel dat de FAST-behandelaar de jongere en opvoeders valideert (empathie tonen, moeite doen om de ander te begrijpen en het onder woorden brengen wat de ander voelt en denkt; Linehan et al., 1999; McCormick et al., 2017; 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 en motivatie, en een betere emotieregulatie.

#### b. Doorlopend motiveren

Aangezien een deel van de FAST-doelgroep gedemotiveerd is, zet de FAST-behandelaar doorlopend verschillende motivatietechnieken in om motivatieverandering te stimuleren (De Lange et al., 2014). Hierbij is het van belang dat de toegepaste technieken aansluiten bij het motivatieniveau van de jongere en de opvoeder(s) en inspelen op de verschillende domeinen die de motivatie kunnen beïnvloeden. FAST benadert motivatie als een veranderbaar begrip dat o.a. wordt bepaald door een proces waarbij de jongere en het gezin en de FAST-behandelaar interacteren (Rovers, 2010). Voorbeelden van relevante motivatietechnieken zijn:

1. Vanuit het systemische gedachtegoed is verandering in houding en aanpak bij opvoeder(s) erg relevant om verandering in het gedrag bij de jongere te realiseren. Voor de FAST-behandeling is om die reden de betrokkenheid en motivatie van de opvoeder(s) relevant. In de opzet van het FAST-behandelprogramma is hier specifiek rekening mee gehouden door te behandelen in de leefomgeving van het gezin en langs te komen op tijden dat dit voor de gezinsleden uitkomt. Daarnaast worden opvoeder(s) gemotiveerd door het gemeenschappelijke belang te benadrukken: namelijk zorgen dat het weer goed gaat met hun kind (het stoppen van de negatieve ontwikkeling);
2. Het aangaan van contact, het opbouwen van een werkalliantie en in voldoende mate valideren (Taylor et al., 2015; Voutilainen, et al., 2018);
3. De FAST-behandelaar is gericht op het responsief behandelen en het valideren als basistechniek, zodat het gezin zich begrepen en gewaardeerd voelt;
4. Het prioriteren van de behandeldoelen en de aard van de ingezette interventies worden samen met het gezin bepaald, waardoor er meer draagvlak is;
5. Er wordt gewerkt met het opstellen van een kosten-baten analyse. Hierbij wordt aangesloten bij het eigenbelang van de jongere (agressief gedrag of drugsgebruik of spijbelen is op de lange termijn meestal nadelig voor de jongere zelf);

6. De theorie van Bandura (1997) wordt ingezet om de motivatie en 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. 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; Gearhart & Tucker, 2020). 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.

Nu verantwoord is met welke aanpak de doelen bij de FAST-doelgroep worden bereikt, is in onderstaande tabel per subdoel aangegeven welke onderdelen van de interventie worden ingezet om dit doel te behalen.

<b>FAST-doelen:</b>	<b>Alle onderdelen worden bereikt door de tien FAST-principes toe te passen en de analysecirkel. Onderstaande interventies (kunnen) worden toegepast om de subdoelen te bereiken:</b>
De opvoeder/jongere is gemotiveerd om aan de behandeling te werken.	Toepassen van de FAST-motivatietechnieken.
De jongere en de opvoeders ontvangen meer steun van beschermende systeemleden.	Via de inzet van systeemtherapie en geweldloos verzet, zie hoofdstuk 7 van de gezinsmodule.
De jongere en de opvoeder(s) hebben minder vaak conflicten.	Systeemtherapie en onderdelen uit de methode Geweldloos Verzet, via hoofdstuk 2, 5 en 8 (valideren en grenzen stellen, hoofdstuk 9 (rode knoppen en knoppenkrakers) en hoofdstuk 10 (conflicthantering, gericht op het toepassen van conflictremmers) en hoofdstuk 11.
De kwaliteit van het contact tussen de jongere en de opvoeder(s) is verbeterd.	Systeemtherapie en onderdelen uit de methode Geweldloos Verzet, via hoofdstuk 5 en 8 van de gezinsmodule, onderdeel interesse tonen.
Opvoeder(s) beschikken over meer copingvaardigheden, in het bijzonder over meer oplossingsvaardigheden in het omgaan met hun kind.	Systeemtherapie, onderdelen uit de methode Geweldloos Verzet, CGT en ARopMaat. Doe wordt bereikt door te werken aan hoofdstuk 1, 3 en 4 en 8 van de gezinsmodule en eventueel de optionele module stressreductie.
De opvoedingscompetentie van opvoeder(s) zijn verbeterd, ze hebben meer gezag, maar tonen ook (meer) begrip.	Hoofdstuk 8 van de gezinsmodule. Focus op het valideren, begrenzen en regels stellen.
De jongere gaat naar school of heeft werk en houdt dit ook vol.	Systeemtherapie en CGT, inzet FAST-behandelaar, eventueel gecombineerd met een ketenpartner. Onderwerpt wordt besproken in hoofdstuk 13 van de gezinsmodule.
De jongere heeft meer prosociale vrienden en laat zich minder negatief beïnvloeden door risicovol gedrag van (een deel van) zijn vriendenkring.	Methode Geweldloos Verzet en CGT, middels hoofdstuk 12 van de gezinsmodule.
De AS I-problematiek (bijvoorbeeld ADHD, middelenafhankelijkheid, traumagerelateerde klachten) is onder controle en versterkt het externaliserende probleemgedrag niet.	CGT/ARopMaat via de Module problematisch middelengebruik Farmacotherapie Traumabehandeling middels EMDR
De jongere/opvoeder reduceert gevoelens van stress en boosheid; er is geen sprake van chronische stress en agressief gedrag.	Wisselwerking systeemtherapie, CGT en ARopMaat, middels het aanleren van het valideren en doen van oefeningen uit de module het verminderen van Stress en Boosheid.
De jongere kan eigen impulsen beter waarnemen en deze uitstellen/stoppen.	CGT en ARopMaat, middels de module Impulscontrole.
De jongere / opvoeder beschikt over meer adequate beheersingsvaardigheden.	Onderdelen uit de Methode Geweldloos Verzet, CGT, ARopMaat, middels de module Beheersingsvaardigheden.

De jongere hanteert minder cognitieve vervormingen die het antisociale gedrag in stand houden en/of leiden tot vijandige interpretaties.	CGT en ARopMaat, middels de module Invloed van het denken
De jongere kan zijn emoties beter reguleren.	Wisselwerking: valideren, CGT, systeemtherapie, en ARopMaat middels de module Emotieregulatie.
De jongere ervaart dagelijks momenten van zelfvertrouwen, waardoor hij sociale situaties als minder lastig ervaart en dit minder stress oproept;	Wisselwerking: systeemtherapie, middels de gezinsmodule en ARopMaat, middels de module Zelfbeeld

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

- A.** Procesevaluatie Forensische Ambulante Systeem Therapie (FAST)  
Hoogsteder, L.M.  
de Waag, Utrecht  
Oktober 2016
- B.** Tijdens de procesevaluatie is beschreven hoe de ontwikkeling van FAST tot stand is gekomen. Vervolgens is getoetst of er voldaan is aan de randvoorwaarden van FAST. Denk hierbij aan de gestelde opleidingseisen, de eisen omtrent de caseload, ervaring in het werken met de forensische doelgroep en het volgen van de wekelijks FAST-intervisie. Ook werd uitgebreid stilgestaan bij de vraag of de beoogde doelgroep daadwerkelijk is bereikt. Om de programma-integriteit te kunnen beoordelen, is er naar diverse aspecten gekeken (waaronder de werkzame ingrediënten). Zo is er onder andere stilgestaan of de EIS structureel werd gebruikt om grip te houden op de behandeling in combinatie met de analysecirkel. Ook is bijvoorbeeld bekeken of er voldoende doe-oefeningen uit de gezinsmodule zijn aangeboden en of er interventies vanuit de methode Geweldloos Verzet zijn toegepast.  
Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van enkele methoden gebruikt, namelijk interviews met behandelaren, evaluatiegesprekken met de FAST-teams en de uitkomst van de reguliere evaluatieformulieren om de programma-integriteit te kunnen beoordelen en waarborgen. De informatie die in dit onderzoek wordt weergegeven, is gebaseerd op gegevens die in de Waag zijn verzameld in de periode van juni 2016 tot half oktober 2016. Er werden hierbij 33 gezinnen betrokken, zeven FAST-behandelaren en twee FAST-programmaverantwoordelijken. Het onderzoek is uitgevoerd op twee vestigingen, namelijk Haarlem en Den Haag.
- C.** Uit de procesevaluatie kan worden gesteld dat er aan de randvoorwaarden was voldaan. Zo voldeden de behandelaren aan de eisen omtrent de opleiding, ervaring en caseload en het volgen van interventie. Ook werd FAST aangeboden aan de beoogde doelgroep en bleek de programma-integriteit in orde. Op beide evaluatieformulieren werd meer dan de minimale score van 70% gehaald, namelijk 74,5% en 77,7%. Uit de evaluatieformulieren die maandelijks werden ingevuld om het inhoudelijk aanbod van FAST te kunnen beoordelen, kwamen enkele aandachtspunten naar voren. Zo bleek ruim 25% van de jongere aan te geven dat zij nog niet voldoende gemotiveerd waren. Ook gaf een soortgelijk percentage van de jongeren en de opvoeders aan dat zij niet of onvoldoende bezig waren geweest met het herstellen van het contact en het verminderen van ruzies. Behandelaren herkenden dit, soms was hier inderdaad (nog) onvoldoende aandacht voor geweest. Verder werd vanuit de lijsten die door de behandelaren waren ingevuld duidelijk dat zij tijdens de FAST-intervisie structureel met de EIS hadden gewerkt, maar dat zij vrijwel niet met elkaar oefenden in de wijze waarop je FAST-oefeningen aanbiedt.  
Uit de eindevaluatieformulieren die tijdens het afronden van de procesevaluatie of de behandeling zijn ingevuld door tien gezinnen komt naar voren dat FAST door opvoeders en jongeren werd beoordeeld met respectievelijk een 7,9 en 7,6. Zowel de jongeren als de opvoeders geven aan zich volop begrepen te voelen door de FAST-behandelaar. Jongeren en opvoeders hadden bij aanvang van de behandeling weinig grip op de problemen die speelden, zij scoorden de mate van grip respectievelijk met een 3,1 en een 2,7. Tijdens het invullen van het formulier (= veelal niet het einde van de behandeling) kwamen ze uit op een 7,2 (*jongeren*) en 6,8 (*opvoeders*). Op de vraag weke onderdelen/ oefeningen van de behandeling hen heeft geholpen werd zes keer geantwoord dat het doen van rollenspelen en (onderdelen uit) de modules van de AROPMaat helpend waren geweest. Vier jongeren/opvoeders gaven aan dat alle oefeningen hadden geholpen. Uit de interviews en evaluatiegesprekken komen overwegend positieve geluiden over FAST. Behandelaren zijn tevreden met de interventie en vinden het een verrijking om twee behandelaren in te kunnen zetten op een gezin en om zowel aan risicovolle gezinsfactoren als persoonsfactoren te kunnen werken. Wel dient de EIS nog verbeterd te worden. Er kan nog geen uitspraak worden gedaan over de hoeveelheid afgeronde behandelingen die qua programma-integriteit in orde waren. Hiervoor wordt FAST nog te kort aangeboden.

In onderstaande onderzoeken is vaak gekeken naar de programma-integriteit (en dus de uitvoering) in combinatie met de doeltreffendheid.

## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

- A. Vos, R.M.C. (2017) Een multiple case study naar de doeltreffendheid van FAST. Masterthesis. Universiteit van Amsterdam.
  - B. Het betreft een multiple case study ( $N = 4$ ). De mate van programma-integriteit werd beoordeeld met de check-list die hier specifiek voor is ontwikkeld. Hierbij is vooral gekeken of de werkzame elementen in voldoende mate werden uitgevoerd tijdens het aanbieden van de behandelsessies. Tegelijkertijd werd onderzoek gedaan naar de interbetrouwbaarheid van de FAST-doelenlijst om vervolgens met deze doelenlijst eventuele veranderingen ten opzichte van de FAST-behandeldoelen te kunnen vaststellen. De lijsten werden ingevuld door de jongere, de opvoeder, en de FAST-behandelaar. De veranderingen werden over het eerste deel van de behandeling gemeten, namelijk aan het begin, en na twee en vier maanden. Veranderingen op de FAST-doellijst werden geanalyseerd met de Reliable Change Index.
  - C. De programma-integriteit bleek ruim voldoende, zo ook de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (tussen de FAST-behandelaar en de onderzoeker) van de FAST-doelenlijst. In deze studie werden slechts kleine positieve veranderingen gevonden bij één gezin. Bij twee gezinnen werden in zijn geheel geen significante veranderingen gevonden. Op itemniveau viel op dat 'steun uit het netwerk' door de jongere gemiddeld genomen hoger werd beoordeeld dan door de FAST-behandelaar. Uitspraken over de doeltreffendheid dienden voorzichtig geïnterpreteerd te worden, aangezien de gezinnen niet aan alle behandeldoelen werken (een deel is immers geen aandachtspunt, bovendien waren de behandelingen nog niet afgerond).
- 
- A. Bout, G.P.M. (2017) The efficacy of Forensic Ambulant Systemic Therapy. Masterthesis. Universiteit van Amsterdam.
  - B. Het betrof een multiple case study ( $N=2$ ) naar de doeltreffendheid van FAST. De programma-integriteit werd gemeten met de FAST-checklist, hierbij werd gekeken in hoeverre de werkzame elementen werden uitgevoerd. Veranderingen in motivatie, emotieregulatie en communicatie binnen het gezin werden gemeten door de FAST-doelenlijst te gebruiken. De metingen vonden plaats bij aanvang van de behandeling, na twee en vier maanden. De behandelingen waren tijdens het laatste meetmoment nog niet afgerond.
  - C. Bij beide behandelingen bleek de programma-integriteit voldoende qua aanbieden van de werkzame elementen. Echter, één jongere voldeed mogelijk niet aan de indicatie-criteria van FAST. Er was onduidelijkheid over zijn intelligentie. Er was geen test afgenomen (werd geweigerd), het behandelteam was echter van mening dat de jongere zou kunnen profiteren van de behandeling. De ouders rapporteerden bij één casus positieve significante veranderingen m.b.t. de gemeten uitkomstmaten kijkend naar verschil tussen de nul- en laatste meting. De FAST-behandelaar en de jongere rapporteerden eerst achteruitgang, maar na de tweede meting een forse vooruitgang, echter niet significant. Bij de tweede casus, rapporteerden de ouders en FAST-behandelaren (er waren er twee betrokken bij de behandeling) een trend richting een positieve verandering. In beide gevallen is het opvallend dat de jongeren na twee maanden een achteruitgang op rapporteerden. Mogelijk speelde een toegenomen zelfbewustzijn hierbij een rol. De gevonden resultaten dienen met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Het gaat maar om 2 gezinnen, de behandelingen waren nog niet voltooid, en het was onduidelijk of één jongere wel voldeed aan de indicatie criteria.
- 
- A. Ten Voorde, T. & (2018). Is FAST werkzaam volgens de jeugdige, opvoeder en behandelaar? Masterthesis. Universiteit van Amsterdam.
  - B. Eerst is de programma-integriteit gecontroleerd middels de checklist die hiervoor is ontwikkeld. Vervolgens is onderzocht of er sprake was van verbeteringen rondom antisociaal gedrag en in het bijzonder de communicatie binnen het gezin, de emotieregulatie van de jongere en het hanteren van minder cognitieve vervormingen. In het onderzoek werd gebruik gemaakt van rapportage door jongeren ( $N=15$ ), hun opvoeders ( $N=16$ ) en hun behandelaren ( $N=10$ ) door middel van de FAST-doelenlijst en de Verkorte Lijst Irrationale Gedachten. De meetinstrumenten werden afgenomen bij

- de start van de behandeling en na vier maanden. Er werd voor het analyseren gebruik gemaakt van een gepaarde T-toets.
- C. De gemeten programma-integriteit bleek voldoende, ook werden er significante verandering in het antisociale gedrag in het algemeen gevonden en met betrekking tot de emotieregulatie volgens de opvoeders en behandelaren. Jongeren rapporteerden een positieve, maar niet significante verandering op deze gebieden. Wat betreft communicatie binnen het gezin werden op enkele, maar niet alle items significante veranderingen gevonden volgens de rapportages van de FAST-behandelaren en opvoeders. Jongeren rapporteerden geen significante verandering. Tegen de verwachting in waren er geen verbeteringen zichtbaar in de onderzochte periode in het verminderen van disfunctionele cognities (betreft de eerste vier maanden van het behandelprogramma).
- A. Westbroek, F.M. (2018). Een studie naar de doeltreffendheid van de systeeminterventie FAST Masterthesis. Universiteit van Amsterdam.
- B. Studie naar verandering in antisociaal gedrag en systeemproblematiek binnen de eerste vier maanden van de FAST-behandeling. 69 jongeren namen deel aan dit onderzoek met hun ouders en behandelaren. De programma-integriteit werd beoordeeld door middel van de FAST Checklist. Jongeren, ouders en behandelaren rapporteerden verandering in antisociaal gedrag en systeemproblematiek door het invullen van de FAST-doelenlijst bij de start van de behandeling en na vier maanden. De subdoelen: copingvaardigheden, beschikbaarheid van een steunend netwerk en cognitieve vertekeningen bij de jongere werden met de FAST doelenlijst en de Verkorte Lijst Irrationele Gedachten onderzocht. Het algemeen recidiverisico werd gemeten met de RAF-GGZ Jeugd.
- C. De programma-integriteit bleek ruim voldoende. Na vier maanden behandeling rapporteerden ouders en behandelaren een significante afname in antisociaal gedrag en verbetering van copingvaardigheden. Jongeren en behandelaren rapporteerden een significante verbetering van het steunend netwerk. Er werd verder een trend in afname gevonden m.b.t. het recidiverisico op huiselijk geweld. Er werd geen afname in cognitieve vervormingen gevonden, ook niet bij andere vormen van recidiverisico's.
- A. Bertels, L. (2019). De doeltreffendheid van de systeeminterventie FAST. Masterthesis. Universiteit van Amsterdam.
- B. Studie naar verandering in antisociaal gedrag en cognitieve vervormingen op drie meetmomenten; start behandeling, 3-4 maanden en 6-8 maanden bij jongeren die FAST volgen (N=27). De programmaintegriteit werd gemeten met de FAST Checklist en Eindevaluatie-vragenlijst. De FAST doelenlijst werd ingevuld door jongeren, opvoeders en behandelaren. Cognitieve vervormingen werden gemeten bij 7 jongeren met de Verkorte Lijst Irrationele Gedachten en een item van de FAST Doelenlijst en geanalyseerd met de Reliable Change Index.
- C. De programma-integriteit bleek voldoende. In het huidige onderzoek komt verder naar voren dat er na drie tot vier maanden behandeling (T1) een significante afname is van het antisociaal gedrag van de jongeren op grond van de rapportages van opvoeders en behandelaren. De resultaten van de rapportages van de jongeren toonden na drie tot vier maanden behandeling (T1) ook een afname van antisociaal gedrag, maar deze waren niet significant. Na zes tot acht maanden behandeling (T2) toonden de resultaten van de rapportages van de jongeren, opvoeders en behandelaar allen, zoals verwacht, een significante afname van antisociaal gedrag van de jongeren. Cognitieve vervormingen verminderden significant bij vier van de zeven jongeren waarbij het significante verschil werd gevonden tussen de tussen- en eindmeting op de subschaal aggresiviteit. Verbeteringen op de subschalen sub-assertiviteit en wantrouwen waren niet significant.
- A. Lampe, S. (2019). De doeltreffendheid van Forensische Ambulante Systeem Therapie. Masterthesis. Universiteit van Amsterdam.
- B. Studie naar verandering in antisociaal gedragen en recidiverisico met drie meetmomenten: begin behandeling, na 4 en na 8 maanden. De programma-integriteit werd vastgesteld met de Eindevaluatie-vragenlijst. Verandering in antisociaal gedrag werd gemeten middels de FAST doelenlijst met data van 27 gezinnen. Respondenten waren jongeren die FAST volgden, hun

- opvoeders en hun behandelaren. Het recidiverisico werd gemeten met de RAF GGZ Jeugd (ingevuld door de FAST-behandelaar) met data van 151 gezinnen.
- C. De programma-integriteit blijkt in orde. Er is sprake van een significante verbetering in het recidiverisico kijkend naar het verschil in nul- en eindmeting. Tussen T0 en T1 rapporteerden behandelaren en opvoeders een significante afname van antisociaal gedrag maar jongeren niet. Van T1 naar T2 rapporteerden behandelaren en jongeren een significante afname van antisociaal gedrag maar opvoeders niet.
- A. Van de Wetering, B.S. (2020). Traumasensitiviteit van de systeembehandeling FAST. Masterthesis. Universiteit van Amsterdam.
- B. Een exploratief kwalitatief onderzoek naar de effectiviteit van traumasensitieve FAST-behandelingen ten opzichte van minder traumasensitieve FAST behandelingen. Bij zeven FAST behandelaren en negen FAST cliënten bij wie sprake was van traumagerelateerde klachten werden interviews afgenomen over de werkzame factoren. De onderzochte werkzame factoren waren: psycho-educatie over trauma, stressreductie, cognitieve herstructurering, en hechting.
- C. Bij zes cliënten werd in de behandeling elk aspect van traumasensitiviteit teruggevonden. Bij één cliënt ontbrak aandacht voor cognitieve herstructurering en bij twee cliënten ontbrak het aan psycho-educatie over trauma. Bij zeven cliënten was het recidiverisico verminderd na de behandeling, inclusief cliënten waarbij de behandeling niet volledig traumasensitief was. Gesteld kan worden dat binnen FAST ruimte is om traumasensitief te werken. De meeste behandelaren passen (vaak onbewust) traumasensitieve onderdelen toe.
- A. Sprakel, M. (2020). De doeltreffendheid van de systeeminterventie FAST. Masterthesis. Universiteit van Amsterdam.
- B. Studie naar verandering van het recidiverisico tussen jongens en meisjes die FAST volgen. Bij 46 jongens en 11 meisjes werd het recidiverisico bij start en einde van de behandeling vastgesteld middels de RAF GGZ Jeugd (ingevuld door behandelaren).
- C. Voor de gehele steekproef werd verbetering vastgesteld op recidiverisico voor: ‘geweld’, ‘huiselijk geweld’, ‘vermogen’ en ‘overige recidive’. Er was geen verbetering zichtbaar voor ‘vermogen met geweld’ en ‘zeden’. Hierbij dient vermeld te worden dat deze delictsoorten het minst voorkomen bij de doelgroep en, indien aanwezig, vaak al “laag” waren bij de start van de behandeling en derhalve geen focus van de behandeling. Er werd geen significant verschil gevonden in verandering van het recidiverisico tussen jongens en meisjes. Gesteld kan worden dat FAST voldoende sensitief is voor beide geslachten.
- A. Groeneweg, I. (2020). Effectiveness of FAST in juvenile offenders with problematic substance use. Masterthesis. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- B. Studie naar doeltreffendheid van FAST in vergelijking tussen jongeren mét en zonder problematisch middelengebruik (PMG). PMG is een belangrijke riscofactor voor antisociaal gedrag. De onderzoeksgroep bestaat uit 36 jongeren. Voor de gematchte controlegroep werden jongeren geselecteerd op basis van leeftijd, geslacht, culturele achtergrond, LVB, de DSM-5 diagnose, en aanmeldreden. Het lukte niet om op basis van de beschikbare deelnemers te matchen op opleidingsniveau en behandelduur, hier verschilden de groepen dan ook op: de PMG-groep had een langere behandelduur en gemiddeld een iets lager opleidingsniveau. Het recidiverisico werd gemeten met de RAF GGZ Jeugd bij start en einde (na 6-8 maanden) van de behandeling.
- C. Bij jongeren met PMG zorgde FAST voor een vermindering van het PMG met een middelgroot effect. Er werd geen significant verschil gevonden in de behaalde resultaten tussen de PMG-groep en de controlegroep. Bij beide groepen was sprake van een groot effect kijkend naar verschil in nul- en eindmeting met betrekking tot het recidiverisico. Mogelijk wordt het gevonden resultaat verklaard door de responsieve aanpak van FAST waardoor de behandeling even goed aansluit bij de PMG-groep als de controlegroep.

- A. Peels, C. (2021). De Doeltreffendheid van Forensische Ambulante Systeem Therapie. Is FAST ook een geschikte systeembehandeling voor jongeren met ASS? Masterthesis. Universiteit van Amsterdam. N.B, De data wordt nu gebruikt voor het schrijven van een artikel,
- B. Het gaat om een studie naar de doeltreffendheid van FAST kijkend naar verschil tussen nul- en eindmeting in het verminderen van het algemene recidive, geweldsrecidive en huiselijk geweld, zo ook de behaalde resultaten op het gebied van het functioneren van het gezin en het emotioneel/persoonlijk functioneren van de jongere (o.a. omgang met boosheidsgevoelens en stressoren, de mate van impulsiviteit, en de aanwezige mogelijkheden tot emotieregulatie). Tevens werd onderzocht of FAST voldoende sensitief is voor jongeren met ASS in vergelijking tot jongeren zonder ASS. Dit is relevant, aangezien bij jongeren met externaliserende gedragsproblemen relatief vaak sprake is van ASS en andere systemische interventies het behandelen van jongeren met ASS veelal als een contra-indicatie zien.

Om uitspraken te kunnen doen over de doeltreffendheid is ook gekeken naar de programma-integriteit. Er hebben 243 jongeren deelgenomen aan dit onderzoek (197 zonder ASS en 46 met ASS). De jongeren voldeden aan de indicatiecriteria van FAST, ook was er een nul- en eindmeting. Daarnaast was er een verklaring aanwezig met toestemming voor het gebruiken van data voor onderzoeksdoeleinden.

Er is gebruik gemaakt van het risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische Geestelijke Gezondheidszorg (RAF-GGZ) Jeugd. Dit is een risicotaxatie-instrument dat op systematische wijze het recidiverisico kan inschatten bij jongere delinquenten van 12 tot 18 jaar. Het instrument is bij aanvang van de behandeling ingevuld en na afronding.

Er werd eerst vastgesteld of de programma-integriteit of groepsniveau voldoende was. Vervolgens werd middels een gepaarde t-toets onderzocht of er sprake is van afname in recidive, kijkend naar verschil tussen de nul- en eindmeting bij de gehele onderzoeksgroep. Ook zijn de effectgroottes berekend. Om te kunnen onderzoeken of jongeren met ASS even goed profiteerden van FAST is eerst met Chi-kwadraat en t-toetsen geanalyseerd of er verschillen waren qua achtergrondvariabelen. Vervolgens werd door middel van een ANCOVA geanalyseerd of er sprake was van een verschil, uitgaande van de eindmeting. Door te corrigeren op de covariaten migratieachtergrond, HAVO/VWO doelgroep, ODD en behandelduur, werd het mogelijk om eventuele verschillen in doeltreffendheid op een nauwkeurige manier te analyseren.

- C. Op groepsniveau bleek de programma-integriteit in orde. Het onderzoek toonde aan dat FAST doeltreffend is in het verminderen van het algemene- en geweldsrecidiverisico en risico op huiselijk geweld bij de jongeren als er gekeken wordt naar verschil in nul- en eindmeting. Tevens is er een verbetering opgetreden in het emotioneel/persoonlijk functioneren van de jongeren en gezinsfunctioneren. Bij het algemene recidiverisico gaat het om een groot effect, bij de overige uitkomsten om een middelmatig effect met uitzondering van het gezinsfunctioneren (klein tot middelmatig). Het onderzoek heeft eveneens aangetoond dat jongeren met en zonder ASS geen significante verschillen laten zien in de behaalde resultaten, beide groepen hebben dus baat bij FAST. Wel is duidelijk dat het gezinsfunctioneren bij jongeren met ASS niet is verbeterd, toch was het verschil niet significant.

FAST blijkt minder goed in het verbeteren van het gezinsfunctioneren. Een van de verklaringen hiervoor is dat er geen significante verbetering is gevonden voor het gezinsfunctioneren bij jongeren met ASS. Dit heeft impact op de hele onderzoeksgroep. Aan de andere kant blijft het effect bij de groep jongeren zonder ASS vrij beperkt (klein tot middelgroot effect). Mogelijk is de problematiek zo hardnekkig dat het wel lukt om de kans op huiselijk geweld fors te verminderen, maar dat verbeteren binnen het functioneren van het gezin meer tijd vraagt. Er wordt dan ook aanbevolen om ouders na afronding van de behandeling te stimuleren om de aangeleerde interventies te blijven toe passen.



## 5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Toepassen van het RNR-model;
2. Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie / werkalliantie;
3. Zowel aandacht voor de risicovolle en beschermende persoonsfactoren als risicovolle en beschermende gezinsfactoren, zo ook de impact (positief en negatief) van systeemfactoren buiten het gezin;
4. Het valideren van alle betrokken gezinsleden door de FAST-behandelaar(s), maar ook door de opvoeders richting hun kind (et valideren wordt hen ook aangeleerd);
5. Multi-systemische aanpak met focus op het realiseren van een steunend netwerk;
6. Focus op het verminderen van onderlinge conflicten en het verbeteren van de kwaliteit van het contact;
7. Passende interventies (ook gericht op het versterken van de soms al aanwezige positieve factoren) worden bepaald via het maken van een analysecirkel;
8. Inzet van bewezen effectieve therapeutische technieken (systeemtherapie, CGT, ARopMaat, onderdelen van Geweldloos Verzet);
9. Het aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen;
10. Aandacht voor het verbeteren van executieve functies, waaronder stressreductie en het verminderen van aanhoudende boosheidsgevoelens (indien aanwezig), en het verbeteren van de impulscontrole en emotieregulatie;
11. Flexibele inzet van de behandelaren, mogelijkheid tot het inzetten van een tweede FAST-behandelaar;
12. Outreachende aanpak;
13. Gebruikmaking van de mail, app's, sms-berichtjes en blended-care-behandeling voor het vergroten van de continuïteit en om het generaliseren te bevorderen.

## 6. Aangehaalde literatuur

- Alvarez-Garcia, D., Gonzalez-Castro, P., Nunez, J. C., Rodriguez, C., & Cerezo, R. (2019). Impact of family and friends on antisocial adolescent behavior: The mediating role of impulsivity and empathy. *Frontiers in Psychology, 10*(2071), 1–7
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
- Anderson, C.A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology, 53*, 27-51.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law. Vol. 16*(1), 39-55.
- Archer, R. J. L. & Flexon, J. L. (2021). Unstructured socializing with peers and delinquency: The role of mediation through the lens of Akers'(1998) social structure social learning theory of crime and deviance. *American Journal of Criminal Justice, 1*–26.
- 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.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy; the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Bell, M. A., & Deater-Deckard, K. (2007). Biological systems and the development of selfregulation: Integrating behavior, genetics, and psychophysiology. *Journal of Deviant Behavior Pediatrics, 28*, 409-420.
- Beck, A.T., & Haigh, E.A.P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology, 10*, 1-14.
- Biglan, A., Flay, B. R., Embry, D. D., & Sandler, I. N. (2012). The critical role of nurturing environments for promoting human well-being. *American Psychologist, 67*(4), 257-217. <https://doi.org/10.1037/a0026796>
- 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.
- Bonta, J., Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Routledge.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. (User Report 2007–06). Public Safety Canada.
- Brook, J. S., Lee, J. Y., Finch, S. J., Brown, E. N., Brook, D. W. (2013). Long-term consequences of membership in trajectory groups of delinquent behavior in an urban sample: Violence, drug use, interpersonal and neighborhood attributes. *Aggressive Behavior, 39*, 440-452.
- Buist, K. L., Eichelsheim, V. I., Cook, W. L., van Lier, P. A., Koot, H. M., & Meeus, W. H. (2020). Family negativity and delinquent behavior in adolescence: a predictive multivariate latent growth analysis. *Psychology, Crime & Law, 26*(9), 849-867.
- Campbell, C. A., Barnes, A., Papp, J., D'amato, C., Anderson, V. R., & Moses, N. (2020). Understanding the role of neighborhood typology and sociodemographic characteristics on time to recidivism among adjudicated youth. *Criminal Justice and Behavior, 47*(9), 1079-1096.
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy, 36*, 107-157.
- Clarke, M. C., Peterson-Badali, M. P., & Skilling, T. A. (2017). The relationship between changes in dynamic risk factors and the predictive validity of risk assessments among youth offenders. *Criminal Justice and Behavior, 44*, 1340–1355.
- Clossey, L., Simms, S., Hu, C., Hartzell, J., Duah, P., & Daniels, L. (2018). A pilot evaluation of the rapid response program: A home based family therapy. *Community mental health journal, 54*(3), 302-311.
- Coccaro, E.F., Lee, R., & McCloskey, M.S. (2014). Relationship between Psychopathy, Aggression, Anger, Impulsivity and Intermittent Explosive Disorder. *Aggressive Behavior, 40*, 526-536.
- Colder, C. R., Frndak, S., Lengua, L. J., Read, J. P., Hawk, L. W., & Wieczorek, W. F. (2018). Internalizing and externalizing problem behavior: A test of a latent variable interaction predicting a two-part growth model of adolescent substance use. *Journal of Abnormal Child Psychology, 46*(2), 319-330.
- Deffenbacher, J.L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice, 18*, 212-221.

- 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*, 1-15.
- De Lange, M., Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M., & Vermeij, K. (2014). Richtlijn ernstige gedragsproblemen. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- DeLisi, M., & Piquero, A. R. (2011). New frontiers in criminal careers research, 2000–2011: A state-of-the-art review. *Journal of Criminal Justice*, 39(4), 289-301.
- Demeter, E. (2019). The relationship between the criminal offence and self serving cognitive distortions. *Educația Plus*, 23(SP IS), 81-86.
- Demeter, E., & Rad, D. (2020). Global life satisfaction and general antisocial behavior in young individuals: the mediating role of perceived loneliness in regard to social sustainability—a preliminary investigation. *Sustainability*, 12(10), 4081.
- Denkers, A. & De Jong, J.D. (2020). Delinquentie, vrienden en 'boosheid met liefde'. *Tijdschrift voor Criminologie*, 62, 278 -297. <https://doi.org/10.5553/TvC/0165182X2020062203008>.
- Devlieger, E., & Verschuere, B. (2010). Jeugddelinquentie en psychische klachten. *Psychologie en Gezondheid*, 38(3), 138-142.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.
- Fagan, A. A., & Benedini, K. M. (2019). Family influences on youth offending. *The Oxford handbook of developmental and life-course criminology*, 379-404.
- Fairchild, G., Hawes, D. J., Frick, P. J., Copeland, W. E., Odgers, C. L., Franke, B., ... & De Brito, S. A. (2019). Conduct disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 1-25.
- Farrington, D. P. (1997). Early prediction of violent and non-violent youthful offending. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 5(2), 51-66.
- Fine, A., Mahler, A., Steinberg, L., Firck, P. J., Cauffman, E. (2017). Individual in context: The role of impulse control on the association between the home, school, and neighborhood developmental contexts and adolescent delinquency. *Journal of Youth and Adolescence*, 46, 1488–1502.
- Fonagy, P., Butler, S., Cottrell, D., Scott, S., Pilling, S., Eisler, I., ... & Goodyer, I. M. (2020). Multisystemic therapy versus management as usual in the treatment of adolescent antisocial behaviour (START): 5-year follow-up of a pragmatic, randomised, controlled, superiority trial. *The Lancet Psychiatry*, 7(5), 420-430.
- Foolen, N., Ince, D., & De Baat, M. (2012). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* Nederlands Jeugdinstituut.
- Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological Bulletin*, 140(1), 1.
- Garrido, V., & Morales, L. A. (2007). *Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treat*. *Campbell Systematic Reviews* 2007:7.
- Gallupe, O., McLevey, J., & Brown, S. (2019). Selection and influence: A meta-analysis of the association between peer and personal offending. *Journal of Quantitative Criminology*, 35(2), 313-335.
- Gerson, R., & Rappaport, N. (2012). Traumatic stress and posttraumatic stress disorder in youth: Recent research findings on clinical impact, assessment, and treatment. *Journal of Adolescent Health*, 52(2), 137-143.
- González, C., Varela, J., Sánchez, P. A., Venegas, F., & De Tezanos-Pinto, P. (2021). Students' Participation in School and its Relationship with Antisocial Behavior, Academic Performance and Adolescent Well-Being. *Child Indicators Research*, 14(1), 269-282.
- Goulter, N., McMahan, R. J., Pasalich, D. S., & Dodge, K. A. (2019). Indirect effects of early parenting on adult antisocial outcomes via adolescent conduct disorder symptoms and callous-unemotional traits. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 49(6), 930-942.
- Ha, T., Van Ryzin, M. J., & Elam, K. K. (2021). Socialization processes within adolescents' relationships with parents and peers predicting couples' intimate partner violence in adulthood: A social learning perspective. *Development and Psychopathology*, 1–14.
- Harwood-Gross, A., Lambez, B., Feldman, R., & Rassovsky, Y. (2020). Perception of caregiving during childhood is related to later executive functions and antisocial behavior in at-risk boys. *Frontiers in psychiatry*, 11(37).<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00037>

- Henggeler, S.W. (1999). Multisystemic Therapy: An overview of clinical procedures, outcomes and policy implications. *Child Psychology and Psychiatry Review*, 4, 2-10.
- Henggeler, S. W. (2017). Multisystemic therapy. In C. J. Schreck (Red.) *The encyclopedia of juvenile delinquency and justice* (pp. 1–5).
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2010). Multisysteem therapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag. Uitgeverij SWP.
- Hoge, R. D., Guerra, N. G., & Boxer, P. (Red). (2008). *Treating the juvenile offender*. Guilford Press.
- Hill, J., Tollenaar, N., & Weijters, G. (2021). *Ontwikkelingen in de recidive onder jeugdigen*. WODC, Memorandum 2021-1.
- Hillege, S. L., Brand, E. F., Mulder, E. A., Vermeiren, R. R., & van Domburgh, L. (2017). Serious juvenile offenders: classification into subgroups based on static and dynamic characteristics. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 11(1), 1-12.
- Hoeben, E. M., Meldrum, R. C., Walker, D. A., & Young, J. T. (2016). The role of peer delinquency and unstructured socializing in explaining delinquency and substance use: A state-of-the-art review. *Journal of Criminal Justice*, 47, 108-122.
- 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.
- 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.
- Hoogsteder, L.M., Van Horn, J.E., Stams, G.J.J.M., Wissink, I.B., & Hendriks, J. (2015). The relationship between the level of program integrity and pre-post-test changes of Responsive Aggression Regulation Therapy (re-ART) Ambulant: a pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. <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.
- Huesmann, L. R. (2018). An integrative theoretical understanding of aggression: a brief exposition. *Current Opinion in Psychology*, 19, 119-124.
- Huizinga, M. (2007). De ontwikkeling van executieve functies tussen kindertijd en jongvolwassenheid. *Neuropraxis* 3, 74-82.
- Jennings, W. G., Rocque, M., Fox, B. H., Piquero, A. R., & Farrington, D. P. (2016). Can they recover? An assessment of adult adjustment problems among males in the abstainer, recovery, life-course persistent, and adolescence-limited pathways followed up to age 56 in the Cambridge Study in Delinquent Development. *Development and Psychopathology*, 28(2), 537-549.
- Kapetanovic, S., & Skoog, T. (2020). 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.
- 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.
- 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.
- Kleine Deters, R., Naaijen, J., Rosa, M., Aggensteiner, P.M., Banaschewski, T., Saam, M.C., Schulze, U.M.E., Sethi, A., Craig, M.C., Sagar-Ouriaghli, I., Santosh, P., Castro-Fornieles, J., Penzol, M.J., Arango, C., Werhahn, J.E., Brandeis, D., Franke, B., Glennon, J., Buitelaar, J.K., ... Dietrich, A. (2020) Executive functioning and emotion recognition in youth with oppositional defiant disorder and/or conduct disorder, *World journal of biological psychiatry*, 21(7), 539- 551. <https://doi.org/10.1080/15622975.2020.1747114>
- Klahr, A.M., McGue, M., Iacono, W.G., & Burt S.A. (2011). The association between parent-child conflict and adolescent conduct problems over time: results from a longitudinal adoption study. *Journal of Abnormal Psychology*, 1, 46–56.
- Kovacs, M., Sherrill, J., George, C. J., Pollock, M., Tumuluru, R. V., & Ho, V. (2006). Contextual emotion-regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (8), 892-903.

- Landenberger, N.A., & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Lebowitz, E., Dolberger, D., Nortov, E., & Omer, H. (2012), Parent Training in nonviolent resistance for adult entitled dependence. *Family Process*, 51, 90–106. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2012.01382.x>
- Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. In: *Victims and Offenders*, 4, 124-147.
- Lipsey, M.W., Landenberger, N.A., & Wilson, S.J. (2007). *Effects of Cognitive Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Philadelphia, Pennsylvania: Campbell Collaboration.
- 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.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical psychology review*, 10(1), 1-41.
- Loeber, R., Slot, W., & Stouthamer-Loeber, M. (2008). A cumulative developmental model of risk and promotive factors. In Loeber, R., Slot, W. Laan, P.H. van der en Hoeve, M. (red.) *Tomorrow's criminals: The development of child delinquency and effective interventions*. Ashgate Press.
- Mann, F. D., Paul, S. L., Tackett, J. L., Tucker-Drob, E. M., & Harden, K. P. (2018). Personality risk for antisocial behavior: testing the intersections between callous–unemotional traits, sensation seeking, and impulse control in adolescence. *Development and psychopathology*, 30(1), 267-282.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *The delict as basic assumption: methodology for working in an forced setting*. Publisher SWP.
- Miller, D.B., & O'Callaghan, J.P. (2002) Neuroendocrine Aspects of the Response to Stress. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 51, 5-10.
- 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), <https://doi/e0202855>.
- Minotta-Valencia, I., Minotta Valencia, C. M. (2021). Cognitive Behavioral Therapy General Aspects and in Particular it's Technique. *Journal of Psychology and Psychotherapy*, 11, 409.
- Mishra, E. & Biswal, R. (2020). Exploring Parental Risk Factors in the Development of Delinquency Among Children. *Humanities & Social Sciences Reviews*, 8(3), 141-148. <https://doi.org/10.18510/hssr.2020.8316>
- Miura, H., & Fuchigami, Y. (2017). Impaired executive function in 14-to 16-year-old boys with conduct disorder is related to recidivism: A prospective longitudinal study. *Criminal behaviour and mental health*, 27(2), 136-145.
- Miyake, A., & Friedman, N. P. (2012). The nature and organization of individual differences in executive functions: Four general conclusions. *Current directions in psychological science*, 21(1), 8-14.
- 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.
- Moffitt, T. E. (2018). Male antisocial behaviour in adolescence and beyond. *Nature Human Behaviour*, 2(3), 177-186.
- Mulder, E., Brand, E., Bullens, R., Van Marle, H. (2010). Risk Factors for overall recidivism and severity of recidivism in serious juvenile offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(1), 118-135.
- Murrihy, R. C., Kidman, A. D., & Ollendick, T. H. (Eds.). (2010). *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth*. Springer.
- Miyake, A., & Friedman, N. P. (2012). The nature and organization of individual differences in executive functions: Four general conclusions. *Current directions in psychological science*, 21(1), 8-14.
- Nadan, Y., Shachar, R., Cramer, D., Leshem, T., Levenbach, D., Rozen, R., Salton, N. & Cramer, S. (2020). Behind the (virtual) mirror: Online live supervision in couple and family therapy. *Family Process*, 59(3), 997-1006.
- Najman, J. M., Plotnikova, M., Horwood, J., Silins, E., Fergusson, D., Patton, G. C., ... & Mattick, R. P. (2019). Does adolescent heavier alcohol use predict young adult aggression and delinquency? Parallel

- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Gedragstoornissen*. Verkregen op 12 december 2015 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychischestoornissen/gedragstoornissen/>.
- Navarro-Pérez, J. J., Viera, M., Calero, J., & Tomás, J. M. (2020). Factors in assessing recidivism risk in young offenders. *Sustainability*, *12*(3), 1111.
- Newman, M., Fagan, C., & Webb, R. (2014). Innovations in Practice: The efficacy of nonviolent resistance groups in treating aggressive and controlling children and young people: a preliminary analysis of pilot NVR groups in Kent. *Child and Adolescent Mental Health*, *19*(2), 138-141.
- Omer, H. (2021). *Non-violent resistance: A new approach to violent and self-destructive children*. Cambridge University Press.
- Piquero, A. R., Farrington, D. P., Nagin, D. S., & Moffitt, T. E. (2010). Trajectories of offending and their relation to life failure in late middle age: Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, *47*(2), 151-173.
- Prinzle, P., Dekovic, M. & Reitz, E. (2008). Ouderlijke persoonlijkheid, opvoeding en probleemgedrag. Direct en indirecte effecten. *Kind en Adolescent*, *29*, 4-16.
- Reef, J., Jeltens, M., & van den Brink, Y. N. (2020). *De PIJ-maatregel doorgelicht. Juridische grondslagen, populatiekenmerken, gedragsverandering en recidive*. Wolf Legal Publishers.
- Rodenburg, L., Breugem, H., & De Tempe, J. (2010). Ik laat je niet los: een gestructureerde methodiek voor 'nieuwe autoriteit' van Omer. *Systeemtherapie-Tijdschrift voor Systeemtheoretische Psychotherapie*, (3), 148.
- Rodriguez, E. M., Donenberg, G. R., Emerson, E., Wilson, H. W., Brown, L. K., & Houck, C. (2014). Family Environment, Coping, and Mental Health in Adolescents Attending Therapeutic Day Schools. *Journal of Adolescence*, *37*(7), 1133–1142. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.07.012>
- Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Hengesch, G., Schneider, M., Supprian, T., Schwitzgebel, P., Pinhard, K., Dovi-Akue, N., Wender, P., & Thome, J. (2004) Prevalence of attention deficit–/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, *254*(6), 365–371. <https://doi.org/10.1007/s00406-004-0516-z>
- Rovers, B. 2010. *Motiveren en motivatieproblematiek. Integraal motiveren in het jongerenwerk van de Tuern*, edited by M. Kooijmans. Expertise centrum veiligheid.
- Saner, H., & Ellickson, P. (1996). Concurrent risk factors for adolescent violence. *Journal of adolescent health*, *19*(2), 94-103.
- Scholte E.M. & Doreleijers Th.A.H. (2001), Screening van ernstige en gewelddadige jeugdcriminaliteit. In: Loeber R., Slot W., Sergeant J. (Red.) *Ernstige en gewelddadige jeugdcriminaliteit: Omvang, oorzaken en interventies*. Bohn Stafleu Van Loghum.
- 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.
- Scholte E. (2005) Sociaal-ecologische analyse. In: Hermanns J., van Nijnatten C., Verheij F., Reuling M. (eds) *Handboek jeugdzorg deel 1*. Bohn Stafleu van Loghum. [https://doi.org/10.1007/978-90-313-7133-4\\_13](https://doi.org/10.1007/978-90-313-7133-4_13)
- 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.
- Shimshoni, Y., Omer, J., & Lebowitz, E. R. (2021). Non-violent resistance and family accommodation: A trans-diagnostic solution to a highly prevalent problem. *Family Process*, *00*, 1–15.
- Stams, G.J. (2011). Het recht van de zwakste: de forensische jeugdzorg in orthopedagogisch perspectief. *Orthopedagogiek: Onderzoek en praktijk*, *50* (6), 243-258.
- Stavrinos, P. (2011). The Relationship Between Parental Knowledge and Adolescent Delinquency: a Longitudinal Study. *International Journal about Parents in Education*, *5*(1).
- Steiner, H., Garcia, I. G., & Matthews, Z. (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(3), 357-365.
- Stevens, G. W. J. M., Van Dorsselaer, S., Boer, M., De Roos, S., Duinhof, E. L., Ter Bogt, T. F. M., Van den Eijnden, R., Kuyper, L., Visser, D., Vollebergh, W., & de Looze, M. (2018). *HBSC 2017. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht University.

- 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.
- Valentine, S. E., Ahles, E. M., Dixon De Silva, L. E., Patrick, K. A., Baldwin, M., Chablani-Medley, A., Shtasel, D.L. & Marques, L. (2019). Community-based implementation of a paraprofessional-delivered cognitive behavioral therapy program for youth involved with the criminal justice system. *Journal of health care for the poor and underserved*, *30*(2), 841.
- Van 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 den Hurk, A. A. & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What Works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, *5*, 280-297.
- Van der Laan, A.M., & Blom, M. (2006). *WODC-monitor zelfgerapporteerde jeugdcriminaliteit*. WODC.
- Van der Ploeg, J.D., Scholte, E.M., & Nijkerk, J.H. (1990). *Probleemgedrag en tijdstip van interventie. Het sociaal-ecologisch model*. Leiden: Universiteit van Leiden.
- Van der Pol, T. M., Hoeve, M., Noom, M. J., Stams, G. J. J., Doreleijers, T. A., van Domburgh, L., & Vermeiren, R. R. (2017). Research Review: The effectiveness of multidimensional family therapy in treating adolescents with multiple behavior problems—a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(5), 532-545.
- Van der Put, C. E., Asscher, J. J., & Stams, G. J. J. (2016). Differences between juvenile offenders with and without AD (H) D in recidivism rates and risk and protective factors for recidivism. *Journal of attention disorders*, *20*(5), 445-457.
- 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.
- 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.
- Van Doorn, M. D., Branje, S. J., & Meeus, W. H. (2008). Conflict resolution in parent-adolescent relationships and adolescent delinquency. *The Journal of Early Adolescence*, *28*(4), 503-527.
- Van Horn, J. E., Eisenberg, M., Souverein, F. A., Kraanen, F. (2018) The predictive Value of the Central Eight Criminogenic Risk Factors: A Multi-Group Comparison of Dually Diagnosed Violent Offenders with other Subgroups of Violent Offenders. *J Addict Addictv Disord*, *5*: 014.
- Van Nieuwenhuijzen, M., Van Rest, M. M., Embregts, P. J. C. M., Vriens, A., Oostermeijer, S., Van Bokhoven, I., & Matthys, W. (2017). Executive functions and social information processing in adolescents with severe behavior problems. *Child neuropsychology*, *23*(2), 228-241.
- Van Yperen, T. A. (2001). Antisociaal gedrag en jeugddelinquentie: valt er wat te keren? *Kind en adolescent*, *22*(4), 213-222.
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). *Motivatatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld*. Leuvens Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Vermeiren, R., Schwab-Stone, M., Ruchkin, V., De Clippele, A, & Deboutte, D. (2002) Predicting recidivism in delinquent adolescents from psychological and psychiatric assessment. *Comprehensive Psychiatry*, *43*(2), 142-149
- 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.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Alma, S.M., Essers, A.A.M., & Bregman, I.M. (2010). *Recidivism report 1997-2007: Trends in the reconviction rate of Dutch offenders*. Fact sheet 2010-6a. WODC.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., & Homburg, G.H.J. (2014). *Terugval in recidive. Exploratie van de daling in de recidivecijfers van jeugdigen en ex-gedetineerden bestraft in de periode 2002-2010*. 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.
- Weinblatt, U., & Omer, H. (2008). Nonviolent resistance: a treatment for parents of children with acute behavior problems. *Journal of marital and family therapy*, *34*(1), 75-92.

- Wolff, M., Enge, S., Kräplin, A., Krönke, K. M., Bühringer, G., Smolka, M. N., & Goschke, T. (2021). Chronic stress, executive functioning, and real-life self-control: An experience sampling study. *Journal of Personality, 89*(3), 402-421.
- Winters, A. M. (2020). Theoretical foundations: Delinquency risk factors and services aimed at reducing ongoing offending. *Child Adolescent Social Work Journal, 37*, 263–269.
- Zettler, H. R. (2020). Much to do about trauma: A systematic review of existing trauma-informed treatments on youth violence and recidivism. *Youth violence and juvenile justice, 19*(1), 113-134.



## Samenwerking erkenningstraject

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

