

Interventie

Topzorg

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 7 december 2022

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Hoogsteder (Oktober 2022).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving Topzorg. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies.

Inhoud

Samenvatting	4
Doelgroep	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	4
1. Beschrijving interventie.....	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	8
1.3 Aanpak	9
2. Uitvoering	15
3. Onderbouwing	20
4. Onderzoek.....	27
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	27
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	29
5. Samenvatting Werkzame elementen.....	31
6. Aangehaalde literatuur	32

Samenvatting

Topzorg is bedoeld voor jongvolwassenen (17,5 – 24 jaar) die in de afgelopen vijf jaar minimaal twee keer werden aangehouden voor het plegen van vermogens- en/of geweldsdelicten. Het gaat om cliënten met een (zeer) hoog recidiverisico. Het doel van Topzorg is het stoppen van delictgedrag in het heden en het verminderen van (de kans op) recidive in de toekomst. De interventie wordt in een ambulante setting aangeboden, is intensief (twee tot drie contactmomenten per week) en outreachend (in de leefomgeving van de jongvolwassene). De behandeling bestaat uit schematherapeutische technieken, een systeemgerichte en cognitief gedragsmatige aanpak en ervaringsgerichte oefeningen. Topzorg gebruikt de therapeutische relatie als hefboom om veranderingen te realiseren. Er wordt eerst gewerkt aan doelen waar de jongvolwassene voor gemotiveerd is en direct van profiteert. Hierdoor kan de jongvolwassene nieuwe ervaringen opdoen die tegenstrijdig zijn aan zijn disfunctionele cognities, waardoor het makkelijker wordt om deze te vervangen.

Doelgroep

Topzorg is bedoeld voor jongvolwassenen (17,5 – 24 jaar) die in de afgelopen vijf jaar minimaal twee keer werden aangehouden voor het plegen van vermogens- en/of geweldsdelicten. Minimaal één misdrijf heeft een fors negatieve uitwerking gehad op de slachtoffers. Bij de doelgroep is sprake van een hoog recidiverisico en een opgelegde behandeling vanuit een strafrechtelijk kader.

Doel

Het doel van Topzorg is het stoppen van delictgedrag en het verminderen van (de kans op) algemene recidive in de toekomst.

Aanpak

Topzorg is een op maat gesneden, outreachende behandeling waarbij de jongvolwassene twee tot drie keer per week wordt gezien. De behandelduur kan variëren van zeven tot vijftien maanden, exclusief de nazorg. De behandelrelatie wordt vormgegeven door gebruik te maken van Limited Reparenting en het Good Lives Model. Verder wordt er gebruik gemaakt van een systeemgerichte aanpak, cognitieve gedragstherapeutische en schematherapeutische elementen, waaronder experiëntiële technieken. Voor het opbouwen van een adequate therapeutische relatie wordt eerst gewerkt aan doelen waar de jongvolwassene voor gemotiveerd is en direct van profiteert.

Materiaal

Het materiaal van de interventie bestaat uit diverse handleidingen, namelijk een theoretische handleiding, een managementhandleiding voor de managers en behandelaren en een opleiderhandleiding voor de opleider. De inhoud van het programma is voor de cliënt en de behandelaar beschreven in diverse optionele modules en de algemene programmahandleiding. Voor de werving kan gebruik gemaakt worden van een folder en een PowerPointpresentatie.

Onderbouwing

Volgens het sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel spelen zowel individuele risicofactoren (biologisch en psychisch) als omgevingsgebonden risicofactoren (systeem en sociale omstandigheden) een rol bij de ontwikkeling van probleemgedrag (zoals antisociaal gedrag c.q. delictgedrag). Het model is transactioneel van aard: wat wil zeggen dat het rekening houdt met veranderingen in het kind / cliënt en in zijn omgeving, en de wisselwerkingen hiertussen die gedurende de ontwikkeling plaatsvinden. Deze wederzijdse beïnvloeding vindt plaats binnen verschillende socialisatiekaders.

Binnen Topzorg wordt het wederkerig proces tussen de intrapsychische factoren van de cliënt en de verschillende socialisatiekaders verder uitgewerkt aan de hand van de systeemtheorie, het cognitief gedragstherapeutische model en de schematherapie.

Onderzoek

Er heeft in 2017 een procesevaluatie plaatsgevonden naar de uitvoering van Topzorg bij de Waag (Hoogsteder, 2017). De resultaten toonden aan dat de beoogde doelgroep grotendeels is bereikt en dat de programma-integriteit in orde was. Als aandachtspunten kwam onder andere naar voren dat de jongeren zich niet altijd in voldoende mate begrepen voelden en er niet altijd wekelijks doe-oefeningen werden

gedaan. Vanaf 2019 tot mei 2022 heeft er een nieuw onderzoek plaatsgevonden waarin de programma-integriteit in combinatie met de doeltreffendheid van Topzorg werd onderzocht (Omvlee, 2022; van Gisbergen et al., 2022). Uit dit onderzoek blijkt dat Topzorg gemiddeld genomen met een 8 werd beoordeeld (bij het eerste onderzoek was dit een 6,7). Verder bleken de resultaten van Topzorg beter bij jongeren die Topzorg positief hadden afgerond of die minimaal 7 maanden Topzorg aangeboden hebben gekregen en bij wie de programma-integriteit werd beoordeeld met een 5,5 of hoger ($N = 29$). Bij deze groep werd een groot effect gehaald op het algemene recidiverisico en middelgrote effecten op diverse dynamische risicofactoren, met uitzondering van het domein problematisch middelengebruik (Omvlee, 2022).

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Topzorg is bedoeld voor jongvolwassenen (mannen en vrouwen van 17,5 tot en met 24 jaar) die in de afgelopen vijf jaar minimaal twee keer zijn aangehouden wegens het plegen van een misdrijf. Minimaal één misdrijf heeft een fors negatieve uitwerking gehad op de slachtoffers. Denk hierbij aan straatroof, inbraak woning, overval, zware mishandeling, doodslag en/of openlijke geweldpleging¹. De doelgroep heeft vermogens- en/of geweldsdelicten gepleegd, eventueel in combinatie met andere type delicten. Bij de doelgroep is sprake van op elkaar inwerkende risicodomeinen die leiden tot een (zeer) hoog recidiverisico. De behandeling is opgelegd vanuit een strafrechtelijk kader. De jongvolwassenen heeft vaak al eerder hulpverlening gehad, echter zonder het gewenste resultaat en is niet gemotiveerd om behandeling op de polikliniek te volgen. Het delictgedrag is onderdeel van een psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Zo is er volgens de DSM-5 sprake van een oppositionele opstandige stoornis, een normoverschrijdend-gedragsstoornis (CD) of een persoonlijkheidsstoornis cluster B, al dan niet gecombineerd met ADHD, problematisch middelengebruik en/of stemmings- of angststoornissen.

Intermediaire doelgroep

Topzorg richt zich naast de cliënt ook op betrokken systeemleden van de cliënt (indien aanwezig).

Selectie van doelgroepen

De cliënt wordt (in overleg) door een verwijzer (meestal de reclassering of een pedagogisch directeur van een Justitiële Jeugd Inrichting) aangemeld bij een forensische zorginstelling. Aangezien er vaak al vooroverleg plaats vindt over een passend aanbod voor de jongvolwassene, is het vaak al duidelijk dat er aan Topzorg wordt gedacht. Er wordt een intakegesprek door een Topzorg-behandelaar gevoerd, of door een behandelaar die werkt met jongvolwassenen. Tijdens het intakegesprek en het multidisciplinaire teamoverleg wordt onderzocht of Topzorg voorlopig geïndiceerd is. Hierbij zijn de indicatiecriteria leidend. Vervolgens wordt een initieel behandelplan opgesteld (onder verantwoordelijkheid van de regiebehandelaar) dat leidend is voor de voorbereidende behandelfase. In deze fase wordt onder andere risicotaxatie en assessment uitgevoerd en een veiligheidsplan opgesteld. De uitkomst van de risicotaxatie (en indien nodig diepgaandere diagnostiek) wordt wederom ingebracht in een multidisciplinair teamoverleg en dient als basis voor het opstellen van het behandelplan voor de behandelfase en het stellen van een definitieve indicatie. De regiebehandelaar is hierbij eindverantwoordelijk en zorgt ervoor dat de bevindingen worden teruggekoppeld naar de cliënt en relevante betrokken systeemleden. Het kan dus voorkomen dat een cliënt 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 cliënt functioneert voldoende op adaptief of intellectueel niveau om van het zorgprogramma te profiteren (gaat ongeveer om een IQ-score van 80 of hoger). Dit wordt tijdens de intake gescreend met de screener voor intelligentie en een licht verstandelijke beperking (SCIL) (Kaal et al., 2013). Mocht het instrument aangeven dat er mogelijk sprake is van LVB, dan wordt de WAIS afgenomen en de ADAPT (observatielijst adaptieve vaardigheden; Jonker et al., 2021);
2. De cliënt is bij de start van Topzorg tussen de 17,5 en 24 jaar;
3. De cliënt beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate om de aanwijzingen van de Topzorg-behandelaar te begrijpen;
4. De cliënt heeft een hoog of zeer hoog algemeen recidiverisico (gemeten met de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE; Van Horn et al., 2016).
5. De cliënt heeft vermogensdelicten en/of geweldsdelicten gepleegd al dan niet gecombineerd met ander delictgedrag;

¹ Uit een rapportage van de GGD Amsterdam (2014) blijkt dat jongeren uit de Top600-doelgroep uit Amsterdam vrijwel allemaal één of meerdere vermogensdelicten hebben gepleegd (97%) in combinatie met één of meerdere geweldsdelicten (98%). De meeste jongeren plegen delicten in groepsverband (78%).

6. Er is volgens de DSM-5 sprake van een normoverschrijdend-gedragstoornis (CD) of een persoonlijkheidsstoornis cluster B, al dan niet gecombineerd met ADHD, problematisch middelengebruik en stemmings- of angststoornissen;
7. De cliënt heeft al vaker een strafafdoening gehad en scoort dan ook matig tot (zeer) hoog op het risicodomein S2 van de FARE: Aantal eerdere en huidige veroordelingen;
8. De cliënt scoort matig tot (zeer) hoog op minstens drie van de volgende risicofactoren van de FARE: D1: Disfunctioneren opleiding/werk, D2: Financieel wanbeleid, D3: Delinquent sociaal netwerk, D6: Instabiliteit woonsituatie, D7: Problematisch middelengebruik;
9. De cliënt is niet gemotiveerd voor behandeling op locatie van de behandelinstelling;
10. Er is sprake van een strafrechtelijk kader; de jongvolwassene wordt tijdens de behandeling begeleid door de reclassering.

Om te bepalen of een cliënt voldoet aan de indicatiecriteria of de contra-indicaties wordt gebruik gemaakt van dossierinformatie die afkomstig is van de verwijzer, de informatie verkregen uit het intakegesprek en de voorbereidende behandelfase, en de klinische blik van de regiebehandelaar. Daarnaast is de uitkomst van de risicotaxatie nodig, er wordt gebruik gemaakt van de Recidive Inschattings Schalen (RISc; Reclassering Nederland, 2017) als deze wordt geleverd door de reclassering en zoals al eerder genoemd de FARE. Voor het stellen van diagnoses wordt de DSM-5 gebruikt.

Contra-indicatie

De aanwezigheid van ernstige suïcidaliteit, acute homocidaliteit of een acute psychose;

1. Er is sprake van primaire verslavingsproblematiek (het delictgedrag is niet alleen het gevolg van het problematisch middelengebruik en kan niet alleen worden behandeld door primair te werken aan het stoppen met middelengebruik). Dit wordt vastgesteld op basis van een functieanalyse van het middelengebruik, analyse van luxerende/beschermende factoren en de mate waarop het middelengebruik van invloed is op het recidiverisico en de mate van responsiviteit voor behandeling;
2. De problematiek van de jongvolwassene is te zwaar om ambulante te worden behandeld. Dit kan aan de orde zijn bij een hoog risicoprofiel, in combinatie met de aanwezigheid van acute risicofactoren, een grote crisisgevoeligheid en/of ernstige verslaving aan middelen;
3. Een structurele weigering door de cliënt om met Topzorg aan de slag te gaan, ook nadat de Topzorg-behandelaar diverse motivatietechnieken heeft toegepast. Let op: dit kan pas tijdens de voorbereidende behandelfase worden beoordeeld. De Topzorg-behandelaar moet dus eerst kunnen investeren in het motiveren.
4. De veiligheid van de Topzorg-behandelaar kan niet voldoende worden gegarandeerd. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als er sprake is van dreigend fysiek agressief gedrag richting de behandelaar en/of als het niet mogelijk (b)lijkt om met een veiligheidsplan te werken.

De aanwezigheid van eventuele contra-indicaties wordt vastgesteld op grond van dossierinformatie die afkomstig is van de verwijzer, de informatie verkregen uit het intakegesprek, de voorbereidende behandelfase en de klinische blik van het Topzorg-team.

Betrokkenheid doelgroep

Tijdens het (door)ontwikkelen van Topzorg is de doelgroep verschillende keren betrokken geweest. In die zin dat aan hen is gevraagd hoe zij Topzorg ervaren en wat er volgens hen verbeterd kan worden. Uit deze feedback is duidelijk geworden dat jongvolwassenen sneller ontevreden zijn over de behandeling als ze aangeven geen klik te ervaren met de behandelaar of de begeleider vanuit de reclassering. De tevredenheid over het programma is groter als de samenwerking (aanpak is uniform) goed loopt met de verschillende partijen die een rol spelen bij de begeleiding. Cliënten geven ook aan dat een intensieve behandeling als erg vermoeiend wordt ervaren. Zij stellen voor om vaker telefonisch contact te hebben of via de app. Meegaan met gesprekken die de jongvolwassenen als belastend ervaren, wordt als erg positief ervaren als de klik met de behandelaar goed is. De meeste recente ondervraagde jongvolwassenen ervaren meer tevredenheid over het programma dan vijf jaar geleden. Zij geven Topzorg nu een 8 in plaats van een 6,7. Ze vinden dat Topzorg heeft geholpen om zo minder snel in aanraking te komen met politie; ze denken nu minder snel of niet meer een delict te plegen.

1.2 Doel

Hoofddoel

Het hoofddoel van Topzorg is het stoppen van delictgedrag in het heden en het verminderen van (de kans op) algemene recidive in de toekomst.

Om te bepalen of het hoofddoel wordt behaald, wordt tijdens de behandeling gebruik gemaakt van de FARE en de Topzorg-doelenlijst. De laatst genoemde lijst wordt door zowel de behandelaar als de cliënt en indien mogelijk door een betrokken systeemlid ingevuld. Bij de eerst genoemde lijst dient na beëindiging van de behandeling de kans op risico minimaal één niveau te zijn gedaald.

Subdoelen

Responsiviteit

Algemene doelen voor de cliënt

1. De cliënt is gemotiveerd om te veranderen. De cliënt toont inzet tijdens de behandeling en doet moeite om te werken aan verandering;
2. De cliënt heeft duidelijke toekomstdoelen voor ogen die niet samen gaan met het plegen van delicten en werkt aan het bereiken van deze doelen;
3. De cliënt ervaart elke dag momenten van zelfvertrouwen.

Systemische omstandigheden

Algemene doelen voor de cliënt

1. De jongvolwassene ontvangt steun van beschermende systemen uit (vernieuwd) netwerk;
2. De communicatie tussen relevante systeemleden en de jongvolwassene verloopt goed. Ruzies leiden niet tot gewelddadige situaties;
3. De jongvolwassene heeft afstand genomen (is weerbaarder) van risicosystemen uit zijn netwerk, waaronder (een deel van) zijn vriendenkring.

Algemene doelen voor betrokken systeemleden (indien aanwezig)

1. Betrokken systeemleden weten meer over het probleemgedrag van de cliënt en kunnen cute risicofactoren herkennen.
2. Betrokken systeemleden en/of ketenpartners dragen bij aan het opstellen en naleven van het veiligheidsplan;
3. Betrokken systeemleden en/of ketenpartners bieden steun (onder meer) bij het in praktijk brengen van datgene dat in de behandeling is (aan)geleerd.

Sociale omstandigheden

Algemene doelen voor de cliënt

1. De jongvolwassene heeft een woonplek en voldoende inkomen om te kunnen leven. Als er sprake is van schulden, is er gezorgd voor een acceptabele afbetalingsregeling;
2. De cliënt heeft een adequate dagbesteding. Hij gaat naar school of heeft werk en houdt dit ook vol.

Persoonlijke omstandigheden gericht op gedrag, emoties en cognities

Algemene doelen voor de cliënt

1. De cliënt beschikt over voldoende beheersingsvaardigheden. Hij kan door middel van verschillende manieren zichzelf beheersen en voorkomt hierdoor agressief gedrag of ander delictgedrag;
2. De cliënt kan helpende oplossingen (manieren van reageren) bedenken en toepassen als er sprake is van lastige situaties. De cliënt past constructieve copingvaardigheden toe die horen bij volwassen gedrag (de modus van de 'gezonde volwassene').
3. De cliënt gebruikt geen cognitieve vervormingen die het antisociale gedrag in stand houden. Dit betekent o.a. dat de cliënt (helpende) gedachten kan toepassen.

Optionele doelen voor de cliënt

1. De cliënt reduceert gevoelens van stress en spanning; er is geen sprake van chronische stress / verhoogde arousal;
2. De cliënt kan eigen impulsen beter waarnemen en deze uitstellen/stoppen;

3. De cliënt kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is;
4. De aanwezige comorbide problematiek (bijvoorbeeld ADHD, middelenafhankelijkheid, en traumagerelateerde klachten) van de cliënt is onder controle en versterkt het externaliserende probleemgedrag niet.

Voor het evalueren van het behalen van de algemene en optionele Topzorg-subdoelen wordt gebruik gemaakt van diverse vragenlijsten, namelijk de FARE, de Topzorg-doelenlijst, de Forensische Klachten Lijst (is inmiddels gevalideerd en meet o.a. mate van boosheid, de actieve coping en executieve functies gericht op gedragsregulatie; Van Horn, Hendriks, & Kraanen, 2015). Verder wordt de V-LIG (Verkorte Lijst Irrationale Gedachten; Hoogsteder, Wissink et al., 2014) in gezet.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Algemeen

Topzorg is een individuele, outreachende en op maat gesneden behandeling die zich richt op risicofactoren gerelateerd aan het sociale domein, het systeem en de persoonsfactoren. Er bestaat een Topzorg Min en een Topzorg Plus variant. Bij Topzorg Min worden taken die gericht zijn op arbeidstoeleiding, huisvesting en bijvoorbeeld schuldsanering door ketenpartners overgenomen. Wel zal de behandelaar dan in het begin meegaan met gesprekken die voor de jongvolwassene lastig zijn om te voeren. Er wordt een plus variant aangeboden als er in de regio onvoldoende gebruik gemaakt kan worden van ketenpartners.

Fasering voor beide varianten

Topzorg bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. Intake en het voorlopige indicatiestelling. Deze fase bestaat uit de aanmelding, inclusief het inzien van dossierinformatie, het voeren van gesprekken met de verwijzer, het verzorgen van een intakegesprek en het opstellen van een initieel behandelplan voor de volgende fase. Als er tijdens de intake een voorlopige indicatie voor Topzorg is gesteld, volgt de voorbereidende behandelfase;
2. Voorbereidende behandelfase. Deze fase is gericht op het geven van uitleg over Topzorg, het aangaan van een behandelcontact, het motiveren en empoweren, en het werken met een veiligheidsplan. Ook wordt risicotaxatie uitgevoerd, zo nodig verdiepende diagnostiek en een casusconceptualisatie. Vanaf deze fase is het werken met de EIS (Empirische Interventiencyclus Samenvatting) leidend. In de EIS wordt een probleem- of functieanalyse beschreven, de kans op recidive vastgesteld en gemonitord, zo ook de veiligheid voor de cliënt en behandelaar en de mate van de motivatie. Er wordt aangegeven welke doelen op dat moment de meeste prioriteit hebben en welke interventies worden ingezet om deze doelen te bereiken. Hierbij kan ter ondersteuning gebruik worden gemaakt van een analysecirkel. In deze fase worden al direct stappen ondernomen voor het verminderen van structurele criminogene risicofactoren (problemen gericht op huisvesting, inkomen, werk en schulden). Er kan pas overgegaan worden tot de derde fase (behandelfase) als de jongvolwassene aan de Topzorg-indicatiecriteria blijkt te voldoen en er een behandelplan voor de volgende fase is opgesteld.
3. Behandeling. In deze fase wordt doorggegaan met het verbeteren van de structurele risicofactoren (huisvesting, werk, inkomen). Verandering wordt verder gestimuleerd vanuit het behandelcontact en de inzet van schematherapeutische technieken en het systeemgericht werken. Er wordt gewerkt aan het waarborgen van de veiligheid (nu ook door het veiligheidsplan uit te breiden met een signaleringsplan), het leren toepassen van gezond gedrag en verandering van gedragspatronen (doorbreken van disfunctionele schemamodi) en het behandelen van eventuele comorbide klachten. De EIS wordt elke twee weken geëvalueerd met de jongvolwassene en tijdens de Topzorg-intervisie om zo de kwaliteit en de rode draad van de behandeling te bewaken. Ook wordt dan beoordeeld of de gekozen interventies daadwerkelijk hebben geleid tot verandering en of ze nog langer ingezet moeten worden.
4. Afronding van de behandeling. Er kan aan de afronding begonnen worden als de doelen van de Topzorg-behandeling (grotendeels) zijn behaald. De behaalde resultaten worden herkend door de Topzorg-behandelaar, de verwijzer, de cliënt en een betrokken systeemlid (indien aanwezig). In deze fase wordt er geoefend met een toekomstplan (gericht op terugvalpreventie).

5. **Nazorg.** In de nazorgfase werkt de cliënt aan zijn toekomstplan met steun van belangrijke personen uit zijn (professionele) netwerk. De behandelaar toetst in deze fase of de cliënt in staat is om zich te houden aan het toekomstplan en of het lukt om de behaalde resultaten vast te houden.

Frequentie en duur

De behandelduur kan variëren van minimaal zeven tot maximaal vijftien maanden, exclusief de nazorg. De eerste twee fasen duren in totaal maximaal twaalf weken. De behandel- en afrondingsfase duren minimaal vier maanden en maximaal twaalf maanden. De nazorgfase duurt minimaal drie maanden en maximaal vijf maanden. Topzorg wordt bij de plus-variant de eerste vier maanden van de behandelfase minimaal drie keer per week aangeboden en bij de min-variant minimaal twee keer per week. Na deze vier maanden vindt er een evaluatie plaats. Er wordt dan bekeken of de behandelfase met vier maanden verlengd dient te worden. Mocht verlenging aan de orde zijn (de behandeldoelen zijn nog niet voldoende bereikt), dan wordt tevens besproken of de intensiteit verminderd kan worden (hierbij geldt dat er dan nog minimaal eens per week contact moet zijn). Op dit moment is het ook mogelijk om de jongvolwassene naar de polikliniek te laten komen als hij hier gemotiveerd voor is. Als er verlenging is geïndiceerd, dan volgt na vier maanden wederom een evaluatie (hierbij worden dezelfde items besproken) en kan de behandeling nogmaals met vier maanden worden verlengd. Het periodiek ophogen van de behandelfrequentie kan nodig zijn als er sprake is van (extra) acute risicofactoren. Behandelcontact kan overigens naast (outreaching) face to face momenten ook via de chat (benden care), beeldbellen, app en/of telefoon plaatsvinden.

Bij Topzorg kan één van de wekelijkse sessie(s) ook bestaan uit een parallel behandelaanbod, denk hierbij bijvoorbeeld aan het aanbieden van EMDR of een psychiatrisch consult. De Topzorg-behandelaar zal hierbij aanwezig zijn als de jongvolwassene sterke gevoelens van wantrouwen ervaart jegens de andere behandelaar.

Inhoud van de interventie

Rode draad (wat wordt hoe dan ook gedaan)

Inzet therapeutische relatie

Tijdens de start van de behandeling ligt de focus op het vormgeven van een therapeutische relatie, aangezien deze als hefboom dient om tot veranderingen te komen en het nodig is om het wantrouwen van de jongvolwassene te verminderen. Voor het vormgeven van deze relatie worden specifieke technieken gebruikt, namelijk Limited Reparenting (schematherapie) en door het hanteren van de uitgangspunten van het Good-Lives Model (GLM; Mallion et al., 2020; Ward & Brown, 2004; Ward, 2010). Daarnaast worden ook structureel motiverende gesprekstechnieken toegepast.

Limited Reparenting (Gülüm & Soygüt, 2022; Young et al., 2003) wil onder andere zeggen dat de therapeut ingaat op en aansluit bij de basisbehoeften die de cliënt tijdens de ontwikkeling naar volwassenheid onvoldoende heeft ontvangen. Dit betekent dat de therapeut enerzijds aandacht en steun geeft en een warme en toegankelijke houding aanneemt. Maar anderzijds ook gericht is op het bieden van begeleiding (aanwijzingen), het helpen met het oplossen van problemen (nadenken en oefenen met passende reacties) en het aanreiken van duidelijke grenzen. Het 'na-ouderen' is echter wel beperkt (limited): niet alleen praktisch omdat er verschillende grenzen zijn aan de therapeutische relatie, maar ook omdat het van belang is dat de cliënt enerzijds leert zelf acties te ondernemen om te voldoen aan relevante basisbehoeften en anderzijds leert verdragen dat ze niet altijd bevredigd kunnen worden.

GLM is eveneens gericht op het realiseren van een werkbare therapeutische relatie (Barnao et al., 2016; Braet, 2008). GLM stimuleert de cliënt om op een positieve manier invulling te geven aan zijn leven. Dit wordt geconcretiseerd door te kijken naar de wensen/behoefte op verschillende leefgebieden (wonen, werken, relaties, vrijetijdsbesteding) en te kijken hoe deze wensen in kleine stapjes bereikt kunnen worden. Hierbij is oog voor mogelijke obstakels (verleidingen) en de wijze waarop de cliënt deze kan weerstaan.

Van ongezonde naar gezonde modi (kanten, gedragingen)

Het is van belang dat de jongvolwassene tijdens het contact met de therapeut nieuwe ervaringen op doet die tegenstrijdig zijn aan de gehanteerde disfunctionele schema's, zodat deze gemakkelijker vervangen kunnen worden. Voor het opbouwen van een adequate therapeutische relatie wordt in de eerste periode vooral aan doelen gewerkt waar de jongvolwassene voor gemotiveerd is en direct van profiteert. Denk aan het regelen van zaken rondom financiën, huisvesting en dagbesteding of het verminderen van structurele ruzies. Tijdens het realiseren van deze doelen, wordt de jongvolwassene gestimuleerd om een deel van de

gesprekken, die nodig zijn om de problemen op te lossen, zelf uit te voeren. Tegelijkertijd kan de therapeut tijdens dit proces inzicht bieden (op basis van schematherapeutische principes) door samen te onderzoeken wanneer welke ongezonde modi (kanten; gedrag voortkomend uit emoties en gedachten/ schema's) op de voorgrond treden en waar deze modi vandaan komen. Ook worden er stoelen-technieken of imaginatie oefeningen aangeboden en vaardigheden aangeleerd die helpen om een gezonde modus toe te passen. Stoelentechnieken zijn oefeningen waarbij meerdere stoelen worden gebruikt als representatie voor een ervaring, niet-helpe gedachten of verschillende kanten van de cliënt. Met een stoelentechniek wordt het bijvoorbeeld mogelijk een dialoog over de voor- en nadelen van een kant op gang te brengen en een gezonde kant meer ruimte te geven.

Werken met de empirische cirkel

Voor het realiseren van structuur wordt elke twee weken de voortgang geëvalueerd en vastgesteld aan welke Topzorg-doel(en) er wordt gewerkt met hulp van het EIS (Empirische Interventiecirkel Samenvatting) formulier. Dit wordt tijdens de Topzorg-intervisie met het TOPZORG-team van een vestiging onder begeleiding van de Topzorg-programmaverantwoordelijke (PV) besproken. Ook wordt de voortgang met de jongvolwassene doorgenomen. Tijdens het prioriteren van de doelen wordt indien mogelijk elke periode aandacht besteed aan het realiseren van veranderingen gericht op het systeem (meer steun en minder omgang met antisociale vrienden) in combinatie met het sociale domein (opleiding/werk/huisvesting) en het verminderen van risicovolle persoonsfactoren (disfunctionele schema's en impulsiviteit). Zodra duidelijk is welk doel prioriteit heeft, kan er ter ondersteuning gebruik gemaakt worden van de analysecirkel om te bepalen welke interventies passend zijn. Als de interventies blijken te werken, wordt een volgende stap gezet richting het realiseren van de reguliere en geïndiceerde optionele Topzorg-doelen en start er een nieuwe cyclus. Als de ingezette interventies niet aanslaan, wordt bekeken wat er alsnog nodig is om het doel te bereiken.

Analyse cirkel

Bij de analysecirkel staat een probleem centraal dat gerelateerd is aan een Topzorg-subdoel. Als het bijvoorbeeld gaat om het doel: het realiseren van een adequate dagbesteding, dan zou het probleemgedrag kunnen zijn: het structureel te laat komen en ruzie maken met leidinggevend, waardoor de cliënt steeds ontslagen wordt. Rondom dit probleem wordt vervolgens een analysecirkel gemaakt. Dit betekent dat op papier het probleem 'het structureel te laat komen en ruzie maken met leidinggevend' in een cirkel wordt geplaatst en dat dan rechts de factoren worden beschreven die negatief bijdragen aan het probleemgedrag (het wordt er erger door) en links de factoren die het doen verminderen. Het kan dan gaan om factoren uit diverse systemen rondom de cliënt. Deze manier van werken zorgt voor inzicht rondom het probleemgedrag, maar ook de aanwezige krachtbronnen. Daarnaast zorgt het voor commitment, aangezien aan de cliënt en eventuele betrokken systeemleden wordt gevraagd aan welke factor(en) zij het liefste willen werken om het probleemgedrag te doorbreken. Interventies kunnen gericht zijn op het realiseren van oplossingen of om een cliënt te helpen om vaker te reageren op situaties vanuit de modus van de gezonde volwassene. Hierbij kan gebruik gemaakt worden van CGT-elementen, zoals het bieden van psycho-educatie, zicht op eigen gedragsketen, het kunnen herkennen van cognitieve vervormingen (irrationele gedachten) in combinatie met het aanleren van helpende gedachten, het werken aan probleemoplossingsvaardigheden en het toepassen van rollenspellen (o.a.: Lin & Bratton, 2015; Sukhodolsky et al., 2016; Minotta-Valencia, 2021; Hogue et al., 2020; Lipsey, 2009), de verschillende modules vanuit de ARopMaat en het vermogensprogramma kunnen hierbij ondersteunen.

Betrekken netwerkleden

Relevante systeemleden worden al vanaf de eerste fase bij de behandeling betrokken indien de cliënt dit goedkeurt en de systeemleden hiervoor gemotiveerd zijn. Ze nemen een centrale positie in bij de uitvoering van het veiligheidsplan (dit wordt regelmatig geëvalueerd), indien mogelijk het doen van oefeningen thuis, het ondersteunen bij het oplossen van problemen en het evalueren van de voortgang. Verder worden cliënten gestimuleerd om mensen uit hun netwerk te benaderen voor het krijgen van meer (emotionele) steun en het wekelijks ondernemen van gezamenlijke activiteiten. Ouders of andere betrokken systeemleden kunnen indien gewenst ook enkele sessies zonder de jongvolwassene worden gezien. Zij ontvangen dan psycho-educatie, leren indien nodig de-escalerende technieken aan. Ook kan er een modi model van hen worden gemaakt. Op die manier kan worden nagaan hoe de modi van het betrokken systeemlid (meestal de ouder(s)) en de

jongvolwassene met elkaar interacteren en wat er nodig is om een negatieve interactie te doorbreken. Ketenpartners worden betrokken om met elkaar de nodige begeleiding te bieden om het delictgedrag te stoppen.

Afronding en nazorg

Tijdens het afronden van de behandeling wordt voor de nazorgfase 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 cliënt en eventuele betrokken systeemleden worden deze besproken en oefenen zij hoe hier het beste mee om te gaan. In de nazorgfase werkt de cliënt zoveel mogelijk zelfstandig aan zijn toekomstplan, ondersteund door belangrijke personen uit zijn eigen omgeving of professionele ketenpartners. De Topzorg-behandelaar ziet de jongvolwassenen in deze fase minder vaak en onderhoudt vooral telefonisch contact of via beeldbellen.

Samenvatting rode draad:

- Outreachende contacten in de leefomgeving van de jongvolwassenen met de nadruk op het aangaan van een werkbare behandelrelatie door de inzet van Limited Reparenting en GLM;
- Het betrekken van het netwerk en het realiseren van een goede samenwerking met ketenpartners. De Topzorg-behandelaar neemt de rol op zich van de casemanager als deze niet belegd is bij een andere ketenpartner. Het is van belang dat de verschillende ingezette begeleidingsvormen op elkaar worden afgestemd.

De interventies die ingezet (kunnen) worden, zijn:

- Technieken vanuit schematherapie. Denk aan 'Limited Reparenting', experiëntiële technieken (imaginatie en/of stoelen technieken) en empathische confrontatie. Enerzijds valideert de therapeut schema's en modi van de cliënt en de moeite die het kost deze te veranderen, anderzijds confronteert (maakt duidelijk, biedt inzicht) de therapeut de cliënt met de negatieve aspecten van disfunctionele schema's en modi en benadrukt het belang van verandering. De therapeut gebruikt hierbij als dit helpend is ook zelfonthulling; geeft aan welk effect de op de voorgrond tredende modus op hem/haar heeft.
- Enkele modules van de gedragsinterventie Agressie Regulatie op Maat (ARopMaat) die ondersteunen bij het handelen vanuit een gezonde modus, zie onderstaande uitwerking;
- Enkele modules van het zorgprogramma Vermogen, zie onderstaande uitwerking;
- Inzet blended care voor behoud van de continuïteit middels beeldbellen, chatten, werken met eHealth-modules gericht op het naleven van het veiligheidsplan, psycho-educatie, inzet dagboeken en oefeningen uit de ARopMaat-modules.
- Indien nodig: behandeling van trauma's (met EMDR), ADHD, en problematisch middelengebruik (werkboek CGT bij middelenmisbruik en gokverslaving). Richtlijnen hiervoor zijn beschreven in de algemene programma handleiding en conform de GGZ-standaarden.

Beschrijving van de modules van de erkende zorgprogramma's ARopMaat en het Zorgprogramma Vermogen die optioneel ingezet kunnen worden (uitkomst van de Topzorg-doelenlijst geeft richting aan het indiceren van onderstaande modules):

1. Module stressreductie

De cliënt leert meer greep te krijgen op eigen stress (en eventuele boosheidsgevoelens) en past vaardigheden toe om stress 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 verminderen van hoge arousal / negatieve emoties. Bedoeling is dat de cliënt elke dag twee tot drie oefeningen toepast die helpen om chronische stress te laten verdwijnen. Indien van toepassing wordt er gezocht naar oefeningen die helpen om aanhoudende boosheid te reduceren.

2. Module Impulscontrole

De cliënt leert zijn impulsen beter te herkennen (ook in zijn lijf) en oefent met vaardigheden om impulsen gemakkelijker te beheersen of uit te stellen. Denk bijvoorbeeld aan oefeningen waarbij de cliënt elke keer als hij een impuls voelt om iets te doen, oefent met het uitstellen van deze behoefte (ook via imaginatie). De

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

3. Module Beheersingsvaardigheden

Er wordt geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. Als het gaat om het beheersen van de boosheid, dan oefent de cliënt (in overleg) met triggers die boosheid oproepen en probeert hij uit welke beheersingsvaardigheden werken. De moeilijkheidsgraad wordt hierbij langzaam opgevoerd. Bedoeling is dat de cliënt uiteindelijk minimaal twee manieren kan toepassen die helpen zichzelf te beheersen in verschillende situaties die agressief gedrag oproepen. Als het gaat om het beheersen van de drang tot stelen, dan wordt de cliënt denkbeeldig meegenomen naar een situatie waarin de verleiding groot is en gestimuleerd om een beheersingstruc toe te passen.

4. Module Invloed van het denken

Via cognitief gedragstherapeutische technieken wordt er gewerkt aan het verminderen van disfunctionele cognities. De invloed van het denken op emoties en gedrag wordt uitgelegd. Hierbij kan het model van de vijf G's worden gebruikt (gebeurtenis, gedachten, gevoelens, gedrag en gevolg). Er wordt aan de hand van verschillende levensgebieden onderzocht welke niet-helpende (kern)gedachten een rol spelen. Denk aan hoe de cliënt bijvoorbeeld aankijkt tegen vriendschap, familie, werk, geld en seksualiteit. De cliënt wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties die voor hem lastig zijn. In deze module wordt de cliënt uitgedaagd zich te identificeren met een kerngedachte of stelling die haaks staat op zijn eigen overtuiging. Door over deze denkwijze na te denken en door te verkennen welke standpunten je ten aanzien van deze overtuiging kunt innemen, leert de cliënt meer gezichtspunten kennen en wordt de cliënt uitgedaagd om de eigen manier van denken onder de loep te nemen.

4. Module Waarnemen en Interpretieren

De module is gericht op leren kennen van verschil tussen te snel oordelen en het onderbouwd een mening vormen. Verder is er aandacht voor bewustwording van niet-helpende gedachten die het waarnemen en interpreteren negatief beïnvloeden. Daarnaast wordt er geoefend met het neutraler interpreteren van de bedoelingen van anderen. Bijvoorbeeld door naar een filmfragment te kijken en vervolgens na te denken over mogelijke interpretaties. Ook wordt gevraagd om iemand waar je een hekel aan hebt met al je oordelen te beschrijven, dit vervolgens te doen zonder oordelen en daarna zoveel mogelijk redenen te bedenken waarom iemand doet zoals hij/zij doet.

5. Module Emotieregulatie

Het doorlopen van deze module draagt bij aan het beter kunnen differentiëren en uiten van diverse emoties, er wordt ook specifiek gekeken naar emoties die gerelateerd zijn aan het plegen van vermogensdelicten. De module helpt om emoties beter te leren herkennen (ook qua gevoel in het lijf), zowel bij de cliënt zelf als bij anderen. Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van kaartjes met gevoelens (gevoelenswereldspel). Tijdens het delen van ervaringen wordt de cliënt 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 Conflictvaardigheden

In deze module wordt gewerkt aan diverse vaardigheden, die nodig zijn om op een constructieve wijze conflicten te hanteren. Denk aan het adequaat communiceren, omgaan met autoriteiten, omgaan met kritiek. Bij conflicten die vaker voorkomen, wordt er geanalyseerd welke conflict-uitlokkers de jongvolwassene toepast. Vervolgens wordt aan de jongvolwassene gevraagd hiermee te stoppen en na te denken welke conflictremmer helpend is om in de toekomst escalatie te voorkomen. Er wordt ook geoefend met het toepassen van de conflictremmer.

7. Module Zelfbeeld

Tijdens deze module wordt er psycho-educatie gegeven over hoe het zelfbeeld zich ontwikkelt en hoe je een laag zelfbeeld kunt compenseren (al dan niet met grensoverschrijdend gedrag). Er worden diverse oefeningen aangeboden voor het krijgen van meer inzicht en oefeningen om het zelfvertrouwen te verbeteren

en daarmee op den duur het zelfbeeld. Deze module is enerzijds gericht op het verbeteren van de responsiviteit. Een beter zelfbeeld vergroot immers de zelfeffectiviteit (geloof in eigen kunnen) en dit leidt tot het gemakkelijker aanleren van nieuwe vaardigheden. Anderzijds is het hebben van een laag zelfbeeld bij een deel van de doelgroep gerelateerd aan het delictgedrag. Denk aan het hebben van (extreem) negatieve gevoelens over zichzelf die gepaard gaan met een hoge arousal.

8. Module Netwerk

Er wordt samen met de cliënt een netwerkanalyse verricht. De zorgen die er zijn kunnen immers niet los worden gezien van de sociale omgeving van de cliënt. Er wordt in beeld gebracht welke netwerkliden steun kunnen bieden en op welke manier. Verder is het nodig dat er zicht komt op mogelijke netwerkliden die de problemen versterken en wat de cliënt nodig heeft om hier weerbaarder in te worden. N.B. Indien de cliënt toestemming geeft, worden relevante systeemleden uitgenodigd om te kijken hoe zij steun kunnen bieden en om te helpen bij het naleven van het preventieplan.

In deze module wordt geprobeerd om de cliënt meer inzicht te geven in het eigen netwerk door het maken van een netwerkanalyse. Er wordt gekeken hoe er meer steun/kracht verkregen kan worden en indien van toepassing hoe het geheim actief doorbroken kan worden (vaak relevant voor subdoelgroep 2). Er wordt dan bijvoorbeeld gewerkt met een stoelentechniek waarin de voor- en nadelen van het doorbreken van het geheim nog beter voelbaar worden en betekenis krijgen. Als de voordelen belangrijker worden gevonden, wordt er ook geoefend met het vertellen over de problemen die spelen. Als de cliënt het goed vindt, wordt de partner of een ander relevant systeemlid uitgenodigd om te vertellen wat er speelt en om te kijken hoe de persoon reageert en in staat is om te ondersteunen. Als er sprake is van een netwerk dat het plegen van vermogensdelicten stimuleert (vooral subdoelgroep 1 en 3), dan wordt er geoefend met het weerbaarder worden ten opzichte van de negatieve invloeden (nadelen bekijken op de lange termijn, helpende gedachte en krachtige houding aanleren, oefenen met NEE zeggen). Indien nodig is er aandacht voor het oefenen met het onderhouden van bestaande relaties en het aangaan van nieuwe relaties. Er is daarom ook een hoofdstuk gericht op aandacht voor de relatie (ter versterking van een beschermende factor).

9. Module Oplossingsvaardigheden

Deze module is geschikt voor cliënten die te kampen hebben met structurele problemen op het gebied van familie, huisvesting, werk, instanties, etc. Ook kan het worden ingezet als het wekelijks stilstaan bij lastige situaties en het hier adequaat mee leren omgaan onvoldoende handvatten biedt. In deze module wordt een inventarisatie gemaakt van de structurele problemen die spelen. De cliënt kiest vervolgens twee tot drie structurele problemen die veranderbaar zijn en kijkt welke oplossingsgerichte aanpak hier het beste bij werkt. De cliënt beslist pas wat de juiste aanpak is door eerst verschillende manieren uit te proberen die mogelijk leiden tot oplossingen of het draaglijker maken van de situatie. Het is helpend om een maatschappelijk werker in te zetten als de structurele problemen vrij complex zijn.

9. Module Gezin in Beeld (vooral voor de betrokken systeemleden)

Bij Topzorg worden onderdelen van deze module ingezet als de jongvolwassene nog thuis woont. De module biedt mogelijkheid tot geven van psycho-educatie gericht op agressieproblematiek en het werken met een time-out procedure om escalaties te voorkomen. Daarnaast biedt het handvatten om de kwaliteit van de relatie tussen de jongvolwassene en ouder(s) te verbeteren en conflicten te minderen.

2. Uitvoering

Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding. In deze handleiding wordt de theoretische onderbouwing van de interventie beschreven.
2. Programmahandleiding voor de behandelaar. Deze handleiding bevat ondersteunende informatie over het aanbieden van Topzorg met specifieke aandacht voor de wijze waarop de problematiek van een cliënt en het systeem wordt geanalyseerd en aangepakt. Verder biedt het verdiepende kennis m.b.t. de basistechnieken van een Topzorg-behandelaar, zoals het inzetten van schematherapeutische technieken. Ook worden er ondersteunende richtlijnen meegegeven die helpen bij het realiseren van gezonde modi, bijvoorbeeld als er sprake is van agressieproblematiek, vermogensdelicten, traumagerelateerde klachten en problematisch middelengebruik. Verder worden richtlijnen beschreven in het behandelen van cliënten met een LVB.
3. Modules voor de cliënten en de behandelaar afkomstig uit de AROPmaat en het vermogensprogramma. Het gaat om de modules die gericht zijn op het uitbreiden van het netwerk, het verminderen van boosheid en het verbeteren van de executieve functies. Namelijk de modules Zelfbeeld, Netwerk, Verminderen van stress, Impulscontrole, Beheersingsvaardigheden, Juist waarnemen en interpreteren, Conflictvaardigheden, Emotieregulatie en Gezin in Beeld.
4. Managementhandleiding voor de behandelaar en managers van de instelling. Deze handleiding biedt zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord;
5. Opleidingshandleiding. Deze handleiding beschrijft de nodige eisen omtrent de opleiding en competenties. Eveneens wordt in deze handleiding in grote lijnen het aanbod van de basisopleiding voor toekomstige Topzorg-behandelaren beschreven.

Verder is er een PowerPointpresentatie die gebruikt kan worden om Topzorg intern of aan ketenpartners uit te leggen. Ook is er een folder over Topzorg leverbaar. Deze kan gebruikt worden om Topzorg op de kaart te zetten bij de gemeenten, maar ook binnen de JJI's en PI's. 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 behandelaren die thuis zijn in het systemisch en outreachend werken, het werken met jongvolwassenen en kennis hebben van de cognitieve gedragstherapie en schematherapie (dit kan nog worden aangeleerd). Topzorg kan starten bij cliënten die (nog) gesloten zijn geplaatst. Meestal is het dan zinvol om te beginnen als de jongvolwassene binnen drie maanden de inrichting verlaat. Topzorg wordt grotendeels uitgevoerd in de leefomgeving van de cliënt.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Als vooropleiding dient een Topzorg-behandelaar universitair (psychologie of orthopedagogiek) of hbo+ (sociaal-agogisch) opgeleid te zijn. De Topzorg-behandelaar is tevens geschoold in het systeemgericht werken en/of het toepassen van cognitieve gedragstherapie. Kennis over de ontwikkelingspsychologie is een pré. Binnen een Topzorg-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. Topzorg-behandelaren en Topzorg-programmaverantwoordelijke zijn verplicht om een specifieke driedaagse Topzorg-opleiding te volgen. Tijdens deze opleiding wordt aandacht besteed aan het verwerven van kennis en vaardigheden die nodig zijn om Topzorg aan te kunnen bieden. Denk aan het kennen van de theoretische basis, en voldoende kennis over schematherapie. Zoals het herkennen van schemadomeinen, modi en copingstijlen en het hanteren van een therapeutische relatie (limited reparenting, empathische confrontatie, limit setting en omgaan met eigen schema's). Er wordt geoefend met het toepassen van experiëntiële technieken en stilgestaan bij disfunctionele schemamodi die gerelateerd zijn aan het plegen van vermogensdelicten, agressie en verslavingsgedrag. Verder is er aandacht voor het systeemgericht werken en de wijze waarop de theorie en de oefeningen uit de ondersteunende modules kunnen worden toegepast. Naast deze driedaagse opleiding wordt ook de basisopleiding over de AROPMaat gevolgd. Deze is specifiek gericht op het behandelen van cliënten met agressieproblematiek. Daarnaast wordt een dagdeel aangeboden over modules uit het vermogensprogramma en een dagdeel gericht op CGT en problematisch middelengebruik. Jaarlijks worden er minimaal twee boosters gevolgd gericht op het werken met AROPMaat en thema's die belangrijk zijn in het werken met Topzorg.

Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

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

- De Topzorg-behandelaar heeft ervaring in het behandelen van jongvolwassenen met ernstig probleem- en delictgedrag in een forensische (ambulante) setting;
- De Topzorg-behandelaar is in staat tot systeemgericht denken en werken en heeft hier affiniteit mee en/of heeft ervaring met het toepassen van cognitieve gedragstherapie;
- De Topzorg-behandelaar kan een behandel-coördinerende positie innemen als er sprake is van Topzorg Plus en werkt graag outreachend. Dit betekent dat de Topzorg-behandelaar in staat is tot flexibiliteit met betrekking tot werktijden, werklocaties en telefonische bereikbaarheid;
- Voor een Topzorg-behandelaar zijn de eigenschappen sensitiviteit, geduld en doorzettingsvermogen zeer relevant. Het werken met de Topzorg-doelgroep vraagt immers om een 'een lange adem' en een hoge frustratiedrempel.
- De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen (oog hebben voor leerstijl);
- De Topzorg-behandelaar beschikt over een breed therapeutisch arsenaal met betrekking tot houding en interventies (bijv. empathisch, structureren, directief, grenzen stellen, cliëntgericht en motiverend).

Kwaliteitsbewaking

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

1. Een instelling zorgt dat er per team een programmaverantwoordelijke (PV) wordt aangesteld die verantwoordelijk is voor de programma-integriteit van Topzorg;
2. De instelling geeft een senior-behandelaar de rol als programmamanager Topzorg die intern de PV begeleiding biedt;
3. De PV volgt jaarlijks minimaal drie bijeenkomsten voor de PV onder leiding van de programmamanager Topzorg. Tijdens deze bijeenkomsten wordt besproken hoe het gaat met de kwaliteitsbewaking en behoud van de programma-integriteit. Er worden aandachtspunten ter verbetering van kwaliteit met plan van aanpak opgesteld voor de komende periode. Dit is nu ook gedaan vanwege de uitkomst van het recente onderzoek naar de programma-integriteit en doeltreffendheid. Ook is er ruimte voor intervisie m.b.t. ingewikkeldheden die je in de rol als PV-er tegen kunt komen. Verder is het mogelijk om werkbegeleiding van de programmamanager te krijgen, indien gewenst;
4. Topzorg-behandelaren voldoen aan de gestelde opleidings- en competentie-eisen (zie vorige kopje);
5. De Topzorg-behandelaren en programmaverantwoordelijken volgen een Topzorg-basisopleiding van vijf dagdelen, de eendaagse opleiding gericht op het behandelen van problematisch middelengebruik, de

driedaagse basisopleiding AROPmaat voor (jong)volwassenen en de jaarlijkse Topzorg-boostersessie en AR-boostersessie;

6. Het aanbieden van een wekelijkse Topzorg-intervisie. Er is tijdens deze interventie naast ruimte voor casuïstiek bespreking ook ruimte voor intervisiemomenten gericht op de Topzorg-methodiek. Zo is het de bedoeling om met elkaar verdieping aan te brengen m.b.t. schematherapie, het steeds beter aanbieden van de werkzame elementen van Topzorg en het wekelijks oefenen van experiëntiële technieken;
7. Het volgen van de maandelijkse AROPmaat interventie van anderhalf uur gericht op verdieping door onder andere oefeningen uit de AROPmaat-methodiek te doen;
8. Het voldoen aan de minimale eis om 20 uur per week Topzorg aan te bieden (indirecte en directe uren); dit biedt garantie op voldoende flexibiliteit en om de kennis en deskundigheid van een Topzorg-behandelaar verder te ontwikkelen en op een hoog niveau te houden;
9. Topzorg wordt aangeboden aan cliënten die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
10. Tijdens het aanbieden van een Topzorg-behandeling wordt de behandeling gemonitord aan de hand van de EIS en een tweemaandelijks behandelchecklist. Aan het einde van de behandeling vullen zowel de behandelaar als de cliënt een eind-evaluatielijst in, om na te gaan of voldaan wordt aan de meest essentiële Topzorg-methoden en technieken (werkzame elementen). Aan cliënten 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 behandelaar ingevuld, totdat de Topzorg-behandelingen goed lopen. Het instrument wordt ook toegepast voor het uitvoeren van procesevaluaties. NB. De evaluatieformulieren zijn naar aanleiding van de laatste procesevaluatie aangepast, omdat er verondersteld wordt dat deze veranderingen leiden tot het nog beter sturen op behoud van de kwaliteit.

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 Topzorg-PV krijgt twee uur per week extra tijd voor het verrichten van ondersteunende werkzaamheden die niet declarabel zijn, zoals het niet casuïstiek gericht begeleiden van Topzorg-behandelaren, het ontvangen van begeleiding van de programmamanager-Topzorg, het zorgdragen voor de PR, het aansturen op het realiseren van nul- en eindmetingen en eind-evaluatieformulieren (ROM-en);
2. Topzorg-behandelaren dienen voldoende indirecte tijd te krijgen (50% directe tijd en 50% indirecte tijd) voor het uitvoeren van coördinerende taken, het afstemmen met systeemleden en ketenpartners. Dit is exclusief reistijd, de behandelafspraken vinden immers meestal plaats in de leefomgeving van de cliënt en niet op de poli;
3. Om Topzorg te kunnen bieden, heeft elke behandelaar een smartphone nodig en de mogelijkheid om mobiel op de werkomgeving in te loggen;
4. Een Topzorg-team bestaat minimaal uit drie behandelaren (inclusief de Topzorg-PV) en maximaal uit zes behandelaren. In het team dient een regiebehandelaar (GZ-psycholoog, psychotherapeut of klinisch psycholoog) aanwezig te zijn. Tijdens het multidisciplinair overleg (MDO) is voor het bespreken van de intake, de behandelplannen, een specialist aanwezig bij voorkeur een psychiater;
5. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen;
6. Voor elke deelnemer zijn de geïndiceerde optionele modules beschikbaar, waaronder ook het werkboek CGT bij middelengebruik en gokken;
7. De Topzorg-behandelaar heeft de mogelijkheid gebruik te maken van de gevoelswereldspel en het kwaliteitenspel, dit zijn kaartjes waar gevoelens en eigenschappen op staan. De kaartjes worden gebruikt bij diverse oefeningen die in de optionele modules staan beschreven.

Implementatie

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:

Binnen de Waag is al ervaring opgedaan in het implementeren van Topzorg. Het programma wordt immers sinds 2011 op twee vestigingen aangeboden, sinds 2015 op vier vestigingen en sinds 2022 op drie vestigingen. Als een andere vestiging van de Waag of een andere forensische instelling interesse heeft in het aanbieden van Topzorg wordt er eerst een gesprek met programmamanager Jeugd (waaronder Topzorg) gevoerd. Als

blijkt dat het aanbod passend is, wordt er getoetst of het voor de vestiging/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 en externe PR, zodat er op tijd voorlichtingspresentaties gegeven worden aan verschillende functiegroepen, waaronder de aanmeldfunctionarissen. De Topzorg-behandelaren krijgen een Topzorg-basisopleiding van vijf dagdelen aangeboden en de AROPMaat-opleiding (ook drie dagen) voor het verkrijgen van voldoende handvatten om aan de slag te gaan, Daarnaast (sinds 2022) een eendaagse opleiding voor het behandelen van problematisch middelengebruik. Een programmaverantwoordelijke volgt tevens een externe opleiding over schematherapie en krijgt uitleg over de taken en verantwoordelijkheden. Dit laatste onderdeel wordt verzorgd door de programmamanager Topzorg.

Ondersteuning tijdens de opstartfase:

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden door Topzorg-behandelaren als zij de Topzorg-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 programmamanager Topzorg aan de programmaverantwoordelijken voor het beantwoorden van alle vragen. De programmamanager helpt ook bij het begeleiden / opstarten van de intervisies. 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

Tijdinvestering behandelaar

Behandelingen (50% directe tijd X 50% indirecte tijd, zoals voorbereiding, verslaglegging, evalueren, intervisie, overdracht en afstemming met o.a. ketenpartners, regiebehandelaar, eventuele mede-behandelaren en eventuele reclassering) x reistijd x uurtarief van de behandelaar =

De genoemde indirecte tijd leidt tot een relatief dure vorm van zorg, maar uit de praktijk blijkt dit hard nodig te zijn om voor voldoende afstemming en continuïteit te zorgen.

Uit onderzoeksgegevens blijkt dat cliënten die geïndiceerd zijn voor het zorgprogramma gemiddeld genomen 36,5 weken behandeld worden met een gemiddelde duur van 1,27 uur per week. Dit is inclusief uitval (hoog), en no-show. Stel dat er uitgegaan wordt van een uurloon van 55 euro bruto inclusief alle werkgevers lasten (maar exclusief overhead, deskundigheidsbevordering, kosten huisvesting, etc.) komt het neer op een bedrag van: $36,5 \times 1,27 \text{ uur} \times 2,3 \text{ (inclusief indirecte tijd en reistijd)} \times 55 \text{ euro} = 5863 \text{ euro}$.

Als de behandeling positief wordt afgesloten blijkt uit dossieronderzoek dat de gemiddelde behandelduur 49 weken is en 1,8 uur per week. Een behandeling kost dan: $49 \text{ weken} \times 1,8 \text{ uur} \times 2,3 \times 55 = 11.157,3$

Extra tijdinvestering programmaverantwoordelijke (PV):

Een PV besteedt naast de kosten die gemaakt worden als Topzorg-behandelaar twee uur per week aan extra taken die niet declarabel zijn. Denk aan het zorgdragen voor werkbegeleiding en PR. Soms kan dit na een jaar worden teruggebracht. Dit hangt echter af van de doorstroom in een team en de mate waarin er gewerkt wordt met ervaren behandelaren.

Kosten opleiding

Een instelling is gemiddeld genomen per behandelaar 1100 euro exclusief btw kwijt voor het volgen van de Topzorg-opleiding, de AROPMaat-opleiding en de aanvullende dagdelen. De PV volgt daarnaast nog een opleiding gericht op schematherapie van 1850 euro. Een jaarlijkse booster kost per behandelaar ongeveer 150 euro. Het volgen van een opleiding of booster door een behandelaar vraagt naast de opleidingskosten, ook om kosten wegens verlies aan productie. Deze kosten hangen af van het salaris van de behandelaar.

Kosten materiaal

Er dient rekening te worden gehouden met de kosten voor het vervaardigen van de modules (dit doet de instelling zelf, het aanschaffen van de meetinstrumenten, zoals de SMI, de IAO (de overige lijsten zijn gratis),

het gevoelswereldspel, het kwaliteitenspel, en enkele tablets om eventuele filmfragmenten te laten zien en rollenspelen op te kunnen nemen (zie randvoorwaarden).

3. Onderbouwing

Probleem

Probleem

Topzorg richt zich op cliënten die ernstig antisociaal gedrag vertonen en verschillende keren delicten hebben gepleegd. Met antisociaal gedrag wordt een herhalend en hardnekkig gedragspatroon bedoeld, waarbij de fundamentele rechten van anderen worden geschonden, zoals vechten of stelen, of belangrijke passende regels of normen worden overtreden. 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 gaat vaak gepaard met psychische problemen (Reef et al., 2020; Coccaro et al., 2014) en verschillende criminogene risicofactoren waaronder problematisch middelengebruik (Najman et al., 2019; Van Horn et al., 2018) en gedragsstoornissen of cluster-B persoonlijkheidsstoornissen (Fairchild et al., 2019; Mann et al., 2018; Andrews & Bonta, 2010).

Specifieke kenmerken gericht op ernst, spreiding en prevalentie

Van de jeugdige daders veroordeeld in 2017, recidiveerde 35% binnen twee jaar. Van jongeren die in 2017 uitstroomden uit een Justitiële Jeugdinstelling (JJI) recidiveerde 57% (Boschman et al., 2022). Hillege en collega's definieerden een antisociaal cluster onder jongeren in een JJI. Dit cluster recidiveerde het meest en het meest ernstig (Hillege et al., 2017). In onderzoek van Mensink (Mensink et al., 2021) wordt een hoog-risicoprofiel 2 onder jongeren binnen de strafrechtketen gedefinieerd. Het profiel schetst een groep die veel denkfouten maakt, problemen heeft op het gebied van morele ontwikkeling en probleemsituaties niet herkent. Bij het profiel is de kans op algemene recidive binnen twee jaar 58% en 77% binnen vijf jaar. Tevens hangt de kans op een ernstige delict samen met het hoog-risicoprofiel.

Op basis van een screening van 120 personen die op de Top600-lijst in Amsterdam stonden, werd door de GGD (2014) de prevalentie van psychopathologie van de specifieke doelgroep in kaart gebracht. Het bleek dat jongeren uit de Top600-doelgroep vrijwel allemaal één of meerdere vermogensdelicten hadden gepleegd (97%) en één of meerdere geweldsdelicten (98%). De meeste jongeren pleegden delicten in groepsverband (78%). Hierbij moet worden aangemerkt dat de leeftijdsrange van de personen op de Top600-lijst breder is dan die van de Topzorg-doelgroep, zo ook de IQ-score. Bij ruim 15% van deze groep is er sprake van ADHD, bij bijna 30% is sprake van problematisch middelengebruik en bij meer dan de helft wordt een persoonlijkheidsprobleem (antisociaal gedrag, borderline of narcistische trekken) gediagnosticeerd.

Jongvolwassenen met een migratie-achtergrond zijn oververtegenwoordigd binnen de Topzorg-doelgroep (Boon et al., 2018; Van der Laan et al., 2021) en begaan meer delicten vergeleken met personen zonder migratieachtergrond (Blokland et al., 2010; Hein et al., 2017). Gedragsproblemen komen relatief vaker voor in lagere sociaaleconomische klassen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014).

Wat betreft de landelijke spreiding van (gewelds)delicten onder jongeren komt uit onderzoek naar voren dat de hoogste recidiveprevalentie en -frequentie tot 2012 in de sterkst stedelijke buurten voorkomt. Vanaf 2012 stijgt de recidiveprevalentie en -frequentie vooral in de niet-stedelijke buurten waardoor verschillen in recidive tussen buurten naar stedelijkheid afnemen. De recidive ligt wel hoger naarmate de criminaliteit in de buurt hoger ligt (Boschman et al., 2022). Regio's Amsterdam, Rotterdam en Den Haag hebben anno 2021 de hoogste criminaliteitscijfers (CBS, 2022).

Gevolgen

De gedragsproblemen bij de Topzorg-doelgroep hebben vaak al geleid tot delictgedrag, denk hierbij aan bedreiging, mishandeling, zware mishandeling, vermogensdelicten, brandstichting, etc. Niets doen betekent dat de kans op terugval hoog is (Hill et al., 2021; Huesmann, 2018; Schubert et al., 2012; Wartna et al., 2010; Wartna et al., 2014). Daarnaast hebben cliënten die crimineel gedrag vertonen een verhoogd risico om in een criminele buurt te blijven wonen en om te gaan met mensen die drugs gebruiken (Campbell et al., 2020; Brook et al., 2013). Als de criminaliteit blijft doorzetten in de volwassenheid, worden andere levensdomeinen blijvend negatief beïnvloed, zoals een stabiele woonsituatie, een stabiele relatie en een stabiele werkomgeving (Piquero et al., 2010, Jennings et al., 2016, Moffitt, 2018).

Oorzaken

Sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel

Topzorg maakt als paraplu van het theoretische kader gebruik van het sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel voor probleemgedrag (Winters, 2020; Van der Ploeg et al., 1990). Volgens dit model spelen zowel individuele risicofactoren (biologisch en psychisch) als omgevingsgebonden risicofactoren (systeem 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 (Fine et al., 2017; Farrington, 1997). 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 / cliënt 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, 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 Topzorg wordt het wederkerig proces tussen de intrapsychische factoren van de cliënt en de verschillende socialisatiekaders verder uitgewerkt. Dit gebeurt aan de hand van de systeemtheorie en het cognitief gedragstherapeutische model.

Systeemtheorie

Conform het sociaal-ecologisch model gaat de 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 systeemtheorie vooral verklaard door de aanwezigheid van steeds vaker voorkomende negatieve interacties binnen het familiesysteem. Een reeks van negatieve interacties kan leiden tot een vicieuze cirkel. Het kind / de cliënt 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 (Laceulle et al, 2019; Prinzie et al., 2017; 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 (Heijningen, 2017; Prinzie 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. Dit proces kan leiden tot de ontwikkeling van antisociaal gedrag (Prinzie et al., 2017).

Het cognitief gedragstherapeutische model in combinatie met de schematherapeutische theorie

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; Carroll & Kiluk, 2017) 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. Schematherapie is gebaseerd op de cognitieve gedragstherapie (Bernstein et al., 2019; van Wijk-Herbrink et al., 2017; Bernstein et al., 2007; Van Vreeswijk et al., 2008). Schematherapie gaat er vanuit dat er vijf basisbehoeften in voldoende mate moeten worden vervuld voor het doorlopen van een gezonde emotionele ontwikkeling. Het gaat hierbij om het kunnen ervaren van 1) een veilige band met andere mensen; 2) onafhankelijkheid en zelfstandigheid; 3) vrijheid om je behoeften en emoties te uiten; 4) spontaniteit en plezier; en 5) duidelijke grenzen. Bij de Topzorg-doelgroep zijn deze basisbehoeften veelal onvoldoende vervuld. Voorbeelden hiervan zijn

het opgroeien in een onveilig gezin waarin veelvuldig verbale en fysieke agressie gebruikt wordt, emotionele verwaarlozing door ouders en verzorgers, discontinuïteit binnen de opvoedingssituatie, materiële verwenning en traumata.

Het niet voldoen aan basisbehoeften heeft invloed op de schema's die een mens hanteert. Voorbeelden van inadequate schema's zijn: 1. Emotionele verwaarlozing (verlating), 2. Wantrouwen (misbruik), 3. Sociaal isolement (vervreemding), 4. Negativiteit (pessimisme). Schema's zijn cognitief van aard en resulteren in een *schemamodus*. Het hanteren van cognitieve vervormingen en/of disfunctionele schema's worden gezien als een dynamische risicofactor voor antisociaal gedrag. Het gaat vooral om externaliserende modi, die de neiging hebben om schuld en verantwoordelijkheid buiten zichzelf te leggen en vanuit impulsen te reageren (Bernstein et al., 2021; Bernstein & Nentjes, 2015; Keulen-de Vos et al., 2016). Modi betrokken bij hechtingsangst, onvoldoende zelfcontrole en overcompenserende coping worden geassocieerd met een verhoogd risico op agressie en crimineel gedrag, cluster B persoonlijkheidsstoornissen en recidivisme (Keulen-de Vos et al., 2017) en ook seksueel delictgedrag en psychopathie (Bernstein et al., 2021). Er is sprake van een relatie tussen beschermende en risicoverhogende modi. Hoe sterker de gezonde modi zijn, hoe minder groot de invloed is van disfunctionele modi en andersom. 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, et. al., 2011) direct samenhangen met delinquent gedrag en recidive bij adolescenten en jongvolwassenen vanaf 14 jaar (Schmits & Glowacz, 2019; Van der Put et al., 2012). 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 (Miyake & Friedman, 2012; Huizinga, 2007). Vooral het werkgeheugen, de cognitieve flexibiliteit en de inhibitie zijn relevant voor het verminderen van antisociaal gedrag (Diamond, 2013; Kleine Deters et al., 2020). Onder deze executieve functies speelt ook een tekort aan copingvaardigheden een rol (Modecki et al., 2017; Van Nieuwenhuijzen et al., 2017; Bell & Deater-Deckard, 2007). 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 (Kovacs et al., 2006; Wolff et al., 2021). Het niet adequaat omgaan met (chronische) stress belemmert de executieve functies. Uit ander onderzoek blijkt ook dat een gebrek aan adequate probleemoplossende vaardigheden en aan adequate copingstrategieën positief samenhangen met de kans op algemene en gewelddadige recidive (Prinzle et al., 2017; Coid et al., 2015). Ook hierbij wordt aangegeven dat een gebrekkige coping vaak samen gaat met een hoge mate van stress.

Naast cognitieve vervormingen en executieve functies, zijn er nog meer individuele risicofactoren bekend voor antisociaal gedrag bij cliënten. Vooral ADHD is bekend als risicofactor voor antisociaal gedrag en delinquentie (Loeber, 1990) en vergroot de kans op recidive (Chang et al., 2015; van der Put et al., 2012). Ook komt problematisch middelengebruik relatief vaak voor (de Vogel et al., 2020; Omvlee, 2022). Verder zijn ook traumagerelateerde klachten (PTSS) gerelateerd aan het vertonen van agressief gedrag (Vitopoulos et al., 2019; Hoogsteder et al., 2021; Zettler, 2020).

Systeem- en sociale risicofactoren

Negatieve ouder-kind interacties vergroten het risico op het ontwikkelen en in stand houden van antisociaal gedrag (bijv. Goulter et al., 2019; Harwood-Gross 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 (Keijsers et al., 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; 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; Stavrinides, 2011). Uit divers Nederlands onderzoek blijkt dat het hebben van een deviante vriendengroep verband heeft met het tonen van delictgedrag (van de Rakt et al., 2005; Hoeben 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 et al., 2021). Spijbelen, weinig tot geen aansluiting met school, slechte schoolprestaties en sociale uitsluiting zijn ook risicofactoren (Scholte et al., 2001; Van der Laan & Blom, 2006; Van der Put et al., 2012; Gonzáles et al., 2021).

Aan te pakken factoren

Topzorg is zowel gericht op het verminderen van dynamische (veranderbare) criminogene risicofactoren als het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren (Loeber et al., 2008). Bij Topzorg 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 en het vergroten van de responsiviteit (zie de bijbehorende doelen bij responsiviteit).

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

De aanwezigheid van een negatieve interactie tussen cliënt en familieleden: Dit is gerelateerd aan doel 2 van de algemene Topzorg-doelen gericht op de cliënt onder het kopje systemische omstandigheden.

De afwezigheid van een steunend netwerk. Dit is gerelateerd aan doel 1 van de algemene Topzorg-doelen voor betrokken systeemleden en de cliënt onder het kopje systemische omstandigheden.

De aanwezigheid van een antisociale vriendenkring: Dit is gerelateerd aan doel 3 van de algemene Topzorg-doelen voor de cliënt onder het kopje systemische omstandigheden.

De afwezigheid van een adequate dagbesteding van de cliënt: Dit is gerelateerd aan doel 2 van de algemene Topzorg-doelen voor de cliënt onder het kopje sociale omstandigheden.

Het hebben van schulden en geen stabiele woonsituatie: Dit is gerelateerd aan doel 1 van de algemene Topzorg-doelen voor de cliënt onder het kopje sociale omstandigheden.

De aanwezigheid van een tekort aan oplossingsvaardigheden. Dit is gerelateerd aan doel 2 van de algemene Topzorg-doelen voor de cliënt onder het kopje gedrag/cognities en emoties.

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen. Dit is gerelateerd aan doel 3 van de algemene Topzorg-doelen voor de cliënt onder het kopje gedrag/cognities en emoties.

De aanwezigheid van executief disfunctioneren Dit is gerelateerd aan doel 1, 2 van de algemene Topzorg-doelen voor de cliënt, doel 1 onder het kopje gedrag/cognities en emoties en zo ook de optionele doelen 1, 2 en 3 bij dit kopje.

De aanwezigheid van comorbiditeit. Dit is gerelateerd aan doel 4 van de optionele doelen onder het kopje gedrag/cognities en emoties.

Om precies te weten hoe de criminogene risicofactoren aangepakt kunnen worden en hoe de bijbehorende doelen gerealiseerd kunnen worden, kan het nodig zijn om een analysecirkel te maken. Het wordt dan immers helder welke aspecten in het systeem en de jongvolwassene zelf ervoor zorgen dat de criminogene risicofactor in stand worden gehouden en wat er nodig is om dit te doorbreken.

Verantwoording

Vele factoren kunnen een rol spelen bij het ontstaan, de instandhouding en/of het beïnvloeden van antisociale gedragsproblemen (Van Yperen, 2001). Om verandering te realiseren is Topzorg gebaseerd op de RNR-principes (*risk-need-responsivity*; e.g., Andrews & Bonta, 2010). Het hanteren van deze principes leidt 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 (jong)volwassenen 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 cliënten met een hoog recidiverisico vraagt om een meer intensieve en langdurige behandeling in vergelijking tot cliënten met een matig recidiverisico. Daarnaast dienen de behandeldoelen gerelateerd te zijn aan de dynamische criminogene risicofactoren (behoefteprincipe) die een rol spelen bij de cliënt (van Damme et al., 2016). 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 & Jaspert, 2009;

responsiviteitsbeginsel). Het responsiviteitsbeginsel is onder te verdelen in algemene en specifieke responsiviteit. Algemene responsiviteit is gericht op het toepassen van technieken die bij een soortgelijke Topzorg-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 cliënt en de behandelaar (Barber et al., 2010; Taylor et al., 2015; Tschuschke, et al., 2015; Will et al., 2016). Om dit te realiseren is het van belang dat de behandelaar kijkt naar de persoonlijkheid (Van den Hurk & Nelissen, 2004), de intellectuele, cognitieve en sociale (on)mogelijkheden (Willis et al., 2013; Verdonck & Jaspert, 2009), de aard van de problematiek (Bonta & Andrews, 2017), de behandelmotivatie en de leerstijl van de opvoeder(s) en de cliënt (Liber, 2022; Weisz et al., 2019; Menger & Krechtig, 2008).

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan Topzorg

A: Risicobeginsel

Het is van belang dat de behandelaar via afname van de FARE (risicotaxatie-instrument; Van Horn et al., 2016) ontrafelt **hoe** de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een hoog risicoprofiel. Ook wordt er gewerkt met een casusconceptualisatie op basis van schematherapie, waarin de therapeut duidelijk maakt hoe de intrapsychische problematiek tot stand is gekomen, op elkaar inwerkt en op welke wijze dit samenhangt met het risico op delictgedrag. Op deze manier ontwerpt de therapeut een expliciete (holistische) theorie over hoe de factoren bij de persoon tot delictgedrag hebben geleid en is er tevens oog voor de mens, de aanwezige positieve eigenschappen en beschermende factoren. Aan de hand van de uitkomst kan al grotendeels worden ingeschat hoe lang de behandeling zal gaan duren. De duur en intensiteit van de verlenging is immers ook afhankelijk van de hardnekkigheid van de problematiek en de draagkracht van het systeem. Er wordt elke vier maanden geëvalueerd om per individu te bepalen hoe lang de behandeling nog moet duren.

B: Behoeftebeginsel

Uit de diagnose volgens de DSM-5 en de uitkomst van de FARE wordt duidelijk welke criminogene risicofactoren bij de cliënt kritisch zijn en dus behandeld moeten worden. Als blijkt dat de cliënt geïndiceerd is voor Topzorg, zal er in ieder geval gewerkt worden aan de risicofactoren die Topzorg standaard behandelt. Er is echter ook ruimte om maatwerk te leveren door via het optionele aanbod of ondersteunende behandelvormen in te gaan op andere kritische risicofactoren, als deze aan de orde zijn. Er wordt ook 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 Topzorg-intervisie, wordt getoetst of de gestelde hypothese nog klopt.

C. Responsiviteitsbeginsel

1. Algemeen responsiviteitsprincipe

Om te voldoen aan de algemene responsiviteit maakt Topzorg gebruik van technieken die bij een soortgelijke Topzorg-doelgroep effectief blijken te zijn (bijv. Andrews & Bonta, 2010; Bonta & Andrews, 2017; Van der Stouwe et al., 2014). Het gaat om een combinatie van cognitieve gedragstherapie en schematherapie en een systeemgerichte benadering. Hieronder wordt onderbouwd en beschreven om welke technieken het gaat:

1a. Systeemtherapie

Er is geen duidelijke voorkeur voor een specifieke systeemgerichte methodiek gericht op het verminderen van externaliserende gedragsproblemen bij jongeren. Zo doet Multi Systeem Therapie 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; Mingebach 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). Topzorg focust zich hierbij ook op het belang van de samenwerking in de keten ten behoeve van de cliënt en maakt gebruik van tien basisprincipes die onder andere het systemisch behandelen stimuleren, waaronder het gebruik van de analysecirkel, het versterken van eventuele aanwezige eigen kracht en die van het systeem, en het bevorderen van het generaliseren. Belangrijk is tevens dat Topzorg de behandeling zoveel

mogelijk plaats laat vinden in de eigen omgeving van de cliënt en zijn systeemleden om zo de ecologische validiteit te vergroten (Biglan et al., 2012; Clossey, 2018). Topzorg versterkt dit principe door gebruik te maken van sociale media aan de hand van mail, app, sms-berichtjes en blended-care-behandeling (Nadan et al., 2020; psycho-educatie gericht op diverse stoornissen, ondersteuning bij modules vanuit de AROPmaat en problematisch middelengebruik). Ook wordt aan relevante systeemleden psycho-educatie geboden over het probleemgedrag van de cliënt en het herkennen van acute risicofactoren. Op die manier weten relevante systeemleden beter wat zij kunnen doen en juist moeten laten om de jongvolwassene te helpen. Bovendien kunnen zij op deze manier helpen bij het waarborgen van de veiligheid.

1b. Cognitief Gedragstherapeutische Elementen (CGT-elementen) en schematherapie

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 et al., 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, 2021; Hogue et al., 2020) en het toepassen van rollenspellen (Lipsey, 2009; Hogue et al., 2020). Het werken aan de executieve functies kan 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). Binnen Topzorg worden enkele modules uit de erkende ambulante gedragsinterventie AROPmaat gebruikt (Nederlands Jeugdinstituut, 2017; Hoogsteder et al., 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).

Er is voor gekozen om de CGT-technieken aan te vullen met schematherapeutische-technieken (Young et al., 2003), aangezien deze vorm duidelijke richtlijnen biedt voor het verklaren en het behandelen van de persoonlijkheidsproblematiek die de jongvolwassene heeft ontwikkeld. Schematherapie is ook toepasbaar voor de forensische doelgroep (Bernstein et al., 2021; Bernstein et al., 2007; Bernstein, Nijman et al., 2012). Er zijn voorzichtige aanwijzingen dat met schematherapie positieve resultaten worden behaald bij mensen met sterke psychopate trekken en/of antisociale persoonlijkheidsproblematiek (Bernstein, Keulen-de Vos et al., 2012; Bernstein et al., 2021). Verder zijn er aanwijzingen dat schematherapie leidt tot positieve veranderingen bij cliënten met een paranoïde, theatrale of narcistische persoonlijkheidsstoornis in herstel van de persoonlijkheidsstoornis (Bamelis et al., 2014). Door het toepassen van gezonde modi te stimuleren, zal dit leiden tot het reduceren van antisociaal gedrag, omdat ze helpen om impulsen beter te beheersen en makkelijker aansluiting te vinden bij een sociaal netwerk (Bernstein & Nentjes, 2015).

2. Specifieke responsiviteitsprincipe

Om te voldoen aan het responsiviteitsprincipe worden er, zoals al eerder is aangegeven, drie specifieke technieken gebruikt, namelijk Limited Reparenting (schematherapie, Bernstein et al., 2021), het Good-Lives Model (GLM; Ward & Brown, 2004; Ward, 2010; van Damme et al., 2016) en Topzorg-motiverende gesprekstechnieken.

Voor het vergroten van de specifieke responsiviteit en het mogelijk maken van verandering is het vormgeven van de therapeutische relatie op basis van het concept *limited reparenting* (schematherapie) bij Topzorg zeer relevant (Liber, 2022). Vanuit *limited reparenting* is het essentieel dat het contact allereerst gericht is op het gedeeltelijk tegemoetkomen aan de basisbehoeften (vanuit schematherapeutisch standpunt) die nog onvoldoende aan bod zijn gekomen. GLM stelt dat behandeling meer effect heeft en motiverend werkt als er aangesloten wordt op de levensbehoeften en doelen van cliënten (van Damme et al., 2016; Yates & Ward, 2008; Beech et al., 2009). Een focus op het bevorderen van het welzijn van de cliënt leidt automatisch tot een reductie van criminogene risicofactoren. Dit sluit ook goed aan bij het gedachtegoed van schematherapie waarbij het belangrijk wordt geacht te voldoen aan verschillende levensbehoeften om disfunctionele schema's te kunnen doorbreken. Om de responsiviteit verder te optimaliseren wordt er fors ingezet op het motiveren (van der Helm et al., 2018; De Lange et al., 2018).

Topzorg benadert motivatie als een veranderbaar begrip dat onder andere wordt bepaald door een proces dat zich afspeelt tussen de jongvolwassene, zijn omgeving en de therapeut (Rovers, 2010; van der Helm et al.,

2018). Motivatie verschilt per tijd en situatie en kan zowel door interne (emotionele en cognitieve) als externe factoren (zoals de interactie, mate van responsief aanbod, aanwezigheid van een steunend systeem en mate waarin life-events aan de orde zijn) worden beïnvloed (van der Helm et al., 2018; Verdonck & Jaspert, 2009). Dit betekent echter ook dat je de motivatie vanuit verschillende kanten kunt beïnvloeden. Er wordt verondersteld dat de motivatie allereerst wordt versterkt door te werken aan het oplossen van tk door dit een beschermend effect op crimineel gedrag heeft (van Damme et al., 2016). Deze manier van werken ondersteunt zowel de verandermotivatie van de cliënt als de therapeutische alliantie (Willis et al., 2013). De ene keer werkt bij een jongvolwassene het werken aan een (sub)doel motiverend, een andere keer de klik met de behandelaar (Taylor et al., 2015; Voutilainen, et al., 2018) of het doen van een bepaalde opdracht of het voeren van een gesprek waar bijvoorbeeld een vriend bij aanwezig was. Ook kan het helpen om *contingency* management in te zetten en de jongvolwassenen direct te belonen als hij/zij zich aan een afspraak houdt (Glimmerveen et al., 2018; Stitzer & Vandrey, 2008). Aangezien de behandelaar gedurende de gehele behandeling verschillende motivatietechnieken toepast en specifiek inspeelt op de domeinen waarbij voor de jongvolwassene winst te behalen valt, is het zeer aannemelijk dat een groot deel van de doelgroep gemotiveerd wordt en gemotiveerd blijft.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

A. Procesevaluatie Topzorg

Hoogsteder, L.M.

De Waag, Utrecht

Mei, 2017

- B.** Tijdens de procesevaluatie is eerst beschreven hoe de ontwikkeling van Topzorg tot stand is gekomen. Vervolgens is getoetst of er voldaan is aan de randvoorwaarden van Topzorg. Denk hierbij aan de gestelde opleidingseisen, ervaring in het werken met de forensische doelgroep, het volgen van de wekelijks Topzorg-intervisie en het krijgen van werkbegeleiding, indien gewenst. 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. Ook is bekeken of er voldoende doe-oefeningen zijn aangeboden om de jongvolwassenen handvatten mee te geven voor het inzetten van een volwassen modus.

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van enkele methoden gebruikt, namelijk het analyseren van dossier-informatie vanuit het elektronisch patiënten dossier, evaluatiegesprekken met de programmaverantwoordelijken van Topzorg 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 dossiergegevens die in de Waag zijn verzameld in de periode van januari 2016 tot april 2017. Daarnaast is een tweetal formulieren gebruikt om de programma-integriteit tussentijds en over het geheel genomen te kunnen beoordelen door vooral te kijken in welke mate de werkzame elementen zijn toegepast. Deze zijn geanalyseerd vanaf november 2016 tot en met april 2017. Er zijn 31 jongvolwassenen betrokken bij dit onderdeel, zeven behandelaren, vier programmaverantwoordelijken en vier vestigingen (dit zijn de vestigingen die Topzorg aanbieden binnen de Waag).

- C.** Uit de procesevaluatie komt naar voren dat er grotendeels aan de randvoorwaarden was voldaan. Zo voldeden de behandelaren aan de eisen omtrent de opleiding, er werd indien nodig werkbegeleiding aangeboden, ze volgden wekelijks interventie (als er geen sprake was van overmacht), en zorgden voor een goede samenwerking met de ketenpartners. Eén behandelaar bleek niet goed te functioneren en is om die reden gestopt met het aanbieden van Topzorg. Verder werd Topzorg aangeboden aan de beoogde doelgroep en bleek de programma-integriteit in orde. Bij de gebruikte evaluatieformulieren werd meer dan de minimale score gehaald, namelijk een gemiddelde score van 86,9% bij de (twee)maandelijke formulieren (berekend door naar de uitkomst op van de behandelaren en cliënten te kijken) en een score van 81,13% n.a.v. de eindevaluatie-formulieren.

Uit de evaluatieformulieren zijn duidelijke aandachtspunten naar voren gekomen. Zo mag er nog meer geïnvesteerd worden in het valideren van de cliënten, het betrekken van het netwerk (dit wordt wel geprobeerd, maar lukt niet altijd), het outreachend werken (vooral op één vestiging een aandachtspunt), en het invullen/gebruiken van de doelenlijst. Een opvallend aandachtspunt is het gegeven dat behandelaren lang niet altijd vonden dat zij voldoende aansloten bij de leerstijl van de cliënt. Bij navraag blijkt dat de behandelaren dit wel probeerden, maar dat het niet altijd lukte om de 'sleutel' te vinden. Verder zijn er regelmatig te weinig doe-oefeningen aangeboden. Hierbij wordt aangegeven dat dit wel regelmatig gebeurt, maar niet altijd wekelijks. Aan de andere kant, wordt er wel in de praktijk geoefend om te handelen vanuit een gezonde modus, door jezelf te beheersen en bijvoorbeeld een lastig gesprek te voeren.

Uit de eindevaluatieformulieren die tijdens het afronden van de procesevaluatie of de behandeling zijn ingevuld door de jongvolwassenen kwam naar voren dat Topzorg gemiddeld genomen met een 6,6 werd beoordeeld. Voorafgaande aan de behandeling waardeerden zij de mate waarin zij grip hadden op hun problemen met een 4,6 en na afronding met een 8,3. Hierbij is het opvallend dat er relatief veel jongeren bij aanvang een 1 als cijfer gaven en bij afronding een 9 of 10. Terwijl er ook een groep was die hierbij geen enkel verschil rapporteerde. Wel vonden alle jongvolwassenen dat Topzorg heeft geholpen om in de toekomst minder snel in aanraking te komen met politie; ze denken nu minder snel of helemaal niet meer een delict te plegen. Wel vonden alle jongvolwassenen Topzorg te lang duren.

- A.** Beknopte weergave procesevaluatie. Deze informatie is gehaald uit data van het beschreven onderzoek bij 4.2 en de artikelen over de doeltreffendheid van Topzorg, namelijk:
Van Gisbergen & Hoogsteder, 2022, de Waag.
Omvlee, 2022, Universiteit van Amsterdam.
- B.** De inhoud van Topzorg is niet veranderd sinds de laatste erkenning in 2017. Om de programma-integriteit te kunnen beoordelen is enerzijds getoetst of er voldaan werd aan de randvoorwaarden van Topzorg. Denk hierbij aan de gestelde opleidingseisen, ervaring in het werken met de forensische doelgroep, en het volgen van de wekelijks Topzorg-intervisie. Anderzijds is beoordeeld in hoeverre de werkzame elementen zijn toegepast. Zo is er onder andere stilgestaan of de RNR-principes zijn gehanteerd, of de EIS structureel werd gebruikt om grip te houden op de behandeling. Maar ook of er voldoende CGT en schematherapeutische technieken zijn toegepast en of er voldoende doe-oefeningen zijn aangeboden. Om de programma-integriteit (PI) te kunnen beoordelen is gebruik gemaakt van een eindevaluatieformulier dat bestaat uit negentien kernaspecten. Behandelingen werden alleen geïnccludeerd en getoetst als er sprake was van informed consent. Voor het scoren werd gebruik gemaakt van het elektronisch dossier. Er zijn diverse onderzoekers betrokken geweest bij het scoren van de PI. Om de waardering door behandelaren en cliënten te kunnen beoordelen is gebruik gemaakt van de antwoorden die gegeven zijn in het eindevaluatieformulier (een versie voor behandelaren en voor cliënten).
- C.** Topzorg werd van 2018 tot september 2022 bij de Waag op vier vestigingen uitgevoerd, namelijk Amersfoort, Amsterdam, Den Haag en Rotterdam. Rotterdam is echter in 2022 gestopt, mogelijk volgt er een herstart. In de afgelopen 5 jaar zijn 253 jongvolwassenen begonnen met Topzorg. Een groot deel van de aangemelde jongvolwassenen viel binnen drie maanden weer af, voornamelijk vanwege recidive, waardoor ze weer vast kwamen te zitten.
- In dit onderzoek zijn 90 behandelingen beoordeeld over de periode 2019 tot april 2022. Het gaat om behandelingen die minimaal vijf maanden hebben geduurd en waar een eerste tussenmeting bij was afgenomen. Uit de onderzoeksgegevens werd duidelijk dat er in voldoende mate aan de randvoorwaarden wordt voldaan. Echter, de algemene programma-integriteit (PI) bleek gemiddeld genomen te laag (5,2). Grotendeels komt de lage score voort uit het gegeven dat de behandeling vroegtijdig werd afgebroken, waardoor een behandelaar niet de mogelijkheid kreeg om alle werkzame elementen toe te passen. Zo kon er bijvoorbeeld niet altijd worden voldaan aan de behandelduur die past bij een hoog recidiverisico. Ook lukt het wegens een beperkte behandelduur minder goed om alle zorgelijke risicofactoren te behandelen. Echter, uit de evaluatie kwamen duidelijke aandachtspunten naar voren. Zo is er te weinig aandacht besteed aan het behandelen van problematisch middelengebruik. Ook worden de geïndiceerde modules onvoldoende aangeboden, maar dit gaat wel beter bij jongvolwassenen die langer worden behandeld. Verder worden niet altijd consequent de CGT en schematherapeutische technieken toegepast en verdient het aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen nog steeds aandacht. Uit de eindevaluatieformulieren, die tijdens het afronden van de procesevaluatie of de behandeling zijn ingevuld door de jongvolwassenen, kwam naar voren dat Topzorg gemiddeld genomen met een 8 werd beoordeeld. Voorafgaande aan de behandeling waardeerden zij de mate waarin zij grip hadden op hun problemen met een 5,1 en na afronding met een 7,7. Behandelaren zijn over het algemeen tevreden over Topzorg, ze kunnen uit de voeten met de methodiek. Wel betreft het een bijzonder moeilijke doelgroep. Voor hen biedt de EIS en de wekelijkse intervies een noodzakelijke basis om zo in overleg te kunnen bespreken wat de vervolgstappen zijn.
- Er is inmiddels een programmamanager aangesteld die de programma-verantwoordelijke van Topzorg begeleidt en die tijd heeft om met hen de programma-integriteit te verbeteren. Zij heeft de uitkomsten van dit onderzoek met hen besproken, en er wordt een plan van aanpak gemaakt. Werken aan problematisch middelengebruik heeft nu prioriteit. Ook wordt er met de programma-verantwoordelijke bekeken hoe er tijdens de intervies meer geoefend kan worden met het inzetten van ontspanningsoefeningen en andere ervaringsgerichte interventies. Dit heeft eerder de aandacht gehad, maar blijktbaar onvoldoende.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Onderzoek 1

Algemene informatie

Het onderzoek is uitgevoerd om de programma-integriteit en de doeltreffendheid van Topzorg te kunnen beoordelen: JA.

Het onderzoek is in Nederland uitgevoerd en het onderzoek betreft de interventie zoals in de werkblad beschreven: JA.

Het betreft de Nederlandse interventie (en niet een andere, soortgelijke interventie of een buitenlandse versie of variant): JA.

Het onderzoek is uitgevoerd in de praktijk: JA.

Er is een voormeting: JA

Er is een nameting: JA

Er is een follow-up meting van minimaal 6 maanden na het einde van de interventie: NEE

Publicaties

Onderzoek 1 - Publicatie 1.1

Van Gisbergen, M., & Hoogsteder, L.M. (2022). The efficacy of a treatment program for young adult high-risk offenders (YAHOP). [Nog niet klaar om te publiceren, maar is wel de intentie]. de Waag.

A. In deze pilotstudie ($N = 90$) is de doeltreffendheid van Topzorg onderzocht wat betreft het verminderen van het algemene recidiverisico, diverse dynamische risicofactoren, forensische klachten en disfunctionele cognities die onder andere leiden tot antisociaal gedrag. Ook is het niveau van de programma-integriteit in kaart gebracht om zo te kunnen toetsen in hoeverre het niveau van de PI een moderator is en de resultaten beïnvloedt. Ten slotte is onderzocht of Topzorg voldoende responsief is voor jongvolwassen met een migratieachtergrond, hierbij is alleen gekeken naar het algemene recidiverisico.

Het recidiverisico is onderzocht met de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE), ingevuld door de behandelaar. De zelfrapportage Forensische Klachtenlijst-Revised (FKL-R) is gebruikt om eventuele vermindering van forensische klachten te monitoren, zo ook de Topzorg-doelenlijst (ingevuld door de behandelaar). De Verkorte lijst Irrationale Gedachten (V-LIG) is afgenomen bij cliënten om te onderzoeken of Topzorg leidt tot vermindering van disfunctionele cognities. Voor dit onderzoek is de PI te getoetst door gebruikmaking van een eindevaluatieformulier die bestaat uit negentien kernaspecten waarin getoetst wordt of de RNR-principes worden gehanteerd, inclusief relevante (potentiële) werkzame elementen om te voldoen aan de algemene en specifieke responsiviteit. De wijze waarop aan deze kernelementen werd voldaan is door verschillende onderzoekers aan de hand van dossieronderzoek gescoord. Uiteindelijk is de gepaarde t-toets is gebruikt om de data te analyseren.

B. De algemene programma-integriteit (PI) bleek gemiddeld genomen te laag (5,2) en te weinig variëren om een moderatoranalyse te kunnen doen. Om die reden kon de PI niet als moderator meegenomen worden. Na het analyseren van de resultaten van de FARE bleek Topzorg doeltreffend te zijn in het verminderen van het algemene recidiverisico en het verlagen van de risicofactoren 'sociaal netwerk', 'impulscontrole', 'probleemoplossende vaardigheden' en 'financieel beheer' (trend) als er gekeken wordt naar verschil in nul- en eindmeting (klein effect). Behandelaars rapporteerden daarmee overeenkomend op de Topzorg-doelenlijst een toename in zelfregulatie. Er werden geen positieve veranderingen gevonden op de domeinen opleiding en werk, problematisch middelengebruik, problematische partnerrelatie en antisociale houding. Op de FKL-R rapporteerden cliënten zowel een afname van boosheid en agressie (klein tot middelgroot effect), als een verbetering in zelfregulatie en concentratieproblemen (een trend). Door cliënten werd geen verschil gerapporteerd op de V-LIG (geen vermindering van disfunctionele cognities). Verder bleken cliënten met een migratieachtergrond evengoed te profiteren van Topzorg dan cliënten zonder migratieachtergrond.

In dit artikel zijn alle jongeren meegenomen bij wie wel een tweede meting was, maar die vroegtijdig zijn uitgevallen wegens allerlei redenen (maar vaak in detentie wegens plegen delicten vooraf aan start behandeling of tijdens). Slechts 29 jongvolwassenen hebben langer dan 7 maanden Topzorg gevolgd en/of de behandeling positief afgerond. Onderstaand artikel laat zien dat deze groep beter profiteert van Topzorg. Verder ligt het in de verwachting dat als de PI beter wordt, de doeltreffendheid van de Topzorg behandeling groter wordt. Een hogere score op de PI kan volgens het dossieronderzoek worden verbeterd als de RNR-principes beter worden toegepast (bijvoorbeeld meer aandacht voor problematisch

middelengebruik als dit ook gediagnosticeerd is) en beter toepassen van elementen uit de CGT-, schema-, en systeemtherapie.

Onderzoek 1 - Publicatie 1.2

Omvlee, A.R. (2022). De doeltreffendheid van Topzorg, een behandeling voor jongvolwassen veelplegers. Met specifieke aandacht voor jongvolwassenen met problematisch middelengebruik. [masterscriptie]. Universiteit van Amsterdam.

- A. In de studie ($N = 29$) is onderzocht in hoeverre Topzorg doeltreffend is. Er is gekeken naar het verschil tussen de start- en eindmeting op het algemene recidiverisico en het verbeteren van de domeinen 'antisociale houding', 'gebrekkige impulsbeheersing', 'disfunctionele oplossingsvaardigheden' en 'problematisch middelengebruik (PMG)'. Tevens werd onderzocht of de aanwezigheid van PMG bij cliënten de resultaten beïnvloedt. In dit onderzoek werden alleen jongvolwassenen geïncludeerd die voldeden aan de indicatiecriteria van Topzorg en die Topzorg langer dan zeven maanden aangeboden hebben gekregen en/of de behandeling positief hebben afgerond. Verder was het een voorwaarde dat het niveau van de programma-integriteit als voldoende was beoordeeld (score van 5.5 of hoger). Het recidiverisico en score op de verschillende risicofactoren is onderzocht met de Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE), ingevuld door de behandelaar. Voor dit onderzoek is de PI te getoetst door gebruikmaking van een eindevaluatieformulier die bestaat uit negentien kernaspecten waarin getoetst wordt of de RNR-principes worden gehanteerd, inclusief relevante (potentiële) werkzame elementen om te voldoen aan de algemene en specifieke responsiviteit. De wijze waarop aan deze kernelementen werd voldaan is door verschillende onderzoekers aan de hand van dossieronderzoek gescoord. De Wilcoxon Signed Rank Test is gebruikt voor het analyseren van de data om de doeltreffendheid te kunnen bepalen.
- B. Zoals verwacht bleek er sprake van positieve veranderingen bij de totale onderzoeksgroep ($N=29$) op het algemene recidiverisico en de drie domeinen 'antisociale houding', 'gebrekkige impulsbeheersing', en 'disfunctionele oplossingsvaardigheden'. Het betrof een groot effect op het algemene recidiverisico en middelgrote effecten bij de andere drie uitkomstmaten. Er werden geen veranderingen aangetroffen op het domein problematisch middelengebruik (PMG). Ondanks dat Topzorg niet zorgde voor vermindering van PMG, bleek de groep jongvolwassenen bij wie sprake was van PMG evengoed van Topzorg te kunnen profiteren in vergelijking tot jongvolwassenen bij wie geen sprake was van PMG. Jongvolwassenen zonder PMG beoordeelden Topzorg qua tevredenheid met een 9.6 en jongvolwassenen zonder PMG met een 8.1. De vraag of Topzorg daadwerkelijk heeft gezorgd voor meer controle over hun problemen werd door de groep zonder PMG met een 9 beoordeeld, en door de groep met PMG met een 7.1. Het is opvallend dat Topzorg geen effect heeft gehad op het verminderen van PMG, ook niet bij de groep bij wie PMG was gediagnosticeerd. Mogelijk komt dit voort uit het gegeven dat bij jongeren met PMG slechts minder dan de helft (42.1%) daadwerkelijk behandeling gericht op PMG heeft gekregen. De gevonden resultaten zouden mogelijk positiever kunnen uitpakken als het niveau van de programma-integriteit verbetert. Binnen de huidige studie zijn jongvolwassenen meegenomen waarvan de behandeling, met een net aan voldoende (5.5) programma-integriteit, werd aangeboden. De gemiddelde PI van de behandelingen die zijn meegenomen in de huidige studie, betreft een PI van 6.79. Terwijl de PI volgens de richtlijnen van de methodiek minimaal een 7.5 zou moeten zijn. Het ligt in de verwachting dat als de PI beter wordt, de doeltreffendheid van de Topzorg behandeling groter wordt. Een hogere score op de PI kan volgens het dossieronderzoek worden verbeterd als bijvoorbeeld de RNR-principes beter worden toegepast (bijvoorbeeld aandacht voor PMG als dit ook gediagnosticeerd is) en beter toepassen van elementen uit de CGT-, schema-, en systeemtherapie.

5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Toepassen van het Risk Need Responsivity (RNR)-model (Andrews & Bonta, 2017; Hoogsteder et al., 2015).
2. Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie / werkalliantie en het motiveren. Contact wordt als hefboom voor verandering ingezet;
3. Multi-systemische aanpak met focus op het realiseren van een steunend netwerk (Henggeler, et al., 2010);
4. Werken met een veiligheidsplan en/of signaleringsplan;
5. De effectiviteit van interventies wordt elke twee weken vanuit verschillende perspectieven geëvalueerd aan de hand van het Empirische Interventiecycle Samenvatting (EIS)-formulier; de therapeut poogt belemmeringen voor succes weg te nemen.
6. Passende interventies (ook gericht op het versterken van de soms al aanwezige positieve factoren) worden bij onduidelijkheid bepaald via het maken van een analysecirkel;
7. Outreachende aanpak.
8. Het inzetten van limited parenting en het Good-Lives Model (GLM);
9. Inzet van bewezen effectieve therapeutische technieken (schematherapie, Cognitieve Gedragstherapie, ARopMaat);
10. Structureel aanbieden van experiëntiële technieken en doe-oefeningen voor het realiseren van gezonde modi;
11. Aandacht voor het verbeteren van executieve functies, waaronder de algemene zelfregulatie, zoals de impulscontrole en emotieregulatie en het verminderen van cognitieve vervormingen;
12. Aandacht voor het verminderen van stress en het vergroten van het zelfvertrouwen om het geloof in eigen kunnen te verbeteren en zo ook de leerbaarheid;
13. De interventies zijn grotendeels gericht op het hier en nu, op concrete acties en hebben betrekking op specifieke en helder omschreven problemen die door de jongvolwassene en betrokken systeemleden worden herkend;
14. De interventies zijn enerzijds gericht op gedragsreeksen (interacties) binnen en tussen diverse systemen en anderzijds op het verminderen van persoonsgebonden criminogene risicofactoren;
15. Aandacht voor het generaliseren door te werken met een toekomstplan.

6. Aangehaalde literatuur

- Anderson, C.A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*. Vol. 16(1), 39-55. Ottawa: American Psychological Association.
- 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.
- Bamelis, L. L., Evers, S. M., Spinhoven, P., & Arntz, A. (2014). Results of a multicenter randomized controlled trial of the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 305-322.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy; the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Barber, J.P., Khalsa, S.R., & Sharpless, B.A. (2010). The validity of the alliance as a predictor of psychotherapy outcome. In J.C. Muran & J.P. Barber's (Eds.) *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Approach to Practice* (pp. 29-43). Guilford Press.
- Barnao, M., Ward, T., & Robertson, P. (2016). The good lives model: A new paradigm for forensic mental health. *Psychiatry, Psychology and Law*, 23(2), 288-301.
- 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
- Beech, A.R., Craig, L.A., & Browne, K.D. (2009). Assessment and treatment of sex offenders: A handbook. Chichester: Wiley. ISBN 978-0470019009.
- 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.
- Bernstein, D. P., Arntz, A., & Vos, M. D. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169-183.
- Bernstein, D. P., Clercx, M., & Keulen-De Vos, M. (2019). Schema therapy in forensic settings. *The Wiley International Handbook of Correctional Psychology*, 654-668.
- Bernstein, D. P., Keulen-de Vos, M., Clercx, M., De Vogel, V., Kersten, G. C., Lancel, M., Jonkers, P. P., Bogaerts, S., Slaats, M., Broers, M.J., Deenen, T. A. M., & Arntz, A. (2021). Schema therapy for violent PD offenders: a randomized clinical trial. *Psychological Medicine*, 1-15.
- Bernstein, D. P., Keulen-de Vos, M., Jonkers, P., de Jonge, E., & Arntz, A. (2012). Schema Therapy in forensic settings (pp. 425-438). *The Wiley-Blackwell handbook of schema therapy*. West Sussex, UK: Routledge.
- Bernstein, D. P., Nijman, H. L., Karos, K., Keulen-de Vos, M., de Vogel, V., & Lucker, T. P. (2012). Schema therapy for forensic patients with personality disorders: Design and preliminary findings of a multicenter randomized clinical trial in the Netherlands. *International Journal of Forensic Mental Health*, 11(4), 312-324.
- Bernstein, D.P., & Nentjes, L. (2015). Schema Therapy for forensic patients with personality disorders: theoretical manual. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg
- 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.
- 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.
- Blokland, A. A. J., Nieuwbeerta, P., & Bernasco, W. (2010). Criminaliteit en etniciteit. Criminele carrières van autochtone en allochtone jongeren uit het geboortecohort 1984. *Tijdschrift voor Criminologie*, 52(2), 122-152.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. (User Report 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Bonta, J., Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct* (6th ed.). Routledge.

- Boon, A.E., van Dorp, M. De Boer, S. (2018). Oververtegenwoordiging van jongeren met een migratieachtergrond in de strafrechtketen. *Tijdschrift voor Criminologie*, 60, 268-288.
- Boschman, S. E., Piersma, T. W., Weijters, G., Tollenaar, N., & Teerlink, M. (2022). *Verskil in recidivetrends onder jeugdigen*. WODC.
- Braet, G., (2008). *Het Risk-Need-Responsivity Model versus het Good Lives Model bij de rehabilitatie van seksuele delinquenten. Een vergelijking tussen Belgische en Canadese behandelingsseenheden* (dissertation). Vrije Universiteit Brussel
- Brook, J. S., Lee, J. Y., Finch, S. J., Brown, E. N., Brook, D. W. (2013). Long-term consequences of membership in trajectory groups of delinquent behavior in an urban sample: Violence, drug use, interpersonal and neighborhood attributes. *Aggressive Behavior*, 39, 440-452.
- Campbell, C. A., Barnes, A., Papp, J., D'amato, C., Anderson, V. R., & Moses, N. (2020). Understanding the role of neighborhood typology and sociodemographic characteristics on time to recidivism among adjudicated youth. *Criminal Justice and Behavior*, 47(9), 1079-1096.
- Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, 36, 107-157.
- Carroll, K. M., & Kiluk, B. D. (2017). Cognitive behavioral interventions for alcohol and drug use disorders: Through the stage model and back again. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 31(8), 847-861.
- CBS (z.d.) Veiligheidsmonitor 2021. Geraadpleegd op 21 september 2022, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2022/09/veiligheidsmonitor-2021>.
- Chang, Z., Larsson, H., Lichtenstein, P., & Fazel, S. (2015). Psychiatric disorders and violent reoffending: a national cohort study of convicted prisoners in Sweden. *The Lancet Psychiatry*, 2(10), 891-900.
- 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.
- Coid, J. W., Kallis, C., Doyle, M., Shaw, J., & Ullrich, S. (2015). Identifying causal risk factors for violence among discharged patients. *PloS one*, 10(11), e0142493.
- De Lange, M., Matthys, W., De Veld, D., Foolen, N., Addink, A., Menting, A., & Bastiaanssen, I. (2018). *Richtlijn Ernstige gedragsproblemen voor jeugdhulp en jeugdbescherming*. Beroepsvereniging van Professionals in Sociaal Werk, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
- De Vogel, V., Stam, J., Bouman, Y. H. A., Ter Horst, P., & Lancel, M. (2020). Vrouwen onder invloed: Een studie naar genderverschillen in middelengebruik bij forensisch psychiatrische patiënten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 62(5), 332-339.
- 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.
- Denkers, A. & de Jong, J.D. (2020). Delinquentie, vrienden en 'boosheid met liefde'. *Tijdschrift voor Criminologie*, 62, 278 -297.
- Developmental and Life-course Criminology*, 379-404.
- 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 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?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- GGD Amsterdam (2012). *De brede blik als specialisme: Tussentijdse resultaten van de sociaalpsychiatrische screening Top 600*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- GGD Amsterdam (2014). *In de nesten: Analyse van de voorgeschiedenis van een groep jongvolwassen gewelddadige veelplegers uit Amsterdam*. Amsterdam: GGD Amsterdam.
- Glimmerveen, J. C., Brazil, I. A., Bulten, B. H., & Maes, J. H. (2018). Uncovering naturalistic rewards and their subjective value in forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 17(2), 154-166.
- 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.
- Gülüm, İ. V., & Soygüt, G. (2022). Limited reparenting as a corrective emotional experience in schema therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 32(2), 263-276.
- 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).
- Heijningen, N. V. (2017). *Van je ouders moet je het hebben* [Master's thesis, Universiteit Utrecht].
- Hein, S., Barbot, B., Square, A., Chapman, J., Geib, C. F., & Grigorenko, E. L. (2017). Violent offending among juveniles: A 7-year longitudinal study of recidivism, desistance, and associations with mental health. *Law and Human Behavior*, 41(3), 273-283.
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2010). *Multisysteem therapie voor kinderen en cliënten met antisociaal gedrag*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Hill, J., Tollenaar, N., & Weijters, G. (2021). *Ontwikkelingen in de recidive onder jeugdigen*. WODC, Memorandum 2021-1.
- Hillege, S.L., Brand, E.F.J.M., Mulder, E.A., Vermeiren, R.R.J.M., & Domburgh, L. van (2017). Serious juvenile offenders: Classification into subgroups based on static and dynamic characteristics. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 11, 67.
- 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.
- 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., Wissink, I. B., Stams, G. J. J., van Horn, J. E., & Hendriks, J. (2014). A validation study of the Brief Irrational Thoughts Inventory. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 32(3), 216-232.
- Hoogsteder, L.M., Khubsing, R., Oomen, P. (2021). *Procesevaluatie van het zorgprogramma Vermogen voor Volwassenen Ambulant*. de Waag.
- Hoogsteder, L.M., Kuijpers, N., Stams, G.J.J.M., Van Horn, J.E., & Hendriks, J. (2014). Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 25-35.
- Hoogsteder, L.M., Van Horn, J.E., Stams, G.J.J.M., Wissink, I.B., & Hendriks, J. (2015). The relationship between the level of program integrity and pre-post-test changes of Responsive Aggression Regulation Therapy (re-ART) Ambulant: a pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. doi: 10.1177/0306624X14554828
- Hoogsteder, L. M., Schippers, E. E., Sweers, N., & Stams, G. J. J. (2021). A quasi-experimental pilot study to the effects of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Outpatient for young adults. *Journal of forensic sciences*, 66(3), 971-981.

- 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.
- Jagers, H. D. (2001). Gezinsbenaderingen bij de behandeling van jeugdigen met justitiële contacten. *Kind en adolescent*, 22(4), 149.
- 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.
- Kaal, H. L., Nijman, H. L. I., & Moonen, X. M. H. (2013). Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking bij volwassenen van achttien jaar en ouder: Handleiding. Hogrefe.
- 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.
- 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.
- Keulen-de Vos, M., Bernstein, D. P., Clark, L. A., de Vogel, V., Bogaerts, S., Slaats, M., & Arntz, A. (2017). Validation of the schema mode concept in personality disordered offenders. *Legal and Criminological Psychology*, 22(2), 420-441.
- Keulen-de Vos, M., Frijters, K., Haga, T. J., Lansink, L., Strijbos, N., de Vries, E., & Wilms, W. (2016). *Helpers en Helden: Theorie Handleiding*. Utrecht: Kwaliteit Forensische Zorg.
- 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.
- 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.
- 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.
- Laceulle, O. M., Veenstra, R., Vollebergh, W. A., & Ormel, J. (2019). Sequences of maladaptation: Preadolescent self-regulation, adolescent negative social interactions, and young adult psychopathology. *Development and Psychopathology*, 31(1), 279-292.
- 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.
- Liber, J. M. (2022). Evidence-based behandelen bij kinderen en adolescenten. *Tijdschrift voor Gedragstherapie*, 2020(3).
- Lin, Y., & Bratton, S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling and Development*, 93(1), 45-58.
- 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.
- 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: Ashgate Press.
- Mallion, J. S., Wood, J. L., & Mallion, A. (2020). Systematic review of 'Good Lives' assumptions and interventions. *Aggression and Violent Behavior*, 55, 101510.

- 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.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *The delict as basic assumption: methodology for working in an forced setting*. Amsterdam: Publisher SWP/Probation Netherland.
- Mensink, K., Hill, J., & Weijters, G. (2021). *Op zoek naar profielen van jeugdige verdachten*. WODC.
- 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).
- 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.
- 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*. New York, NY: Springer.
- 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 analyses from four Australasian cohort studies. *Aggressive Behavior*, *45*(4), 427-436.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Gedragstoornissen*. Verkregen op 12 december 2015 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychischestoornissen/gedragstoornissen/>.
- Nederlands Jeugdinstituut (2017). *Agressieregulatie op Maat Ambulant*. In *Databank Effectieve Jeugdinterventies*. Verkregen op 14 maart 2017 via <http://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Effectieve-Jeugdinterventies/Agressieregulatie-op-Maat-Ambulant>
- Nederlands Jeugdinstituut (2017). *Topzorg*. Retrieved at the 23th of June 2022, from <https://www.nji.nl/interventies/topzorg>
- Omvlee, A.R. (2022). *De doeltreffendheid van Topzorg, een behandeling voor jongvolwassen veelplegers. Met specifieke aandacht voor jongvolwassenen met problematisch middelengebruik*. [Ongepubliceerde masterscriptie]. Universiteit van Amsterdam.
- 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.
- Prinzie, P., Dekovic, M. & Reitz, E. (2008). Ouderlijke persoonlijkheid, opvoeding en probleemgedrag. Direct en indirecte effecten. *Kind en Adolescent*, *29*, 4-16.
- Prinzie, P., Schenk, J., & Naber, F. (2017). Antisociaal gedrag bij kinderen en jeugdigen. In *Pedagogiek in beeld* (pp. 241-252). Bohn Stafleu van Loghum.
- Reef, J., Jeltens, M., & van den Brink, Y. N. (2020). *De PIJ-maatregel doorgelicht. Juridische grondslagen, populatiekenmerken, gedragsverandering en recidive*. Wolf Legal Publishers.
- Rovers, B. (2010). *Motiveren en motivatieproblematiek. Integraal motiveren in het cliëntenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.

- 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.
- Schmits, E., & Glowacz, F. (2019). Delinquency and drug use among adolescents and emerging adults: The role of aggression, impulsivity, empathy, and cognitive distortions. *Journal of Substance Use*, 24(2), 162-169.
- 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.
- Schubert, C. A., Mulvey, E.P., Loughran, T.A., & Loyosa, S.H. (2012). Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39. Doi: 10.1177/0093854811426710
- Stavrinides, P. (2011). The Relationship Between Parental Knowledge and Adolescent Delinquency: a Longitudinal Study. *International Journal about Parents in Education*, 5(1).
- Stitzer, M. L., & Vandrey, R. (2008). Contingency management: utility in the treatment of drug abuse disorders. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 83(4).
- Sukhodolsky, D. G., Smith, S. D., McCauley, S. A., Ibrahim, K., & Piasecka, J. B. (2016). Behavioral interventions for anger, irritability, and aggression in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(1), 58-64.
- Syngelaki, E.M., Moore, S.C., Savage, J.C., Fairchild, G., & Van Goozen, S.H.M. (2009). Executive functioning and risky decision making in young male offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 1213-1227.
- Taylor, P. J., Rietzschel, J., Danquah, A., & Berry, K. (2015). The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 240-253.
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., ... & Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, 25(4), 420-434.
- Valentine, S. E., Ahles, E. M., Dixon De Silva, L. E., Patrick, K. A., Baldwin, M., Chablani-Medley, A., Shtasel, D.L. & Marques, L. (2019). Community-based implementation of a paraprofessional-delivered cognitive behavioral therapy program for youth involved with the criminal justice system. *Journal of health care for the poor and underserved*, 30(2), 841.
- Van Dam-Baggen, C. M. J., & Kraaimaat, F. M. (1986). De betrouwbaarheid en validiteit van de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen. *Gedragstherapie*, 19(4), 229-248.
- Van Damme, L., Hoeve, M., Vermeiren, R., Vanderplassen, W., & Colins, O. F. (2016). Quality of life in relation to future mental health problems and offending: Testing the good lives model among detained girls. *Law and Human Behavior*, 40(3), 285-294.
- 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 Helm, G. H. P., Kuiper, C. H. Z., & Stams, G. J. J. M. (2018). Group climate and treatment motivation in secure residential and forensic youth care from the perspective of self determination theory. *Children and Youth Services Review*, 93, 339-344.
- Van der Laan, A. M., Beerhuizen, M.G.C.J. & Boot, N.C. (2021). *Monitor jeugdcriminaliteit 2020: Ontwikkelingen in de jeugdcriminaliteit in de eerste twee decennia van deze eeuw* (Cahier 2021-9). WODC/CBS.
- 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., Assink, M., Stams, G.J., Vries, S. de (2013). Effectief vroegtijdig ingrijpen. Een verkennend onderzoek naar effectief vroegtijdig ingrijpen ter voorkoming van ernstig delinquent gedrag. Universiteit van Amsterdam: Faculteit Pedagogische Wetenschappen.
- 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 Gisbergen, M. (2022). The efficacy of a treatment program for young adult high-risk offenders (YAHOP). [Nog niet gepubliceerd en daarom nog niet openbaar]. de Waag.
- 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 Horn, J.E., Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., Van den Hanenberg, F.J.A.C., Van der Put, C.E., & Bogaerts, S., (2016). *Handleiding Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE): Volwassen cliënten vanaf 18 jaar, versie 1.0*. Kwaliteit Forensische Zorg
- Van Horn, J.E. , Hendriks, J. , & Kraanen, F. (2015). *Forensische Klachtenlijst (FKL)* . De Waag.
- 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 Vreeswijk, M., Broersen, J., & Nadort, M. (Eds.). (2008). *Handboek schematherapie: theorie, praktijk en onderzoek*. Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Wijk-Herbrink, M. F., Broers, N. J., Roelofs, J., & Bernstein, D. P. (2017). Schema therapy in adolescents with disruptive behavior disorders. *International Journal of Forensic Mental Health*, 16(3), 261-279.
- 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). *Motivatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld*. Leuven: Leuvens Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- 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.
- Vitopoulos, N. A., Peterson-Badali, M., Brown, S., & Skilling, T. A. (2019). The Relationship Between Trauma, Recidivism Risk, and Reoffending in Male and Female Juvenile Offenders. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 12(3), 351–364.
- Voutilainen, L., Henttonen, P., Kahri, M., Ravaja, N., Sams, M., & Peräkylä, A. (2018). Empathy, challenge, and psychophysiological activation in therapist–client interaction. *Frontiers in Psychology*, 9, 530.
- 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.
- Ward, T. (2010). The Good Lives Model of offender rehabilitation: Basic assumptions, aetiological commitments, and practice implications. *Offender supervision: New directions in theory, research and practice*, 41-64.
- Ward, T., & Brown, M. (2004). The good lives model and conceptual issues in offender rehabilitation. *Psychology, Crime & Law*, 10(3), 243-257.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Alma, S.M., Essers, A.A.M., & Bregman, I.M. (2010). *Recidivism report 1997-2007: Trends in the reconviction rate of Dutch offenders*. Fact sheet 2010-6a. The Hague: WODC.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., & Homburg, G.H.J. (2014). *Terugval in recidive. Exploratie van de daling in de recidivecijfers van jeugdigen en ex-gedetineerden bestraft in de periode 2002-2010*. Den Haag: WODC.
- Weisz, J. R., Kuppens, S., Ng, M. Y., Vaughn-Coaxum, R. A., Ugueto, A. M., Eckshtain, D., & Corteselli, K. A. (2019). Are psychotherapies for young people growing stronger? Tracking trends over time for youth anxiety, depression, attention-deficit/hyperactivity disorder, and conduct problems. *Perspectives on Psychological Science*, 14(2), 216-237.

- Will, T., Gessnitzer, S., & Kauffeld, S. (2016). You think you are an empathic coach? Maybe you should think again. The difference between perceptions of empathy vs. empathic behaviour after a person-centred coaching training. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice*, 9(1), 53-68.
- Willis, G. M., Yates, P. M., Gannon, T. A., & Ward, T. (2013). How to integrate the Good Lives Model into treatment programs for sexual offending: An introduction and overview. *Sexual Abuse*, 25(2), 123-142.
- Winters, A. M. (2020). Theoretical foundations: Delinquency risk factors and services aimed at reducing ongoing offending. *Child Adolescent Social Work Journal*, 37, 263–269.
- 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.
- Yates, P.M., & Ward, T. (2008). Good lives, self-regulation, and risk management: An integrated model of sexual offender assessment and treatment. *Sexual Abuse in Australia and New Zealand: An Interdisciplinary Journal*, 1, 3-20.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Young, J., Arntz, A., Atkinson, T., Lobbestael, J., Weishaar, M., Van Vreeswijk, M.F., & Klokman, J. (2007). *Schema Mode Inventory (SMI version 1)*. New York: Schema Therapy Institute.
- 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 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.

