

## Interventie

### Sociale Vaardigheden op Maat

---

## Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 18 september 2019

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit.

De referentie naar dit document is: Hoogsteder (5 augustus 2019).

Justitieinterventies.nl: beschrijving Sociale Vaardigheden op Maat. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van [www.justitieinterventies.nl](http://www.justitieinterventies.nl).

## Inhoud

<b>Samenvatting .....</b>	<b>4</b>
Doelgroep .....	4
Doel .....	4
Aanpak .....	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	5
Onderzoek.....	5
<b>1. Uitgebreide beschrijving.....</b>	<b>6</b>
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel .....	9
1.3 Aanpak .....	11
<b>2.Uitvoering .....</b>	<b>17</b>
<b>3.Onderbouwing .....</b>	<b>21</b>
<b>4.Onderzoek.....</b>	<b>28</b>
4.1 Onderzoek naar de uitvoering .....	28
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten .....	30
<b>5.Samenvatting Werkzame elementen .....</b>	<b>33</b>
<b>6.Aangehaalde literatuur .....</b>	<b>34</b>

## Samenvatting

Sociale vaardigheden op Maat (SoVaopMaat) is bedoeld voor jongeren (15 tot 21 jaar) met een IQ-score boven de 75 en externaliserende gedragsproblemen, waaronder (dreigend) delictgedrag, dat onder andere voortkomt uit een tekort aan sociale en cognitieve vaardigheden. Het primaire doel van SoVaopMaat is gericht op het verbeteren van de sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheidstekorten om zo de externaliserende gedragsproblemen en de (kans op) algemene recidive te verminderen. De interventie wordt minimaal wekelijks aangeboden en kan zowel op individuele basis als in groepsverband worden gegeven of in een combinatie daarvan. SoVaopMaat maakt gebruik van een cognitieve gedragsmatige aanpak met dramatherapeutische technieken, waarbij continu aandacht is voor het motiveren en het vergroten van het geloof in eigen kunnen om zo de leerbaarheid te vergroten. Voor het leveren van meer maatwerk wordt er gekozen uit één van de drie kernmodules al dan niet aangevuld met aanvullende optionele modules. De duur van een individuele sessie is minimaal 1 uur en die van een groepssessie 1,5 uur. Er wordt ook met huiswerkopdrachten gewerkt, daarnaast worden indien mogelijk (mentoren van) de leefgroep en/of ouders/verzorgers bij de behandeling betrokken.

## Doelgroep

SoVaopMaat richt zich op jongens en meisjes in de leeftijd van 15-21 jaar met externaliserende gedragsproblemen, waaronder (dreigend) delictgedrag. Het probleemgedrag komt onder andere voort uit een tekort aan sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheden. De jongeren kunnen slecht overweg met lastige sociale situaties en zij dan onvoldoende in staat om adequate reacties / probleemoplossingsstrategieën te bedenken en/of toe te passen. Zij profiteren onvoldoende van behandeling op de leefgroep en/of het aanbod op school om de nodige sociale vaardigheden aan te leren, ze hebben dus extra ondersteuning nodig. Een subdoelgroep vertoont in contact met leeftijdgenoten (ook) subassertief gedrag, waardoor zij zich snel negatief laten beïnvloeden.

## Doel

Het primaire doel van SoVaopMaat is gericht op het vergroten van de sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheden om zo de externaliserende gedragsproblemen te stoppen of te beperken en de (kans op) algemene recidive te verkleinen. Het gaat om specifieke sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheden die het probleemgedrag en de kans op recidive in stand houden en/of versterken. Jongeren worden meer toegerust om zich adequaat te kunnen handhaven in verschillende sociale probleemsituaties. Jongeren beschikken hiertoe onder andere over meer oplossingsvaardigheden, zijn beter in staat tot het maken van verstandige keuzes en zijn minder negatief beïnvloedbaar.

## Aanpak

De interventie maakt gebruik van een cognitieve gedragsmatige aanpak met dramatherapeutische technieken, waarbij continu aandacht is voor het motiveren en het vergroten van het geloof in eigen kunnen om zo de leerbaarheid te vergroten. Sociale vaardigheden worden aangeleerd via rollenspelen, imitatie, modellering en positieve bekrachtiging. Om ervoor te zorgen dat sociale vaardigheden gemakkelijker kunnen worden toegepast, wordt er o.a. ook gewerkt aan het vervangen van disfunctionele gedachten door functionele gedachten en het verbeteren van het sociaal-emotioneel functioneren. Voor het leveren van maatwerk kan er gekozen worden uit drie verschillende kernmodules al dan niet aangevuld met keuzemodules. De interventie wordt minimaal wekelijks aangeboden en kan zowel op individuele basis als in groepsverband worden gegeven of in een combinatie daarvan. De duur van een individuele sessie is minimaal 1 uur en die van de groepstraining 1,5 uur. Er wordt ook met meeneemopdrachten gewerkt, daarnaast worden (mentoren van) de leefgroep en/of ouders/verzorgers bij de behandeling betrokken.

## Materiaal

Het materiaal van de interventie bestaat uit diverse handleidingen, zoals een theoretische handleiding en een algemene programmahandleiding voor de behandelaar. Daarnaast is er een management handleiding voor behandelaars en managers van een instelling. Verder beschikt de interventie over drie kernmodules gericht op het verbeteren van sociale en cognitieve vaardigheden. De kernmodules vertonen veel overlap, maar er zijn accent verschillen zodat er beter maatwerk geleverd kan worden. De eerste kernmodule is gericht op algemene sociale vaardigheden, de tweede op sociale vaardigheden met meer focus op conflicthantering en de derde op

sociale vaardigheden met meer focus op het vergroten van de assertiviteit. Eén van de kernmodule wordt standaard aangeboden samen met de Motivatiemodule. Daarnaast zijn er ook de optionele modules impulscontrole, emotieregulatie en keuzes maken en de module Gezin in beeld. Er bestaat ook een werkboek mentale weerbaarheid die gebruikt kan worden als training aan groepsleiding, indien de jongere op een leefgroep verblijft. Er bestaan enkele videofragmenten die ter ondersteuning van de behandeling gebruikt kunnen worden. Voor de werving kan er gebruik gemaakt worden van een folder en een PowerPointpresentatie.

## Onderbouwing

De criminogene risicofactor 'het tekort aan sociale en cognitieve vaardigheden' wordt in stand gehouden en versterkt door andere criminogene risicofactoren die gezamenlijk kunnen leiden tot de ontwikkeling van antisociaal gedrag of delictgedrag. SoVaopMaat verklaart dit proces vanuit het transactionele ontwikkelingsmodel (Sameroff & Fiese, 2000). De theorie is gebaseerd op de gedachte dat noch het individu noch de omgeving alleen de ontwikkelingsuitkomst bepaalt. Dit betekent dat antisociaal gedrag of delictgedrag dat onder andere veroorzaakt wordt door een tekort aan sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheden volgens deze theorie het product is van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). Zo laten diverse onderzoeken zien dat de ontwikkeling van antisociaal gedrag of delictgedrag een lange voorgeschiedenis heeft en samenhangt met een combinatie van risicovolle individuele (biologische en psychologische factoren en gezins- en omgevingsfactoren (gezin, netwerk en leeftijdsgenoten) die het tekort aan sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheden hebben beïnvloed.

## Onderzoek

Er heeft twee keer een procesevaluatie plaatsgevonden naar de uitvoering van de SoVaopMaat, zowel in een justitiële instelling (afgerond in 2011) als een jeugdzorginstelling (afgerond in 2015; de interventie werd hier zowel in een besloten als ambulante setting aangeboden). De eerste procesevaluatie toont aan de programma-integriteit in orde was, wel waren er aandachtspunten, bijvoorbeeld het intensiever aanbieden van de interventie bij jongeren met een hoge kans op recidive. Bij de tweede procesevaluatie bleek dat de programma-integriteit verbeterd kon worden door bijvoorbeeld behandelaars vrij te roosteren om vaker SoVaopMaat aan te kunnen bieden. Er is tevens onderzoek gedaan naar de doeltreffendheid van de SoVaopMaat en de daadwerkelijke recidivecijfers. Uit dit onderzoek blijkt dat SoVaopMaat met een middelgroot tot groot effect leidt tot het realiseren van een groot deel van de programmadoelen. Na een follow-up van drie jaar is te zien dat jongeren die SoVaopMaat hebben gevolgd na drie jaar recidiveren met 41.4%. Dit percentage is beduidend lager dan de recidivecijfers van ex JJI-jongeren, bij hen gaat het om circa 57% in een periode van twee jaar.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### **Uiteindelijke doelgroep**

SoVaopMaat richt zich op jongens en meisjes (15-21 jaar) met een IQ-score boven de 75 en externaliserende gedragsproblemen, waaronder (dreigend) delictgedrag. Er is sprake van een matige of hoge kans op algemene recidive, de externaliserende gedragsproblemen komen onder andere voort uit een tekort aan sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheden. De jongeren kunnen slecht overweg met lastige sociale situaties en zij dan onvoldoende in staat om adequate reacties / probleemoplossingsstrategieën te bedenken en/of toe te passen. Daarnaast is er veelal sprake van een beperkte impulscontrole en het inadequaat oplossen van conflicten. De jongeren zijn vanwege hun delictgedrag en/of gedragsproblemen in aanraking gekomen met politie, de Raad voor Kinderbescherming, CJG / Jeugdzorg en/of een lokaal team. Verder profiteren zij onvoldoende van behandeling op de leefgroep en/of het aanbod op school of elders om de nodige sociale vaardigheden aan te leren, ze hebben dus extra ondersteuning nodig. Een subdoelgroep vertoont in contact met leeftijdgenoten (ook) subassertief gedrag, waardoor zij zich snel negatief laten beïnvloeden.

### **Intermediaire doelgroep**

SoVaopMaat richt zich naast de jongere in principe ook op de ouders en verzorgers van de jongeren (indien zij hiervoor te motiveren zijn). Verder heeft de groepsleiding een duidelijk rol in het bieden van ondersteuning bij het realiseren van de subdoelen als een jongere in een residentiële setting verblijft.

### **Selectie van**

De jongere wordt (in overleg) via een verwijzer aangemeld bij een jeugdzorg instelling die SoVaopMaat aanbiedt. Als de jongere in een residentiële setting verblijft dan wordt de jongere door de gedragswetenschapper doorverwezen die verantwoordelijk is voor de zorg van de jongere. In een ambulante setting worden ouders/verzorgers uitgenodigd bij het intakegesprek. De informatie die tijdens de intakefase wordt verkregen, wordt in een multidisciplinair team besproken. De regiebehandelaar van de jongere is eindverantwoordelijk voor de indicatiestelling. De uitkomst zal door de uitvoerende jeugdbehandelaar teruggekoppeld worden aan de jongere en zijn ouder(s)/verzorger(s).

### **Indicatiecriteria**

#### *Algemene criteria*

1. De jongere beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate zodat hij de gegeven instructies en aanwijzingen kan begrijpen;
2. De jongere heeft een leeftijd tussen 15 en 21 jaar en ervaart geen ernstige problemen m.b.t. het intellectueel functioneren. De jongere heeft een IQ score van 75 of hoger (afhankelijk van de uitkomst van de screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL) en het opleidingsniveau dat de jongere volgt, wordt bepaald of er een intelligentietest moet worden afgenomen);
3. De jongere heeft een matig of hoog algemeen recidiverisico. Dit betekent dat de jongere een 3, 4 of 5 scoort op het item algemeen recidiverisico van de RAF-GGZ Jeugd (risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ Jeugd; Van Horn, Wilpert, Bos, Eisenberg, & Mulder, 2009.) of een 1 en 2 op de SAVRY;
4. Uit persoonlijkheidsonderzoek, dossierinformatie of informatie van de verwijzer is gebleken dat de jongere een (ernstig) tekort heeft aan diverse sociale vaardigheden, zoals problemen met conflicthantering, slecht kunnen omgaan met kritiek, zich negatief laten beïnvloeden;
5. Uit dossierinformatie en/of observaties is gebleken dat de jongere veel ondersteuning nodig heeft bij het aanleren van (sociale) vaardigheden en/of weinig leerbaar is. Dit heeft veelal te maken met een beperkte

---

<sup>1</sup> Bij de doelgroep is per definitie sprake van problemen richting het adaptief functioneren, vooral op het conceptuele domein (tekort aan executieve functies) en het sociale domein. Het is van belang dat de behandelaar goed toetst of de jongere in voldoende mate kan profiteren van de interventie. Het intellectueel functioneren is geen probleem. Bij twijfel over (de ernst van) het adaptief functioneren wordt gewerkt met het screeningsinstrument SCAF.

impulscontrole en/of gebrekkige emotieregulatie en/of hardnekkige disfunctionele cognities en/of demotivatie.

#### *Verdiepende criteria*

Een jongere is geïndiceerd voor SoVaopMaat als de algemene criteria van toepassing zijn in combinatie met **tenminste twee** van onderstaande punten:

1. De jongere heeft op de verkorte lijst irrationele gedachten (V-LIG) in totaal een score van 45 of hoger;
2. Het externaliserende probleemgedrag dat onder andere voortkomt uit een tekort aan sociale vaardigheden heeft geleid tot een (voorwaardelijke) strafafdoening of een civielrechtelijke maatregel;
3. De jongere scoort meer dan 14 punten op de SDQ of de jongere scoort op de schaal prosociaal gedrag minder dan 5 punten en bij de schaal problemen met leeftijdsgenoten meer dan vier punten.
4. Er is sprake van (sterke trekken van) ODD of CD (richtlijnen volgens DSM-5: APA, 2013).

#### *Indicatiestelling voor de verschillende kernmodules (standaard):*

A. Jongeren die voldoen aan de algemene en verdiepende indicatiecriteria, maar niet voldoen aan de criteria voor deelname aan de Assertiviteitskernmodule of de Conflicthanteringskernmodule, komen in aanmerking voor de kernmodule Algemene Sociale Vaardigheden.

B. Jongeren komen voor de Assertiviteitskernmodule in aanmerking als zij aan de algemene en verdiepende indicatiecriteria voldoen en daarnaast aan twee van onderstaande punten:

1. Aan de hand van de checklist subassertief gedrag, zie werkboek mentale weerbaarheid (onderdeel van de opleidingshandleiding) is gebleken dat de jongere subassertief gedrag vertoont.
2. De jongere scoort bij de V-LIG op de schaal subassertiviteit meer dan 20 punten.
3. Uit dossierinformatie blijkt dat de jongere erg beïnvloedbaar is.

C. Jongeren komen voor de Conflicthanteringskernmodule in aanmerking als zij aan de algemene en verdiepende indicatiecriteria voldoen en aan onderstaande punten:

1. De jongere scoort matig tot hoog op de SAVRY / RAF GGZ Jeugd op de risicofactor: 'problemen met hanteren van boosheid'.
2. De jongere scoort op de V-LIG meer dan 25 punten op de schaal Agressie.

#### *Indicatiestelling voor de aanvullende optionele modules:*

1. De jongere komt in aanmerking voor de module Impulscontrole als de jongere bij de SAVRY of de RAF-GGZ Jeugd matig tot hoog scoort op impulsief gedrag en/of als blijkt dat de jongere gediagnosticeerd is met ADHD.
2. De jongere komt in aanmerking voor de module Emotieregulatie als uit dossierinformatie blijkt dat de jongeren last heeft van stemmingswisselingen en/of borderline problematiek. Een andere legitieme indicatiecriterium is als de jongere tijdens het intakegesprek aangeeft lijdensdruk te ervaren en de module graag wil volgen.
3. De jongere komt in aanmerking voor de module Keuzes maken als uit het persoonlijkheidsonderzoek en/of delictanalyse en/of observaties is gebleken dat de jongere moeite heeft met het vooruitdenken (consequenties kunnen overzien op de lange termijn), het maken van eigen keuzes en/of negatief beïnvloedbaar is. De module is ook geïnccludeerd als de jongeren overwegend in groepsverband delicten heeft gepleegd. De jongere scoort dan een matig tot hoog op omgang met delinquente leeftijdsgenoten van het gebruikte risicotaxatie-instrument.
4. Een jongere en zijn ouders/verzorger(s) zijn geïndiceerd voor de module 'Gezin in beeld' als de jongere thuis woont of binnen drie maanden weer thuis gaat wonen en zij hiervoor te motiveren zijn en het probleemgedrag (waaronder delictgedrag) in stand wordt gehouden door een tekort aan opvoedingsvaardigheden van de verzorger(s) en/of als er tussen hen sprake is van negatieve interactiecirkels (veel conflicten en slecht contact). De jongere scoort matig tot hoog bij de SAVRY op het item: 'geringe opvoedingsvaardigheden van ouders'. Bij de RAF-GGZ Jeugd gaat het om een matig tot hoge score op het domein gezin. N.B. Als ouders/verzorgers in eerste instantie weigeren, worden zij blijvend gemotiveerd om toch deel te nemen. Als jongeren van 16 jaar of ouder weigeren om ouders/verzorgers te betrekken bij de behandeling, dan is dat geen reden om met de SoVaopMaat te

stoppen. Er wordt dan tijdens het behandeltraject geprobeerd om de jongere hier anders over te laten denken.

#### *Contra-indicaties (voor individueel en groepsaanbod)*

1. Structurele weigering door de jongere om te praten met de SoVa-behandelaar, zowel thuis (ambulante behandeling) als bij de instelling. Als alleen ouders/verzorgers weigeren, dan is dit geen contra-indicatie;
2. De problemen komen voort uit ernstige verslavingsproblematiek (dit wordt duidelijk, omdat voor het problematische middelengebruik er geen problemen werden gesignaleerd die wijzen op een tekort aan sociale en cognitieve vaardigheden). Als de contra-indicatie niet opgaat, maar er wel sprake is van problematisch middelengebruik dan is het nodig dat de jongere nuchter op de sessie verschijnt;
3. Autisme vastgesteld door de DSM-5, niveau 3. Ervaringen bij niveau 1 (zonder intellectuele stoornis) zijn overwegend positief. Bij niveau 2 hangt het erg af van de mate waarin er sprake is van herhalende gedragspatronen en repeterende gedachten. De klinische blik van de regiebehandelaar is dan nodig om te bepalen of de jongere in voldoende mate kan profiteren van het aanbod;
4. Acute psychose of een ernstige vorm van PTSS;
5. Bij de jongere bestaat het externaliserende probleemgedrag uit ernstige agressieproblematiek, de AROPmaat of een andere passende interventie is dan waarschijnlijk geïndiceerd.

De contra-indicaties worden vastgesteld op grond van dossierinformatie / informatie van de verwijzer, informatie van ouder(s)/verzorger(s) en/of groepsleiding en de klinische blik van de behandelaar die de intake verzorgt.

#### *Aanvullende contra-indicaties groepsaanbod*

De jongere volgt eerst de module motiveren, in deze periode kan een beter beeld gevormd worden of er sprake is van een contra-indicatie voor een groepsaanbod. De laatste vraag kan het beste in multidisciplinair overleg besproken worden, waarbij dan ook gekeken wordt naar de verwachte interactie tussen de overige groepsgenoten. Soms blijkt pas dat er sprake is van een contra-indicatie als de jongere al meedoet met een groepsaanbod. De jongere wordt dan uit de groep gehaald en krijgt alsnog een individueel aanbod. Het gaat om de volgende criteria:

1. Als het werken in een groep voor de jongere te bedreigend of onveilig aanvoelt.
2. Als de jongere negatief gedrag van groepsgenoten zeer regelmatig versterkt.
3. Als een jongere door psychische problematiek beter individueel tot leren komt, dit is vaak aan de orde bij autisme.
4. Als het leertempo en/of de leerstijl van de jongere extreem afwijkt van het gemiddelde.

### **Betrokkenheid doelgroep**

Tijdens het ontwikkelen van de SoVaopMaat zijn er verschillende jongeren ( $N = 23$ ) benaderd voor het bedenken van voorbeeldsituaties. Ook zijn er voorbeeldsituaties gebruikt waar jongeren zelf mee kwamen tijdens de therapie. Vanaf 2008 zijn er verschillende evaluatiemomenten geweest (ook tijdens het doen van proces- en doeltreffendheidsonderzoek). De gegeven feedback heeft bijvoorbeeld geleid tot veranderingen in naam en opzet van de Intake en motivatiemodule. De module is op verzoek van jongeren module Motiveren gaan heten, het terugvalpreventieplan wordt nu ondersteuningsplan genoemd en is een stuk simpeler geworden. Deze wordt nu aan het einde van deze module opgesteld en aan het einde van de behandeling aangepast. Verder is het werkboek op verzoek van jongeren veranderd in de naam module (klinkt beter). Plaatjes zijn geüpdatet, waar mogelijk is het minder talig geworden en de lay-out is rustiger gemaakt. De feedback van ouders/verzorgers heeft ertoe geleid dat er in de module Gezin in beeld meer aandacht wordt besteed aan het verminderen van conflicten tussen de jongere en de ouder(s)/verzorger(s). Hierdoor is het werken met conflictremmers en conflictaanjagers toegevoegd.

Standaard wordt na het afsluiten van de behandeling aan de jongere gevraagd om een evaluatieformulier in te vullen. Jongeren kunnen dan ook tips opschrijven die gelden voor de SoVaopMaat. Er is drie keer bekeken hoe tevreden de jongeren zijn over de SoVaopMaat, De eerste keer kreeg de SoVa een waardering van 7,2 (beoordeeld door 47 jongeren), de tweede keer een 7,5 (beoordeeld door 21 jongeren) en de derde keer een 7,6 (beoordeeld door 36 jongeren).



## 1.2 Doel

### Hoofddoel

Het primaire doel van SoVaopMaat is gericht op het vergroten van de sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheden om zo de externaliserende gedragsproblemen te stoppen of te beperken en de (kans op) algemene recidive te verkleinen. Het gaat om specifieke sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheden die het probleemgedrag en de kans op recidive in stand houden en/of versterken. Om te bepalen of de sociale vaardigheden zijn verbeterd wordt gebruik gemaakt van de VSVJ (Vragenlijst Sociale Vaardigheden Jongeren; Hulstijn, Boomsma, Cohen-Kettenis, & Mellenbergh, 2008). Of de kans op recidive is verminderd, wordt in een residentiële setting gemeten met de SAVRY (residentiële setting) en in een ambulante setting met de RAF GGZ Jeugd. Daadwerkelijke recidivecijfers kunnen eventueel in groepsverband en na goedkeuring van de jongeren twee of drie jaar nadat de interventie is afgerond opgevraagd worden bij het WODC.

### Subdoelen

Hieronder worden concrete subdoelen beschreven die helpen om het hoofddoel te realiseren (o.a. de jongeren toerusten met sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheden). Bij elke bijeenkomst worden in de kernmodules enkele subdoelen beschreven waar die bijeenkomst aan wordt gewerkt. Deze doelen helpen uiteindelijk om de subdoelen die hieronder beschreven staan te realiseren. Om sociale vaardigheden aan te leren is het onder andere noodzakelijk om ook te werken aan (sociaal)cognitieve vaardigheden. Soms is het voor het vergroten van de responsiviteit ook nodig om te werken aan sociaalemotionele vaardigheden, denk aan het verbeteren van de impulscontrole en emotieregulatie. In de algemene programmahandleiding voor de behandelaars worden handvatten beschreven over hoe je kunt zien/bepalen of een jongere voldoende heeft geleerd. Zo niet, dan wordt er herhaald en/of krijgt de jongere extra oefeningen aangereikt. Verder worden aan het begin, tussentijds en aan het einde van de behandeling verschillende vragenlijsten afgenomen om de voortgang te evalueren. Naast de VSVJ, de RAF-GGZ Jeugd of de SAVRY, wordt ook gebruik gemaakt van de UCL (De Utrechtse Coping Lijst), de V-LIG (Verkorte Lijst Irrationele Gedachten) en de SoVa-vragenlijst (voor het meten van de mate van zelfcontrole en assertiviteit). Mocht een jongere niet geïndiceerd zijn voor één of meer aanvullende optionele module(s), dan wordt ervan uitgegaan dat het volgen van de Motivatiemodule en één van de Kernmodules voldoende is om het primaire doel te realiseren.

#### 1. Subdoel bij de standaard Motivatiemodule

- a) De jongere kent de voordelen van het hebben van meer sociale vaardigheden en is bereid om mee te werken aan SoVaopMaat.
- b) De jongere blijft gemotiveerd werken aan de SoVa-doelen. De jongere spant zich daadwerkelijk in en oefent;
- c) De jongere weet wat er goed gaat in zijn leven en krijgt hierdoor een beter gevoel over eigen kunnen.

#### 2. Subdoelen gericht op sociale vaardigheden die gelden bij alle drie kernmodules:

- a) De jongere beschikt over voldoende adequate communicatievaardigheden. Hij kan een gesprek beginnen, naar de ander luisteren, de ander zo nu en dan aankijken en duidelijk spreken;
- b) De jongere is in staat om assertief te handelen. De jongere heeft geoefend met het aannemen van een assertieve houding en het assertief reageren als er sprake is van conflicten of lastige situaties die je boos of onzeker maken. De jongere is in staat tot NEE zeggen en zijn eigen grenzen aan te geven (zonder agressief gedrag te tonen);
- c) De jongere heeft geoefend met het rustig reageren op verschillende vormen van kritiek;
- d) De jongere is voldoende in staat tot onderhandelen en heeft geleerd dat je hiervoor ook rekening moet houden met anderen;
- e) De jongere kent handvatten die helpen om adequaat met autoriteiten om te gaan en heeft hiermee geoefend.

#### 3. Subdoelen gericht op (sociaal)cognitieve vaardigheden bij alle drie kernmodules

- a) De jongere is in staat om functionele (helpende) gedachten toe te passen ten einde antisociaal gedrag te voorkomen. Er wordt dus minder gebruik gemaakt van disfunctionele cognities die het antisociale gedrag in stand houden;

- b) De jongere beschikt over adequate oplossingsvaardigheden (copingvaardigheid). Hij kan adequate oplossingen (manieren van reageren) bedenken en toepassen tijdens oefensituaties voor verschillende situaties die hij/zij lastig vindt;
- c) De jongere kan het gedrag van anderen in voldoende mate neutraal waarnemen en via rationele gedachten interpreteren;
- d) De jongere is in staat tot het innemen van perspectief. Dit betekent o.a. dat de jongere lastige gebeurtenissen vanuit verschillende kanten kan bekijken en dat een jongere kan bedenken hoe een ander over een situatie denkt.

*4. De kernmodule algemene sociale vaardigheden en de assertiviteitsmodule hebben als extra subdoelen:*

- a) De jongere is in staat tot NEE zeggen, ook als hij sterke groepsdruk ervaart. Hij heeft geoefend om hier een houding bij aan te nemen die geloofwaardig overkomt;
- b) De jongere is in staat om tijdens het maken van keuzes te denken aan de gevolgen op de lange termijn.

*5. De Conflicthanteringskernmodule heeft als extra subdoelen:*

- a) De jongere is in staat zichzelf te beheersen als hij boosheid of frustratie ervaart. Hij doet dit door een beheersingstruc toe te passen;
- b) De jongere kan zich beheersen als hij te maken krijgt met beledigende opmerkingen. De jongere kan dan op een rustige manier aangeven dat hij dit niet accepteert.

*6. De Assertiviteitskernmodule heeft als extra subdoelen*

- a) De jongere heeft voldoende "geloof in eigen kunnen". De jongeren doet succeservaringen op en kan zichzelf vanuit een positieve bril bekijken;
- b) De jongere vertoont minimaal tweewekelijks op de leefgroep, thuis of op school assertief gedrag als hij te maken krijgt met groepsdruk en/of pesterijen;

*Optionele subdoel bij de module Impulscontrole*

O1: De jongere heeft voldoende zelfcontrole, hij kan zijn impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen om zo grensoverschrijdend gedrag te voorkomen;

*Optionele subdoel bij de module Emotieregulatie*

O2: De jongere kan zijn emoties enigszins reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten van de emotie mogelijk is;

*Optionele subdoelen bij de module Keuzesmaken*

N.B. Aan het eerste doel wordt ook gewerkt bij de kernmodule algemene sociale vaardigheden en de Assertiviteitskernmodule. Er wordt hier één bijeenkomst aan besteed. Als een jongere meer tijd nodig heeft om het doel te behalen, biedt de module Keuzes maken meer handvatten om dit doel te behalen.

O3: De jongere is in staat om tijdens het maken van keuzes te denken aan de gevolgen op de lange termijn;

O4: De jongere weet welke emoties het adequaat maken van keuzes negatief kunnen beïnvloeden

O5: De jongere kan zijn keuze/mening verwoorden en bij zijn standpunt blijven.

*Optionele subdoelen bij de module Gezin in beeld, het gaat om doelen voor ouders/verzorgers*

O6: Ouders/verzorgers zijn in staat om hun kind te begrenzen als er sprake is van grensoverschrijdend gedrag en/of als hun kind gedrag vertoont dat een bedreiging vormt voor zijn ontwikkeling.

O7: Ouders/verzorgers beschikken over voldoende vaardigheden waardoor zij in staat zijn om op een goede manier contact te hebben met hun kind en interesse te tonen in zijn belevingswereld en doen en laten.

O8: Ouders/verzorgers zijn in staat om conflicten met hun kind te verminderen. Dit betekent o.a. dat de ouder/verzorger kan valideren (begrip aan de jongere toont over zijn gevoelens en gedachten) en conflictremmers kan toepassen.

## 1.3 Aanpak

### Opzet van de interventie

#### Algemeen

De interventie maakt gebruik van een cognitieve gedragsmatige aanpak met dramatherapeutische technieken, waarbij indien nodig continu aandacht is voor het motiveren en het vergroten van het geloof in eigen kunnen om zo de leerbaarheid te vergroten. Sociale vaardigheden worden aangeleerd via rollenspelen, imitatie, modelling en positieve bekrachtiging. Ook worden er huiswerk-oefeningen meegegeven. Voor het bieden van maatwerk bestaat SoVaopMaat uit drie kernmodules die alle drie gericht zijn op het aanleren van sociale vaardigheden, maar verschillen qua focus en een set met aanvullende optionele modules. Om te bepalen welke kernmodule en eventuele aanvullende module(s) geïndiceerd zijn, worden concrete indicatiecriteria gebruikt, zie indicatiecriteria. Er kan gekozen worden voor een overwegend groepsaanbod, een individueel aanbod of een combinatie hiervan. De keuze hiervoor wordt bepaald door de leerstijl van een jongere.

#### Fasering

Fasen	Acties	Duur	Modules
<b>INTAKEFASE</b>	Lezen dossier. Stellen van vragen die inzage geven over de problematiek, de hulpvraag en het wel/niet in aanmerking komen van de indicatiecriteria. Vragen stellen die een beeld geven over welke modules geïndiceerd zijn.	1 tot 2 gesprekken van 90 minuten.	Geen.
<b>MOTIVATIEFASE</b>	Aanbod gericht op het vergroten van de motivatie. Meer zicht realiseren op de voordelen van het volgen van behandeling / aanleren van meer sociale en cognitieve vaardigheden. Empoweren en aangaan van contact. RT afnemen als dit nog niet is gedaan. Samen met jongere overeenstemming realiseren over de geïndiceerde kernmodule en optionele module(s).	2 tot 4 sessies.	Motivatiemodule
<b>BEHANDELINGFASE</b>	Eén van de drie kernmodules wordt individueel of in groepsverband aangeboden. Daarnaast kunnen aanvullende optionele modules worden ingezet (indien geïndiceerd).	De duur van deze fase is 4 tot 14 maanden. De duur van een kernmodule is minimaal 12 sessies en maximaal 30 sessies.	1 kernmodule en aanvullende optionele modules indien van toepassing. Het gaat om: Impulscontrole Emotieregulatie Keuzes maken Gezin in beeld
<b>NAZORGFASE</b>	Er wordt getoetst of de jongere in voldoende mate de aangeleerde vaardigheden kan toepassen en of het ondersteuningsplan voldoende handvatten biedt om niet meer terug te vallen.	6 weken tot 3 maanden.	Het ondersteuningsplan is geactualiseerd.

Zoals te zien is in het schema (vorige pagina) bestaat SoVaopMaat uit de volgende fasen:

1. **Indiceren.** De intake vindt plaats. De vragen zijn te vinden in de algemene programmahandleiding voor de behandelaar. Deze vragen zijn nodig om te checken of een jongere in voldoende mate kan profiteren van de SoVaopMaat en helpen om een indruk te krijgen hoe gemotiveerd een jongere is, welke kernmodule van toepassing is en of een jongere geïndiceerd lijkt voor groepsbehandeling of (een) optionele aanvullende module(s). De laatste vragen kunnen ook na de motivatiefase worden bepaald. Een voorbeeld vraag is bijvoorbeeld: “Wat doe je als een vriend je probeert over te halen om iets te doen wat je eigenlijk niet wilt?” Tijdens dit moment worden ook de nodige indicatie-instrumenten afgenomen als dit nog niet is gebeurd.
2. **Motiveren.** Zie bovenstaand schema. Als er nog geen risicotaxatie (RT) heeft plaatsgevonden, maar de informatie uit de intake neigt naar een kloppende indicatiestelling, dan wordt de RT alsnog in deze fase verzorgd<sup>2</sup>;
3. **Behandeling.** Het aanbieden van één kernmodule en de geïndiceerde ondersteunende modules. De duur van deze fase varieert (minimaal 4 maanden en 14 maanden), de duur is tevens afhankelijk van de intensiteit. De laatste twee weken van deze fase beschikt de cliënt over een actueel ondersteuningsplan dat helpt om het leven op een positieve manier vorm te geven en terugval te voorkomen. Ook vindt dan een afrondingsgesprek plaats en krijgt de jongere een certificaat uitgereikt;
4. **Nazorg.** De duur van de nazorgfase is afgestemd op het recidiverisico na afronding van de interventie. Bij een lage tot matige recidive gemeten na afronding van de behandelfase, duurt de nazorg zes weken. Er wordt dan om de week (telefonisch) contact gelegd. Als bij afsluiting van de behandeling de kans op recidive alsnog middelmatig of hoog is, bestaat de nazorgfase uit drie maanden. Eventueel kan dan een onderdeel uit de SoVAopMaat worden herhaald. In een ambulante setting vindt dan maandelijks face to face contact plaats en om de week contact via de app/mail/telefoon. In een residentiële setting is er twee wekelijks face tot face contact, vooral op het moment dat een jongere meer vrijheden krijgt.

#### *Frequentie, duur en samenstelling*

Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt dan minimaal een uur (eventueel met een korte pauze). Dit geldt bij een matig recidiverisico en een grote responsiviteit (ontvankelijkheid) om te leren / te veranderen. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een hoog recidiverisico en een jongere die langzaam leert (bijvoorbeeld door ADHD). De duur van de sessie kan dan wel korter zijn. Bij een groepsaanbod (gesloten groep) duurt een sessie minimaal anderhalf uur (met pauze), deze wordt één of twee keer per week aangeboden. Een groep bestaat uit minimaal 2 jongeren en maximaal 7 jongeren en wordt bij meer dan 4 jongeren door twee behandelaars aangeboden. De kernmodule bestaat in ieder geval uit 12 bijeenkomsten, de Assertiviteitskernmodule uit 15 bijeenkomsten). Eén bijeenkomst kan echter over twee sessies worden verspreid als de groep / jongere meer tijd nodig heeft om de stof tot zich te nemen. Er wordt dan een volgende bijeenkomst doorgegaan met het onderdeel van het hoofdstuk waar de groep gebleven is en eventueel aangevuld met een extra-oefening (die staan beschreven in de handleiding voor de behandelaar). Jongeren die moeite hebben om het tempo van de groep bij te houden (maar bij wie leren in groepsverband wel meerwaarde heeft), krijgen (tijdelijk) individuele ondersteuning. Bij de ondersteunende optionele modules geldt dat het leertempo van de jongeren / kleine groep wordt aangehouden. De ene jongere doet bijvoorbeeld 4 sessies over de module impulscontrole, een andere jongere 6 sessies.

Bovenstaande informatie maakt duidelijk dat het niet mogelijk is om van te voren precies aan te geven hoelang de behandeling van een jongere zal duren. De tijdsduur is namelijk afhankelijk van het recidiverisico, de (criminogene) behoeften en de (leer)mogelijkheden van de jongere. Als naast de motivatiemodule en een kernmodule geen keuzemodules geïndiceerd zijn, is het mogelijk om de behandelfase binnen vier maanden af te ronden. Er wordt dan vanuit gegaan dat de jongere of de groep het redt om één hoofdstuk per bijeenkomst af te ronden. Als bij een jongere echter sprake is van een beperkte leerbaarheid en alle modules geïndiceerd zijn, dan is de kans groot dat een jongere pas na een jaar klaar is (afhankelijk van de intensiteit) met de behandelfase. In een residentiële setting komt het soms voor dat er nog meer tijd nodig is, vooral bij jongeren met ASS en ADHD. Er vindt dan ook herhaling plaats.

---

<sup>2</sup> Natuurlijk is het beter als dit al is gebeurd en de indicatiestelling tijdens deze fase definitief is. Voor de jongere is het echter vervelend als het contact / proces stageert.

### *Richtlijnen (deels) groepsbehandeling*

De standaard Motivatiemodule wordt altijd individueel aangeboden, ook als gebleken is dat de jongere groeps geschikt lijkt. De jongere bouwt dan al enigszins een behandelrelatie op en krijgt hierdoor meer binding met de behandelaar en ervaart hierdoor meer respect. Hierdoor is de kans groter dat de jongere zich tijdens het groepsaanbod leerbaar en rustiger opstelt. Het is immers van belang dat er een veilig leerklimaat wordt gerealiseerd tijdens de groepsbehandeling voor alle deelnemers. Om die reden mogen er ook alleen groepjes gevormd worden met jongeren die voor dezelfde kernmodule zijn geïndiceerd. Het is niet de bedoeling dat jongeren met gedachten die leiden tot subassertief gedrag samen in een groep zitten met jongeren die bijvoorbeeld juist deze jongeren “gebruiken”. Jongeren die de groepssfeer negatief beïnvloeden worden uit de groep verwijderd en krijgen alsnog een individueel aanbod.

Als een jongere groeps geschikt blijkt, maar er te lang gewacht moet worden om mee te kunnen doen met een groepsaanbod, dan wordt het programma alsnog individueel aangeboden. De aanvullende optionele modules kunnen eventueel ook in groepsverband worden aangeboden als dit beter aanslaat bij de leerstijl van de jongeren en het qua logistiek mogelijk blijkt. Het gaat dan om kleine groepjes van maximaal drie jongeren.

### *Continuïteit*

Groepsleiding en/of ouders/verzorgers (indien mogelijk) worden al vanaf de eerste fase bij de behandeling betrokken. Met groepsleiding is minimaal om de week overleg over de leerdoelen en hoe zij hier ook op de leefgroep aan kunnen werken. Als jongeren thuis wonen, worden ouders/verzorgers gestimuleerd om te ondersteunen bij het bereiken van de leerdoelen, onder andere door te helpen bij het maken van huiswerk. Als ouders/verzorgers hier nog onvoldoende toe in staat zijn, dan wordt getoetst of een ander familielid ouders/verzorgers hierbij kunnen helpen. Groepsleiding en/of ouders/verzorgers (ambulante setting) worden betrokken bij het evalueren van de voortgang.

## **Inhoud van de interventie**

### *Algemene informatie*

Tijdens het aanbieden van de SoVaopMaat is het van belang dat de behandelaar in staat is om enkele basisvaardigheden toe te passen bij de jongere, zoals het valideren (bieden van erkenning, moeite doen om te begrijpen wat de ander voelt en denkt) en het kunnen opschorten van het eigen oordeel, zodat het mogelijk is om een werkalliantie op te bouwen.

### *Volgorde modules*

De jongeren begint standaard met de Motivatiemodule (ook als de jongere al vrij gemotiveerd blijkt te zijn, aangezien er ook gewerkt wordt aan het empoweren). Daarna wordt er doorgegaan met de geïndiceerde kernmodule, tenzij de aanvullende module Impulscontrole van toepassing is. Als hier sprake van is, wordt hiermee begonnen. Als een jongere zijn impulsen beter kan controleren, wordt het immers gemakkelijker om sociale en andere cognitieve vaardigheden aan te leren. Als de optionele module Emotieregulatie van toepassing is, dan wordt deze vooraf aan de kernmodule of tegelijkertijd aangeboden. Ook hierbij geldt dat een beperkte emotieregulatie de leerbaarheid voor het aanleren van sociale vaardigheden vermindert. Als een jongere voor beide modules (Impulscontrole en Emotieregulatie is geïndiceerd, dan wordt gekeken waar de jongere het meest gemotiveerd voor is en waar mogelijk het meest succes gehaald kan worden. De module ‘Gezin in Beeld’ neemt een bijzondere plaats in. Zodra ouders(s)/verzorger(s) gemotiveerd zijn (en de jongere hiermee akkoord gaat) kunnen zij van start met de onderdelen die los van de jongere worden aangeboden. Residentieel geldt dan dat de jongere binnen twee tot drie maanden op verlof naar huis gaat of als duidelijk is dat ouders/verzorgers behoeften hebben aan psycho-educatie en ondersteuning in het aangeven van grenzen en het valideren. Als de module Keuzes Maken is geïndiceerd, dan wordt deze altijd na de kernmodule aangeboden. In het kader van de responsiviteit kan van de gewenste volgorde worden afgeweken, bijvoorbeeld als een jongere weerstand toont tegen een specifieke module en wel open staat voor een andere.

Aansluitend bij het behoefteprincipe kan behandeling van een psychiater en/of een trauma-interventie parallel aan de SoVaopMaat worden ingezet. Deze behandeling kan doorlopen als de jongere de SoVaopMaat heeft afgerond.

### 1. Motivatiemodule (standaard).

Deze module staat in het teken van het aangaan van contact, het motiveren en empoweren. In deze module wordt bijvoorbeeld een voor- en nadelen balans opgemaakt m.b.t het volgen van de SoVaopMaat en het vertonen van probleemgedrag. Ook worden jongeren uit een ambulante setting gevraagd om een filmpje te maken waarin mensen worden opgenomen die iets positiefs zeggen over de jongere en die voor de jongere belangrijk zijn. Jongeren in een residentiële setting doen een soortgelijke opdracht door het aan twee mensen te vragen en hier de volgende keer over te vertellen.

### 2. Module Impulsen de baas (optioneel).

De impulscontrole wordt verbeterd door onder andere te werken met bewerkte mindfulness oefeningen die helpen om aandacht beter te leren richten op dat wat je aan het doen bent (langer kunnen concentreren). De jongere leert zijn impulsen beter te herkennen en oefent met vaardigheden om deze gemakkelijker te kunnen uitstellen of te controleren.

### 3. Module emotieregulatie (optioneel)

Het doorlopen van deze module draagt bij aan het verminderen van stemmingswisselingen en/of het beter kunnen differentiëren en vormgeven/uiten van emoties. Dit helpt uiteindelijk om de sociale informatieverwerking functioneler te laten verlopen en om gemakkelijker van sociale vaardigheden toe te passen. De module helpt om emoties beter te leren herkennen (bij de jongere zelf en bij anderen), meer greep te krijgen op emoties en emoties gemakkelijker los te kunnen laten. Een oefening is bijvoorbeeld het leren benaderen van een situatie vanuit het “emotionele denken en het ‘verstandige’ denken of het doen van een ontspanningsoefening.

### 4. De kernmodules

Er zijn drie kernmodules (Algemene Sociale Vaardigheden, de Conflicthanteringskernmodule en de Assertiviteitskernmodule). Een jongere krijgt afhankelijk van zijn problematiek, één van deze modules aangeboden. De modules vertonen grote overlap in de thema's die behandeld worden, er zijn echter accentverschillen. Ook zorgen de verschillende kernmodules ervoor dat er een betere match plaatsvindt als er groepsgericht gewerkt wordt. Jongere die meer neigen naar subassertief gedrag, ondanks de externaliserende gedragsproblemen, komen beter tot leren als zij dit doen met jongeren met soortgelijke problematiek. De kernmodules beginnen allemaal met het kennismaken (ook als het niet groepsgericht is, dan wordt er aandacht besteed aan wetenswaardigheden over de jongere en de behandelaar) en vaardigheden die helpen om beter te kunnen communiceren. Daarna worden de basisbeginselen van Cognitieve Gedrags Therapie (CGT) uitgelegd door in te gaan op de invloed van het denken op emoties en gedrag. De jongere wordt vanaf dat moment gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen door dit letterlijk te oefenen bij de thema's die daarna worden besproken. Om meer flexibiliteit in denken te realiseren, wordt de jongere uitgedaagd zich te identificeren met iemand die tegenovergesteld denkt aan zichzelf als het gaat om cognitieve vervormingen. Ook krijgen jongeren meer zicht op hun kerngedachten en de invloed hiervan op hoe zij een situatie interpreteren. Dit helpt ondersteunend bij de bijeenkomst waarbij gewerkt wordt aan het niet te snel oordelen. De jongere leert bij alle kernmodules het verschil kennen tussen subassertief, assertief en agressief reageren. Vervolgens wordt geleerd om conflicten of lastige situaties op assertieve wijze op te lossen en te benaderen door te kijken naar voorbeelden en deze zelf uit te proberen in een rollenspel. De jongere probeert ook assertieve (niet agressieve) reacties uit na confrontatie met beledigende opmerkingen. Er is verder aandacht voor het constructief en adequaat leren omgaan met kritiek en autoriteiten. De Algemene kernmodule en de Assertiviteitskernmodule besteden ook aandacht aan het weerstand bieden tegen (verschillende vormen van) een negatieve groepsdruk en het maken van keuzes door ook te denken aan de gevolgen op de lange termijn. Bij de Assertiviteitskernmodule ligt het accent verder op het krijgen van meer geloof in eigen kunnen en het verbeteren van het zelfvertrouwen. De Conflicthanteringskernmodule besteedt aandacht aan beheersingsvaardigheden en staat langer stil bij het handig omgaan met beledigende opmerkingen.

Na de eerste bijeenkomst start elke bijeenkomst met het stellen van “vaste vragen”. Dit biedt de mogelijkheid om emoties en lastige ervaringen te delen, maar ook om te werken aan het verbeteren van de oplossings- en sociale vaardigheden. Per bijeenkomst brengt minimaal één jongere een lastige situatie is. Als de jongere zijn verhaal heeft kunnen doen, wordt er vervolgens met elkaar nagedacht over mogelijke oplossingen / passende

manieren van reageren. Als besloten is welke reactie passend is, dan wordt deze manier in ieder geval om de week geoefend.

In de kernmodules staan soms oefeningen die alleen met meerdere personen gedaan kunnen worden. Bij een individuele training dienen deze oefeningen aangepast te worden, in die zin dat de rollenspelen dan met slechts twee personen gedaan worden. In de handleiding van de behandelaar staat beschreven op welke wijze de rollenspelen worden veranderd.

#### 5. Module Keuzes maken (optioneel).

Tijdens de module keuzes maken oefent de jongere met het maken van eigen keuzes en het uitdragen van een eigen mening. Door verschillende belangen en perspectieven te onderzoeken, leert de jongere niet alleen te reageren vanuit het korte termijn denken en de directe behoefte bevrediging. Ook wordt er geoefend met het weerstaan van groepsdruk.

#### 6. Module Gezin in Beeld (standaard indien ouders/verzorgers hiervoor te motiveren zijn en de jongere thuis woont of binnen drie maanden weer thuis gaat wonen, de module bevat ook optionele onderdelen).

De module Gezin in Beeld wordt voor een (groot) deel zonder de jongere gevolgd. De ouders/verzorgers (niet de professionele opvoeders) krijgen psycho-educatie aangeboden over het probleemgedrag van hun kind. Daarna wordt er aandacht besteed aan het voldoende steun krijgen bij het doorbreken van het probleemgedrag van hun kind. Daarnaast is er aandacht voor het toepassen van helpende gedachten naar hun kind toe, en het leren begrenzen van ongewenst gedrag. Als het nodig is om conflicten te verminderen, wordt hier aan gewerkt. Ouders/verzorgers leren dan bijvoorbeeld te stoppen met het inzetten van rode knoppen en kijken hoe zij de-escalierend kunnen reageren op gedrag van hun kind dat boosheid oproept. Ook oefenen zij d.m.v. rollenspelen en feedback van de behandelaar hoe zij hun kind meer kunnen “valideren” (met meer aandacht luisteren en erkenning geven voor gevoel) en hoe zij meer interesse kunnen tonen, meer samen kunnen doen en complimenten kunnen geven. Er wordt eventueel gewerkt met het toe leren passen van helpende gedachten die ervoor zorgen dat ouder(s)/verzorger(s) en de jongere minder negatief over elkaar denken. Ouder(s)/verzorger(s) en de jongere gaan samen aan de slag met het benoemen van elkaars positieve eigenschappen. Een hoofdstuk uit de module Gezin in Beeld gaat in op het thema vriendschappen van de jongere. Dit hoofdstuk wordt alleen behandeld als de jongere zich negatief laat beïnvloeden door vrienden of als ouders/verzorgers neiging hebben de schuld van het probleemgedrag van hun kind bij de vrienden te leggen, waardoor er nog meer verwijdering kan plaatsvinden en de jongere juist naar zijn vrienden toetrekt. Verder wordt er indien nodig aandacht besteed aan het realiseren van een zinvolle dagbesteding en krijgen ouders/verzorgers adviezen voor het verminderen van spijbelgedrag. Tevens is er een hoofdstuk gericht op psycho-educatie over problematisch middelengebruik en interventies die ondersteunen bij het stoppen van (problematisch) middelengebruik.

#### *Opbouw bijeenkomst van de hierboven beschreven optionele modules*

Aan het begin wordt er uitleg gegeven over de inhoud van de module. Dan worden de vaste onderdelen van een bijeenkomst beschreven. Ook bij deze modules geldt dat er eerst met de vaste vragen wordt begonnen, de jongere vertelt dan over een situatie die hij recent heeft meegemaakt en lastig vond. Vervolgens wordt (na voldoende validatie) nagedacht over mogelijke oplossingen / passende manieren van reageren. Als besloten is welke reactie passend is dan wordt deze in ieder geval om de week geoefend. In elke module wordt theorie besproken afgewisseld met verschillende (ervarings)oefeningen. Ook bestaat er een hoofdstuk met huiswerkopdrachten. De jongere en de behandelaar beslissen welke opdracht het meest passend is. Elke sessie moet er een doe-oefening worden aangeboden. Aan het einde van elke bijeenkomst wordt er samen gezorgd voor een samenvatting van de bijeenkomst en wordt er besloten welke huiswerkopdracht voor de jongere passend is om mee aan de slag te gaan.

#### *Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)*

De werkzame elementen, die aan het einde van dit document staan beschreven, worden toegepast. De jongere volgt de modules die geïndiceerd zijn en dus passen bij zijn problematiek. Dit betekent dat de jongere hoe dan ook de Motivatiemodule en één van de kernmodules krijgt aangeboden als er geen aanvullende optionele modules van toepassing zijn. Ouders/verzorgers volgen de module Gezin in Beeld als zij hiervoor te motiveren zijn en de jongere (binnen drie maanden) thuis (gaat) worden. Als jongeren thuis wonen, worden ouders/verzorgers gestimuleerd om te helpen bij het maken van huiswerk. Als dit niet lukt, dan wordt

getoetst of een ander familielid ouders/verzorgers hierbij kan helpen. Met groepsleiding is minimaal om de week overleg over de leerdoelen en hoe zij hier ook op de leefgroep aan kunnen werken. Groepsleiding en/of ouders/verzorgers (ambulante setting) worden betrokken bij het evalueren van de voortgang. Er wordt nazorg verleend als de jongere dit toestaat. Deze fase is belangrijk, omdat er dan getoetst kan worden of er geen terugval plaatsvindt. De focus ligt dan op het naleven van het ondersteuningsplan.

#### *Werving*

Voor elke instelling die met SoVaopMaat werkt, is het voor het verkrijgen van voldoende verwijzingen van belang om bekendheid over de interventie te realiseren bij potentiële verwijzers. De wijze waarop een instelling dit verzorgt, is verschillend. De ontwikkelaar van de SoVaopMaat kan voorbeelden van een folder en een PowerPoint leveren. Ook bestaat er een folder voor ouders/verzorgers.



## 2. Uitvoering

### Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding. Deze handleiding bevat vrijwel dezelfde informatie als dit werkblad. De theoretische onderbouwing is in de handleiding echter wat uitgebreider beschreven.
2. Algemene programmahandleiding. Dit is een handleiding voor de behandelaar die ondersteuning biedt bij het aanbieden van de diverse modules.
3. De motivatiemodule, drie varianten van de kernmodule en drie optionele modules voor de jongere. De modules bieden ook een duidelijk inhoudelijk kader voor de behandelaar.
4. De module Gezin in Beeld voor de ouders/verzorgers en sommige delen ook voor de jongere, daarnaast biedt het tevens een duidelijk inhoudelijk kader voor de behandelaar.
5. Managementhandleiding. Deze handleiding biedt zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord.
6. Opleidingshandleiding. Deze handleiding biedt inzage in de tweedaagse basisopleiding voor toekomstige SoVaopMaat-behandelaren.
7. Mentale weerbaarheidstraining. Deze handleiding bevat de inhoud van een training voor groepsleiding. Het biedt inzicht in hoe groepsleiding meer vaardigheden aangeleerd kunnen krijgen om de jongere een leef- en leerklimaat mee te geven die stimulerend werkt om positieve veranderingen te realiseren.

Naast dit materiaal zijn er ook ondersteunende filmfragmenten leverbaar om theoretische onderdelen of oefeningen beter uit te kunnen leggen. Verder bestaat er een PowerPoint die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners uit te leggen. Ook is er een folder over de SoVaopMaat leverbaar.

### Locatie en type organisatie

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

De behandelingsruimte moet groot genoeg zijn om met de behandelaar/behandelaren en de jongere(en) rondom tafels te kunnen zitten. Dit is vooral een issue als het gaat om het groepsonderdeel. Daarnaast moet ruimte zijn voor het doen van de verschillende doe-oefeningen. Als de behandeling thuis wordt aangeboden, zijn er minder eisen. Wel moeten er dan afspraken gemaakt worden over het realiseren van een 'rustige plek'.

### Opleiding en competenties van de uitvoerders

Voor het krijgen van een SoVaopMaat certificaat, dienen behandelaren universitair (psychologie of orthopedagogiek) of hbo (sociaal-agogisch) opgeleid te zijn met een SKJ-registratie en enige kennis van en ervaring (half jaar) te hebben met het aanbieden van therapie die gebaseerd is op cognitieve gedragstherapeutische technieken. Naast deze reguliere opleidingseisen is het voor het behoud van de programma-integriteit noodzakelijk om een tweedaagse SoVaopMaat-basisopleiding te volgen die door de hoofdontwikkelaar wordt aangeboden of een andere opleider die hiertoe is bevoegd. In deze opleiding wordt eerst uitleg gegeven over het theoretische kader van de SoVaopMaat en de wijze waarop verandering wordt gerealiseerd. Vervolgens worden de modules doorgenomen en verschillende oefeningen uitgetoetst en/of gedemonstreerd. Ook wordt de deelnemer gestimuleerd sensitiever te worden voor leerstijlen.

### Daarnaast zijn de volgende competenties/eisen van toepassing:

- De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het geven van trainingen en/of het behandelen van jongeren met gedragsproblemen;
- De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen, hierbij zijn sensitiviteit, geduld en doorzettingsvermogen relevant;
- De behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder het valideren (o.a. tonen van empathie);

- Ervaring in het toepassen van dramatherapeutische technieken is een pre. Mocht dit niet het geval zijn, dan is het belangrijk om na te gaan of een behandelaar geen problemen heeft met het doen van rollenspelen en andere doe-opdrachten.
- De behandelaar heeft een functie waarin hij/zij (ook) individuele en/of groepstrainingen of behandelingen aanbiedt, hierdoor is het mogelijk om te voldoen aan de vereiste case-load.

### **Kwaliteitsbewaking**

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

1. Per instelling wordt een programmaverantwoordelijke (PV) aangesteld, een PV biedt zelf ook SoVaopMaat aan en heeft daarnaast als taak de kwaliteit te bewaken. Denk onder andere op het voldoen aan de randvoorwaarden, het inhoudelijk ondersteunen van de SoVaopMaat-behandelaars, het realiseren van intervisie en het toetsen van de programma-integriteit (zie punt 7). De PV volgt jaarlijks minimaal een PV-dag en krijgt naar behoefte begeleiding van de ontwikkelaar;
2. Behandelaars voldoen aan de gestelde opleidings- en competentie-eisen (zie vorige kopje). Zij krijgen na het volgen van de basisopleiding een certificaat dat twee jaar geldig is. Dit certificaat wordt verlengd door de ontwikkelaar als de behandelaar jaarlijks een booster heeft gevolgd en voldoet aan de voorwaarde omtrent de caseload (zie randvoorwaarden);
3. De PV verzorgt het eerste jaar elke maand intervisie van een uur om zo de nodige SoVaopMaat-methoden te verbeteren en te onderhouden. Na een jaar wordt dit eens per twee maanden aangeboden (dan anderhalf uur). Behandelaars zijn verplicht deze intervisie te volgen. Als zij een intervisie missen, dan kan dit betekenen dat er ter compensatie werkbegeleiding door de PV wordt aangeboden;
4. De PV biedt naast intervisie, werkbegeleiding aan als hier behoefte aan is bij de behandelaar. De PV kan 'meekijken' tijdens behandelsessies of vragen om het maken van video-opnames die tijdens intervisie worden getoond om zo meer zicht te krijgen op het functioneren en de aandachtspunten van een behandelaar. Een jongere dient hier wel toestemming voor te geven;
5. Door te voldoen aan de caseload (zie voorwaarden) wordt de SoVaopMaat-behandelaar gestimuleerd om zijn kennis en deskundigheid te vergroten en kwalitatief te verbeteren;
6. SoVaopMaat wordt aangeboden aan jongeren die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
7. Tijdens het aanbieden van een SoVaopMaat wordt de behandeling gemonitord aan de hand van een sessies-checklist (over een periode van vier weken, deze wordt minimaal twee keer ingevuld door de jongere en de behandelaar) en een eindevaluatielijst, zodat getoetst kan worden of voldaan wordt aan de meest essentiële en werkzame elementen die behoren bij SoVaopMaat.

### **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. Per instelling zijn minimaal twee SoVaopMaat-behandelaars actief;
2. De SoVaopMaat-behandelaars voldoen aan de minimale eis om twee jongeren per week SoVaopMaat aan te bieden;
3. De SoVaopMaat-behandelaars dienen voldoende indirecte tijd (zie paragraaf over de kosten) te krijgen voor het afstemmen met de ketenpartners, ouders/verzorgers en andere relevante betrokkenen.
4. De PV krijgt twee uur per week extra tijd voor het verrichten van ondersteunende werkzaamheden, zoals het begeleiden van beginnende SoVaopMaat-behandelaars (naast de intervisie), het zorgdragen voor de (interne) PR, het laten invullen van nul-, tussenmetingen en eindmetingen en evaluatieformulieren (ROM-en);
5. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen.
6. Voor elke deelnemer is er werkmateriaal (de modules) en schrijfbaar beschikbaar.
7. Er is een fysiobal (om op te zitten voor jongeren met veel lichamelijke onrust), gevoelswereldspel, kwaliteitspel en opvoedingsspel aanwezig.

## Implementatie

### *Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:*

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

### *Ondersteuning tijdens de opstartfase:*

De ervaring leert dat de interventie vrij gemakkelijk kan worden aangeboden door behandelaars die voldoen aan de competentie- en opleidingseisen en vervolgens de basisopleiding hebben gevolgd. Helemaal als zij al beschikken over (enige) behandelervaring. Ook geven behandelaren aan dat de modules en de handleidingen voldoende houvast bieden. In de opstartfase is het echter wel essentieel dat de behandelaar vaker werkbegeleiding aanbiedt en dat er maandelijks intervisie plaatsvindt, zodat de behandelaar het materiaal voldoende leert kennen en kan toepassen. In deze periode is rekening gehouden met extra begeleiding vanuit de ontwikkelaar aan de programmaverantwoordelijke voor het beantwoorden van alle vragen.

## Kosten

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

Behandelduur = 50% directe tijd X 50% indirecte tijd (zoals voorbereiding, verslaglegging, evalueren, intervisie, overdracht en afstemming met eventuele regiehoofdbehandelaar, mede-behandelaars, ketenpartners, ouders/verzorgers, docenten, verwijzers (reclassering), etc. = ....

Als ervan uitgegaan wordt dat een SoVa-behandelaar vier maanden lang behandeld met een gemiddeld aanbod van anderhalf uur per week, dan gaat het om een bedrag van 5.670 euro, uitgaande van een uurtarief van 105 euro (tarief dat geldt bij de gespecialiseerde GGZ). Betrokken behandelaars besteden eveneens tijd aan overleg. Binnen een residentiële setting is de indirecte tijd in de regel minder, omdat het makkelijker is om elkaar te spreken. Je komt dan redelijk uit met dit bedrag. Er komt nog een bedrag bij in verband met de nazorgfase. Gaat in de regel om 5 uur = 525 euro.

*Uit onderzoekgegevens blijkt een ambulante behandeling gemiddeld genomen 26 weken te duren met een directe tijd van 1,3 uur. Dit komt neer op 7098 + 840 = 7938 euro.*

*Uit het doeltreffendheidsonderzoek binnen de residentiële setting waarbij een deel ook transmurale behandeling heeft ondergaan (dus ook ambulante) blijkt het te gaan om een gemiddelde behandelduur van 38,2 weken met een gemiddelde directe tijd per week van 1,28 uur. Dit is exclusief de tijd die aan aanvullende behandelvormen is besteed, zoals EMDR en verslavingszorg (als de problematiek niet ernstig is). Inclusief no-show, uitval door ziekte, en tijd dat besteed is aan de module Gezin in Beeld. Dit komt neer op 10.268 euro.*

### Extra tijdsinvestering programmaverantwoordelijke (PV):

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

### Kosten opleiding

Het kost 350 euro (exclusief btw) per persoon om iemand te certificeren in SoVaopMaat. Er kan ook een in-company opleiding worden aangeboden. Deze kost 2800 euro (exclusief btw). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de opleiding (ontwikkelaar of een ervaren PV) door één trainer wordt aangeboden aan een groep die niet

groter is dan twaalf personen. De behandelaar is drie dagen kwijt (uit de productie door het volgen van deze opleiding). Daarna gaat het jaarlijks om het volgen van een booster. Dit kost per groep 1100 euro (exclusief btw) of als er aangesloten wordt bij een reguliere training voor diverse instellingen 150 euro per persoon (exclusief btw).

#### Kosten materiaal

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

### 3. Onderbouwing

#### Probleem

##### *Probleem*

In 2014 zijn er ruim 9.200 minderjarige (12-17 jaar) strafrechtelijke daders en 26.100 jongvolwassenen (18-22 jaar) strafrechtelijke daders (Laan & Goudriaan, 2016) gerapporteerd. Jeugdcriminaliteit neemt af, maar heeft nog altijd grote materiële en immateriële gevolgen voor de maatschappij. Bovendien recidiveren onbehandelde jongeren en (jong)volwassenen die een delict hebben gepleegd na twee jaar met ca. 31% (Laan & Goudriaan, 2016). Het verband tussen antisociaal en/of delinquent gedrag en een tekort aan sociale en cognitieve vaardigheden is in diverse onderzoeken aangetoond (Van der Laan & Blom, 2006; Van der Put et al., 2012). Het tekort aan sociale en cognitieve vaardigheden houdt het antisociaal gedrag in stand en leidt tot een groter risico op criminaliteit en recidive (van der Stouwe, Asscher, Hoeve, van der Laan & Stams, 2016). Met antisociaal gedrag wordt een herhalend en hardnekkig gedragspatroon bedoeld, waarbij de fundamentele rechten van anderen worden geschonden, zoals vechten of stelen, of belangrijke bij de leeftijd passende regels of normen worden overtreden, zoals liegen en spijbelen. Antisociaal gedrag gaat gepaard met psychische problemen (Brand, a'Campo & Van den Hurk, 2013; Coccaro, Lee & McCloskey, 2014) en verschillende criminogene risicofactoren waaronder problematische middelengebruik (Plattner et al., 2012) en gedragsstoornissen (Bonta & Andrews, 2017). Binnen de geestelijke gezondheidszorg worden gedragsstoornissen aangeduid met de (psychiatrische) diagnoses 'Conduct Disorder' (CD: gedragsstoornis) en 'Oppositional Defiant Disorder (ODD: oppositioneel-opstandige gedragsstoornis), zoals beschreven in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5: American Psychiatric Association, 2013). Jongeren die onder andere door een tekort aan sociale en cognitieve vaardigheden antisociaal en/of delictgedrag vertonen, zijn onvoldoende in staat om zelfstandig en adequaat te handelen als er sprake is van sociale probleemsituaties (situaties die de jongere als lastig ervaart, bijvoorbeeld als hij geconfronteerd wordt met een krenkende opmerking of een autoritaire houding). Op dat moment zijn ze onvoldoende toegerust in het bedenken van adequate reacties / oplossingsstrategieën (Knaap, Bogaerts, Speessen & Van Dee, 2011). Ze hebben meer dan gemiddeld problemen op het gebied van impulscontrole, het oplossen van sociale conflicten en bieden van weerstand aan groepsdruk. Hierdoor zijn ze nog ontvankelijker voor herhaling van delictgedrag (van der Stouwe et al, 2016; Knorth, Klomp, & van den Bergh, 2007).

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

Gedragsproblemen komen relatief vaker voor in lagere sociaaleconomische klassen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014). Bij de SoVaopMaat-doelgroep is dit dan ook relatief vaak aan de orde. De doelgroep bestaat uit diverse Nederlandse jongeren, het betreft jongeren zonder en met een migratie achtergrond. Het gaat dan in het bijzonder om jongeren met een Surinaamse, Antilliaanse, Marokkaanse en Turkse achtergrond. De praktijk leert dat bij ongeveer 70% van de jongeren die in aanmerking komen voor de interventie, het antisociale gedrag gerelateerd is aan een gedragsstoornis (ODD of CD) en dat de stoornis wordt versterkt door een tekort aan sociale en cognitieve vaardigheden. Bij jongens is vaker sprake van antisociaal gedrag dan bij meisjes. Dit is ook zichtbaar bij SoVaopMaat, deze wordt gemiddeld genomen vaker aan jongens aangeboden (70% is een jongen en 30% is een meisje). Verder zien we dat de Assertiviteitskernmodule relatief vaker aan meisjes wordt aangeboden.

##### *Gevolgen*

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

## Oorzaken

### *Transactionele ontwikkelingsmodel*

De criminogene risicofactor 'het tekort aan sociale en cognitieve vaardigheden' wordt in stand gehouden en versterkt door andere criminogene risicofactoren die gezamenlijk kunnen leiden tot de ontwikkeling van antisociaal gedrag en/of delictgedrag. SoVaopMaat verklaart dit proces vanuit het transactionele ontwikkelingsmodel (Sameroff & Fiese, 2000). De theorie is gebaseerd op de gedachte dat noch het individu noch de omgeving alleen de ontwikkelingsuitkomst bepaalt. Dit betekent dat antisociaal gedrag of delictgedrag dat onder andere veroorzaakt wordt door een tekort aan sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheden volgens deze theorie het product is van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). Zo laten diverse onderzoeken zien dat de ontwikkeling van antisociaal gedrag of delictgedrag een lange voorgeschiedenis heeft en samenhangt met een combinatie van risicovolle individuele (biologische en psychologische factoren en gezins- en omgevingsfactoren (Bonta & Andrews, 2017; Loeber, Slot, & Stouthamer-Loeber, 2008).

### Individuele kindfactoren

Individuele criminogene risicofactoren bestaan onder andere uit emotionele, cognitieve en fysieke factoren die voortkomen uit genetische, fysiologische, neurologische, neuropsychologische en psychosociale kenmerken (Koot et al., 2008). Bij de SoVaopMaat-doelgroep leidt het tekort aan sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheden tot antisociaal en/of sociaal gedrag (Van der Stouwe et al., 2016). Ook de aanwezigheid van disfunctionele cognities (Wallinius, Johansson, Lardén, & Dernevik, 2011) waaronder egocentrisme (Lin, 2016), hebben directe samenhang met delinquent gedrag bij adolescenten vanaf 14 jaar (Van der Put et al., 2012), maar belemmeren eveneens het toepassen van sociale vaardigheden. Daarnaast blijkt dat impulsiviteit een grote rol speelt bij het vertonen van antisociaal gedrag (Bechtold, Cavanagh, Shulman, & Cauffman, 2014; Shin et al., 2016). Impulsiviteit leidt tot een beperkt vermogen tot vooruit denken en belemmert het ontwikkelen en toepassen van adequate sociale vaardigheden, waaronder oplossingsvaardigheden (Lee, Derefinco, Milich, Lynam, & DeWall, 2017). Verder spelen verstoringen in de sociale informatieverwerking en morele onthechting een grote rol.

### *De sociale informatieverwerking (SIV)*

Het sociale informatieverwerkingsproces verloopt bij jongeren met antisociaal gedrag door onder andere sociale vaardigheidstekorten vaak inadequaat (Crick & Dodge, 1994; Van Nieuwenhuijzen et al., 2017). maar ook tot een rigide wijze van probleemoplossing en het inadequaat maken van keuzes (Geurts, van Eylen & de Vries, 2018). Een tekort aan copingvaardigheden (is onderdeel van executieve functies; Bell & Deater-Deckard, 2007) belemmert eveneens het kunnen reguleren van emoties; het kunnen toepassen van oplossingen en passende sociale vaardigheden (Van der Laan & Blom, 2006) Bij dit proces speelt de database (harde schijf) van een jongere een grote rol. De database ontstaat door een transactioneel proces en bestaat onder andere uit genetisch materiaal, de invloed van eerdere (sociale) ervaringen, de aangeleerde normen en waarden, het gevoel van eigenwaarde en aanwezige (disfunctionele) schema's (Dodge & Pettit, 2003). Grofweg komt het er op neer dat er verstoringen plaatsvinden door o.a. selectief waarnemen en disfunctionele cognities / schema's, waardoor jongeren het gedrag van de ander niet goed interpreteren. Zij interpreteren het gedrag van anderen bijvoorbeeld snel als vijandig en/of als een sociale dreiging (Schönenberg & Justyte 2014; Miller & Johnston, 2019). De kerncognitie die vervolgens wordt aangesproken bepaalt of de jongere meer subassertief of agressief reageert (Bandura 1997). Tijdens dit proces kunnen emoties ontstaan die mede invloed hebben op (de keuze die wordt gemaakt m.b.t.) het vertoonde gedrag en een inadequate informatieverwerking. Ook wordt daardoor de mate waarin iemand kan nadenken over adequate oplossingsvaardigheden beïnvloed. De emotie die wordt ervaren is vaak heftiger als een jongere last heeft van stemmingswisselingen of moeite heeft om emoties te reguleren. Verder leidt een beperkte impulscontrole tot het minder goed kunnen nadenken over adequate oplossingsstrategieën. Bij de SoVaopMaat-doelgroep is bovendien ook sprake van een tekort aan sociale vaardigheden. Met andere woorden: als cognitieve vervormingen, emoties, en impulsen het proces niet of beperkt beïnvloeden, dan is het nog steeds nodig dat een jongere over voldoende sociale vaardigheden beschikt om adequaat te kunnen reageren.

### *Morele onthechting*

Uit onderzoek komt een verband naar voren tussen morele onthechting en antisociaal gedrag (Gini, Pozzoli, & Hymel, 2014; Sijtsema, Garofalo, Jansen, & Klimstra, 2019). Bandura ontwikkelde de theorie van morele

onthechting (theory of moral disengagement) om te verklaren hoe mensen hun schadelijke gedrag rechtvaardigen (Bandura, 2016). Ondanks dat mensen bepaalde normen en waarden aanhangen en zich bewust zijn van 'goed' of 'fout' kunnen zij toch voor immoreel (antisociaal) gedrag kiezen. Door te geloven dat het gedrag een hoger doel dient (bijvoorbeeld door rechtvaardiging) en door er geen (volledige) verantwoordelijkheid voor te nemen (de ander vroeg er om) kan het gedrag bestaan zonder dat het iemands zelfvertrouwen of zelfbeeld schaadt. De effecten van het gedrag worden geminimaliseerd of ontken, het slachtoffer wordt gedehumaniseerd door de persoon te beschuldigen het gedrag van de ander te hebben veroorzaakt (Bandura, 2016; Caprara, et al., 2014). Het proces naar morele onthechting wordt gevoed door het hebben van een tekort aan impulscontrole. Als een kind zich regelmatig niet op gepaste wijze kan beheersen, krijgt het voortdurend te horen dat hij fout is en stout doet. Een kind behoort zich dan te schamen of schuldig te voelen. Dit gevoel is vaak ondraaglijk, waardoor morele onthechting wordt gestimuleerd (Hyde, Shaw, & Moilanen, 2010). Dit begint door een denkwijze te gaan hanteren die het antisociale gedrag goedpraat. Het gaat om cognitieve vervormingen die mogelijk versterkt worden door kernovertuigingen. Morele onthechting kan natuurlijk ook gestimuleerd worden door de omgeving waarin iemand opgroeit. Als ouders/verzorgers zo denken of andere belangrijke systeemleden, dan wordt morele onthechting als het ware aangeleerd.

Morele onthechting blijft in stand door een tekort aan impulscontrole en het hanteren van cognitieve vervormingen en heeft een belemmerende werking m.b.t. het toepassen van sociale vaardigheden, waaronder communicatieve vaardigheden (minder rekening houden met de ander) en oplossingsvaardigheden.

### Gezins- en omgevingsfactoren

Ongunstige sociale omstandigheden beïnvloeden de ontwikkeling van antisociaal gedrag. Denk hierbij bijvoorbeeld aan sociaaleconomische positie, schulden, uitval op school, ouders/verzorgers met een tekort aan opvoedingsvaardigheden en een risicovol sociaal netwerk (Jennissen & Blom, 2007).

Negatieve ouder-kind interacties door een tekort aan opvoedingsvaardigheden (waaronder het begrenzen van onacceptabel gedrag) vergroten het risico op het ontwikkelen en in stand houden van antisociaal gedrag (e.g., Kawabata, Alink, Tseng, Van IJzendoorn, & Crick, 2011). Uit het onderzoek van Van Doorn, Branje en Meeus (2011) kwam bovendien naar voren dat adolescenten die veel conflicten met hun ouders/verzorgers rapporteerden, hogere niveaus van delinquent gedrag lieten zien dan adolescenten die aangaven weinig conflicten met hun ouders/verzorgers te hebben. Verder blijkt dat de kwaliteit van ouder-kind relaties vooral tijdens de adolescentiefase samenhangt met de mate van delinquent gedrag van jongeren (Hoeve et al., 2009; Keijsers et al., 2011). Als de relatie met ouders/verzorgers slecht is en er geen positieve ondersteuning van een andere volwassen persoon aanwezig is, dan is dit een extra risicofactor (Scholte, Van Lieshout, & Van Aken, 2001) voor het ontwikkelen van antisociaal gedrag.

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

### *Deviantie vrienden / groepsdruk*

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat het hebben van een deviantie vriendengroep verband heeft met het tonen van delictgedrag (Rakt, Weerman, & Need et al., 2005; Ryan, Williams, Courtney, 2013). Delinquentie jongeren overtreden de wet zelden alleen. Het plegen van delicten in groepsverband (co-offending) is inherent aan delinquentie bij jongeren, zij zijn gevoelig voor groepsdruk en de normen en waarden die gehanteerd worden door de groep (straatcultuur) waar ze bij (willen) horen. Vaak spelen bij een straatcultuur begrippen als eer, status en loyaliteit een belangrijke rol. In een straatcultuur wordt antisociaal gedrag regelmatig gezien als gepast of noodzakelijk om je als groep staande te houden (De Jong, 2010). Als een jongere grote behoefte heeft "om ergens bij te horen", bijvoorbeeld omdat het thuis minder goed gaat, en inschat dat niet meedoen, betekent dat er uitsluiting volgt, dan vergroot dit de kans antisociaal gedrag (Thau, Derfler-Rozin, Pitesa, Mitchell, & Pillutla, 2015). Gevoelig zijn voor groepsdruk wordt naast de behoefte om ergens bij te horen, vaak versterkt door het hanteren van niet-helpende subassertiële gedachten die subassertiële gedrag versterken. Bijvoorbeeld: "ik ben minder waard, dan de ander of anderen verklaren me voor gek, als ik nu moeilijk ga doen". Ook wordt het versterkt door onvoldoende na te denken over de gevolgen op lange termijn (en het inadequaat maken van keuzes).

## Aan te pakken factoren

Het transactionele ontwikkelingsmodel gaat ervan uit dat de kans op antisociaal gedrag door onder andere een tekort aan sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheden steeds groter wordt als er meer dan één stressfactor en/of criminogene risicofactor aanwezig is. Elke extra stressfactor of criminogene risicofactor vergroot de kans sprongsgewijs op het ontwikkelen van antisociaal gedrag (Murray & Farrington, 2010). De draaglast wordt dan namelijk steeds kleiner, tenzij er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de draaglast te compenseren. In de meeste gevallen bestaan beschermende factoren uit het tegengestelde van risicofactoren: het risico is afwezig of er is sprake van een positieve tegenhanger. Dit betekent dat SoVaopMaat zowel gericht is op het verminderen van dynamische (veranderbare) criminogene risicofactoren (DCRF) als het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren. Het werken aan motiveren en de leerbaarheid wordt gezien als een beschermende factor en hoort bij de specifieke responsiviteit. Als (een deel van) onderstaande criminogene risicofactoren een rol spelen, beïnvloedt dit de leerbaarheid, waardoor het belangrijk is om ook hier voldoende aandacht voor te hebben. Hieronder wordt kort beschreven welke criminogene risicofactoren worden aangepakt:

*De aanwezigheid van sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheidstekorten.* Deze criminogene risicofactor (CRF) wordt versterkt door onderstaande CRF. Het verminderen van deze CRF wordt gerealiseerd door aan alle standaard doelen te werken. Afhankelijk van de problematiek, kan het nodig zijn om ook aan geïndiceerde optionele doelen te werken om de genoemde vaardigheidstekorten in voldoende mate te verminderen.

*De aanwezigheid van deviante vrienden en negatieve groepsdruk.* Hier wordt via de doelen 2b en 4a direct aan gewerkt..

*De aanwezigheid van weinig begrenzing, te veel aan conflicten en slecht contact) met ouders/verzorgers.* Dit wordt aangepakt door te werken met de module Gezin in Beeld, het gaat om de doelen O6, O7 en O8.

*De aanwezigheid van een tekort aan oplossingsvaardigheden.* Hier wordt direct aan gewerkt via de doelen 3b, 3d, en 4b.

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen die leiden tot agressief of subassertief gedrag en de morele onthechting in stand houden. Hier wordt middels doel 3a aan gewerkt.

*De aanwezigheid van een verstoring in de sociale informatieverwerking.* Hier wordt direct en indirect aan gewerkt. Er worden ook aparte CRF genoemd die dit proces verstoren, zoals een tekort aan impulscontrole en sociale vaardigheden (waaronder oplossingsvaardigheden). Deze worden hier niet genoemd. Er wordt via subdoel 3b,3c en 3d aan gewerkt en via de O2, O3 en O4.

*De afwezigheid van voldoende impulscontrole met als gevolg onvoldoende zelfcontrole en het in standhouden van de morele onthechting.* Zie subdoel O1.

*De aanwezigheid van sterke negatieve emoties in combinatie met een beperkte emotieregulatie.* Zie subdoel O2.

## Verantwoording

Om zorg te dragen voor een effectieve behandeling is SoVaopMaat gebaseerd op de RNR-principes (*risk-need-responsivity*; Bonta & Andrews, 2017). Deze principes leiden tot significant meer recidivevermindering in vergelijking tot interventies die geen gebruik hebben gemaakt van deze principes (Bonta & Andrews, 2017). Volgens de RNR-principes is het van belang dat de intensiteit van de behandeling (frequentie en duur) is afgestemd op het recidiverisico (risicoprincipe). Dit betekent dat de behandeling van jongeren met een hoog recidiverisico vraagt om een meer intensieve en langdurige behandeling in vergelijking tot jongeren met een matig recidiverisico. Daarnaast dienen de behandeldoelen gerelateerd te zijn aan de dynamische criminogene risicofactoren (behoefteprincipe) die een rol spelen bij de jongere. In dit geval gaat het om een doelen die helpen om het tekort aan sociale en cognitieve vaardigheden te verminderen, maar bijvoorbeeld ook het aanbieden van farmacotherapie voor het behandelen van ADHD. Vervolgens is het relevant dat er rekening wordt gehouden met de ontvankelijkheid van de doelgroep en een individu voor het behandelaanbod (reponsiviteitsbeginsel; Menger & Krechtig, 2008; Verdonck & Jaspaert, 2009). Het responsiviteitsbeginsel is onder te verdelen in algemene en specifieke responsiviteit. Algemene responsiviteit is gericht op het toepassen van een behandelmethodiek die bij een soortgelijke doelgroep effectief blijkt te zijn (Bonta & Andrews, 2017). Specifieke responsiviteit staat voor het zorgdragen van maatwerk door onder andere te kijken naar de aard van de problematiek, de mate van motivatie en de leerstijl van de jongere



(Menger & Krechtig, 2008). Hieronder wordt specifiek uitgewerkt hoe de SoVaopMaat De RNR-principes vormgeeft.

### Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de SoVaopMaat

#### *A: Risicobeginsel*

Het is van belang dat de behandelaar met de SAVRY (residentieel) of de RAF-GZZ Jeugd (ambulant) ontrafelt **hoe** de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een matig of hoog risicoprofiel en welke het tekort aan sociale en (sociaal)cognitieve vaardigheden in stand houden of zelfs versterken. Een hoog risicoprofiel betekent vaak dat er meer optionele modules moeten worden ingezet, waardoor de behandeling intensiever zal zijn.

#### *B: Behoeftebeginsel*

De behandeling zal onder andere gericht zijn op de dynamische criminogene risicofactoren die de SoVaopMaat aanpakt, Uit de diagnose volgens de DSM-5 en de score van de RAF-GGZ Jeugd / SAVRY wordt duidelijk welke criminogene risicofactoren bij een jongere kritisch zijn en dus behandeld moeten worden. Bij de SoVaopMaat wordt maatwerk geleverd door te kiezen uit één van de drie kernmodules die het beste aansluit bij de problematiek en aanvullende optionele modules. Als er sprake is van kritische risicofactoren die SoVaopMaat niet behandelt, dan wordt er gezorgd voor een aanvullend aanbod. Denk aan een psychiatrisch consult (farmacotherapie) in verband met ADHD of EMDR als er ook een trauma-interventie noodzakelijk is.

#### *C. Responsiviteitsbeginsel*

##### *Algemeen responsiviteitsprincipe*

Om zorg te dragen voor de algemene responsiviteit maakt de SoVaopMaat gebruik van een combinatie aan werkzame elementen die bij de doelgroep effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2017) en die helpen bij het realiseren van de subdoelen. Het gaat om cognitieve gedragstherapie (CGT) waarbij ervaringsgericht en gedragstherapeutisch leren relevant is. Ook is systemisch werken relevant, de omgeving wordt immers betrokken (ouders/verzorgers en/of groepsleiders) en meteen bij aanvang is aandacht voor het motiveren, zie specifieke responsiviteit.

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

Cognitieve gedragstherapie gaat kort gezegd over het bieden van psycho-educatie en het opsporen en corrigeren van niet-helpende gedachten die leiden tot psychische problemen, negatieve emoties en onwenselijk gedrag. 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, Ince, de Baat & Daamen, 2012; Lipsey, Landenberger & Wilson, 2007; Litschge, Vaughn, & McCrea, 2010). Effectiviteit is ook te zien als de cognitieve gedragsmatige interventies (vooral) gericht zijn op het verminderen van sociale vaardigheidstekorten (Barriga, Hawkins & Camelia, 2008; Foolen et al., 2012; van der Stouwe, Asscher, Hovee, van der Laan & Stams, , 2016). Bovendien blijkt uit een meta-analyse dat sociale vaardigheidstrainingen die geen gebruik maken van CGT-elementen minder resultaat behalen (Beelmann & Lösel, 2006). Belangrijke werkzame CGT-elementen zijn het kunnen herkennen van disfunctionele cognities, vooral in combinatie met het aanleren van helpende gedachten, het werken aan probleemoplossingsvaardigheden (Blake & Hamrin, 2007; Knaap, Bogaerts, Speessen & Van Dee, 2011; Sukhodolsky, Smith, McCauley, Ibrahim, & Piasecka, 2016) en het toepassen van dramatherapeutische technieken, waaronder rollenspellen (Lipsey, 2009; Sukhodolsky et al., 2016). Deze elementen worden allen gebruik in de modules van SoVaopMaat.

##### b. Inzicht opdoen en vaardigheden laten beklijven door toepassen van ervaringsgerichte oefeningen

Bij SoVaopMaat is het toepassen van ervaringsgerichte oefeningen (verschillende vormen van rollenspellen) essentieel. Er wordt concreet geoefend met diverse vaardigheden, zoals het innemen van verschillende perspectieven (Walker & Murachver, 2012), rolinleving in een persoon die tegenovergesteld denkt aan de jongere als het gaat om een cognitieve vervorming, oefeningen om de beheersingsvaardigheden te vergroten (soms ook d.m.v. imaginatie oefeningen) en het oefenen met het toepassen van helpende-gedachten, waarbij ook aandacht is voor het aannemen van een passende houding die helpt om de gedachte te versterken (en het gedrag dat erbij hoort). Verschillende onderzoeken laten zien dat het toepassen van rollenspellen en andere ervaringsgerichte interventies effectief is als het gaat om het verbeteren van sociale vaardigheden en het verminderen van gedragsproblemen (Foolen et al., 2012; Lin en Bratton, 2015; Sukhodolsky et al., 2016).

### c. Bewerkte mindfulness-oefeningen voor het beter leren richten van de aandacht.

Bij de module Impulscontrole en Emotieregulatie worden mindfulness oefeningen ingezet als werkzaam element (Kabat-Zinn et al., 1998). Bij mindfulness wordt gewerkt aan het herkennen (en accepteren) van gevoelens. Mindfulness helpt onder andere om impulsiviteit en emotieregulatie positief te beïnvloeden. Het heeft een reducerend effect op mentale drang (Morley, 2018; Shonin, Van Gordon, Slade en Griffiths, 2013). Hoewel de inzet van mindfulness in combinatie met CGT veelbelovende effecten oplevert is er nog een gebrek aan goed methodologisch onderzoek om definitieve conclusies te kunnen trekken (Alsubaie et al., 2017).

#### *Specifieke responsiviteitsprincipe*

##### a. Sensitief voor maatwerk / een responsief aanbod

SoVaopMaat kan in individueel, in groepsverband (met uitzondering van de Motivatiemodule) of gecombineerd worden aangeboden. Deze verschillende mogelijkheden maken het mogelijk om gemakkelijker maatwerk te leveren. Tijdens het individuele of groepsgerichte aanbod zal rekening worden gehouden met de specifieke responsiviteit. Zo kan er goed worden aangesloten bij de behandelmotivatie, eigenschappen, cognitieve capaciteiten, leerstijl en leertempo van de jongere. Ook is het werkmateriaal geschikt voor zowel jongeren met een (laag)-gemiddelde intelligentie als voor jongeren met een hoge intelligentie. Jongeren met een vrij lage intelligentie is het belangrijk om de theorie te versimpelen en nog meer ervaringsgericht te werken. Bij jongeren met een hogere intelligentie wordt er uitgebreider op theoretische onderdelen ingegaan en meer inzicht en diepgang aangeboden. Rollenspellen kunnen variëren in moeilijkheidsgraad, bovendien worden er in de aanvullende optionele modules diverse oefeningen beschreven die kunnen worden gedaan en helpen voor het behalen van hetzelfde subdoel. De behandelaar kan dan samen met de jongeren kiezen voor oefeningen die het beste aansluiten op de leerstijl en interesses. De duur van de kernmodules, kunnen worden verlengd als het leertempo van de jongeren / groep hierom vraagt. Er wordt dan een volgende bijeenkomst doorgedaan met het onderdeel van het hoofdstuk waar de groep gebleven is en aangevuld met een extra-oefening.

##### b. Verbeteren van zelfeffectiviteit (vergroten ‘geloof in eigen kunnen)

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

##### c. Doorlopend motiveren

Aangezien een deel van de doelgroep gedemotiveerd is, zet de SoVaopMaat-behandelaar vanaf het begin (motivatiemodule) en doorlopend verschillende motivatietechnieken in om motivatieverandering te stimuleren. Als een jongere niet te motiveren blijkt, wordt onderzocht of een andere behandelaar het wel lukt. Het is van belang dat de toegepaste technieken aansluiten bij het motivatieniveau van de jongere en inspelen op de verschillende domeinen die de motivatie kunnen beïnvloeden. De SoVaopMaat benadert motivatie als een veranderbaar begrip dat o.a. wordt bepaald door een proces waarbij de jongere, zijn omgeving en de behandelaar interacteren (Rovers, 2010). Voorbeelden van relevante motivatietechnieken zijn:

1. Het aangaan van contact, het opbouwen van een werkalliantie en in voldoende mate valideren;
2. Aansluiten bij het eigenbelang van de jongere. Tot welke nadelen leidt het gedrag dat volgens anderen een probleem is, voor de jongere? Krijgt de jongere hierdoor meer ruzie en minder vrijheid?
3. Er wordt actief met de jongere gezocht naar motivatoren (redenen die voor de jongere belangrijk zijn en ervoor zorgen dat het volgen van de SoVaopMaat als voordelig wordt gezien);
4. Het werken aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit (geloof in eigen kunnen);

5. De opdrachten en wijze van uitleg sluiten aan bij de belevingswereld en interesse van de jongeren. Zo wordt er gebruik gemaakt van voorbeelden en situaties die herkenbaar en realistisch zijn;
6. De kernmodules zijn zo vormgegeven dat de inhoud gestructureerd en duidelijk is. De jongeren weten aan welke doelen ze werken en op welke manier dit gebeurt.
7. Er wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de leerstijl van een jongere (er kan bijvoorbeeld naar behoefte worden gevarieerd met mate waarin er gewerkt wordt met rollenspellen, rolwisseling, voordoen, gebruik filmfragmenten, video-opnames, verdiepende vragen, discussiëren).

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

- A. Van der Knaap, L.M., Bogaerts, S., Speessen, N. M. P. G., Van Dee, L. C. A. (2011). Sociale Vaardigheidstraining op Maat. Een inventarisatie van knelpunten bij de implementatie en uitvoering. INTERVICT: Tilburg University
- B. Het betreft kwalitatief onderzoek, in eerste instantie zou er onderzocht worden in welke mate er voldaan werd aan de programma-integriteit in alle JJI's. SoVaopMaat werd echter onvoldoende aangeboden (met uitzondering van de Doggershoek) waardoor er werd besloten om onderzoek te doen naar de implementatie van de interventie en om in kaart te brengen welke belemmeringen er bestaan voor het op grote(re) schaal invoeren en uitvoeren van de interventie.
- C. Het rapport concludeert dat SoVaopMaat binnen de justitiële jeugdinrichtingen als een zinvolle bijdrage aan het behandel aanbod wordt gezien. Er bestaat draagvlak voor de interventie en er ligt een goed en uitgewerkt behandelmodel aan de interventie ten grondslag. SoVaopMaat lijkt echter in zekere zin door de veranderde praktijk te zijn ingehaald waardoor de interventie op zeer beperkte schaal en op een andere manier dan in de handleiding is beschreven, wordt uitgevoerd. Sinds 1 januari 2010 verblijven er geen civielrechtelijk geplaatste jongeren meer in de inrichtingen waardoor een veel kleinere doelgroep voor SoVaopMaat overbleef. Deze overblijvende doelgroep verblijft gemiddeld korte tijd in de inrichtingen waardoor ze formeel niet in aanmerking komen voor het volgen van SoVaopMaat. Als gevolg hiervan geeft een aantal inrichtingen losse onderdelen van SoVaopMaat en wordt SoVaopMaat meer gezien als een verdiepende interventie voor jongeren die onvoldoende baat hebben bij Equip. Er wordt geadviseerd om SoVaopMaat aan te passen, en hierbij te onderzoeken of eventueel een meer compacte vorm mogelijk is, of en hoe het transmuraal kan worden ingezet (nu kan het pas worden aangeboden als zeker is dat een jongere vier maanden in de inrichting verblijft) en om het individueel aanbieden gebruiksvriendelijker te maken. Dit laatste punt geldt ook voor de handleidingen. In het onderzoeksrapport wordt gemeld dat over de uitvoering en kwaliteitsbewaking van de Doggerhoek gemeld kan worden dat jongeren gemiddeld drie modules volgden. Dat deden zij bovendien vrijwel altijd in combinatie met één of meerdere werkboeken (wordt nu kernmodule genoemd). Met andere woorden, de behandelaars in De Doggershoek slaagden er kennelijk in de meeste jongeren een volwaardige SoVaopMaat-training te geven. Verder viel op dat de evaluatieformulieren door zowel de trainers als de jongere regelmatig werden ingevuld. Tevens werd het functioneren van de trainers halfjaarlijks beoordeeld door de programmaverantwoordelijke en was een groot deel van de nameting beschikbaar. Het hanteren van het kwaliteitsbewakingssysteem verliep in deze inrichting dus goed. Er kan dus geconcludeerd worden dat het uitvoeren van volwaardige trainingen en het hanteren van het kwaliteitsbewakingssysteem mogelijk zou moeten zijn.
- A. Hoogsteder, L.M. (2013). De programma-integriteit en de doeltreffendheid van SoVaopMaat. Onderzoeksrapport voor de (voormalige) Erkenningscommissie Justitie over de uitvoering de doeltreffendheid van de SoVaopMaat om te kunnen beoordelen of een verlenging van de erkenning geëigend is. Tingkah: Castricum
- B. Dit onderzoek betreft een procesonderzoek in combinatie met een onderzoek naar de doeltreffendheid van de SoVaopMaat. De resultaten van de doeltreffendheid worden bij 4.2 beschreven. Tijdens het procesonderzoek is geanalyseerd of werd voldaan aan de programma-integriteit door te toetsen op de randvoorwaarden (waaronder de opleidingseisen), de indicatiecriteria, en het gebruik van de instrumenten. Tevens is gekeken naar gebruik van de handleiding, de toepassing van relevante methoden en technieken en de duur en intensiteit van het aanbod. Als leidraad is het format gebruikt dat de voormalige erkenningscommissie heeft opgesteld. Voor beantwoording van de onderzoeksvragen is een combinatie van meerdere methoden gebruikt, te weten: interviews met jongeren en behandelaren over uitgevoerde therapie sessies, enkele observaties van individuele bijeenkomsten en groeps sessies (steekproefsgewijs), uitkomst van de gebruikte selectie-instrumenten en de evaluatieformulieren die bij de interventie horen om de programma-integriteit te kunnen beoordelen. De programma-integriteit is in dit onderzoek beoordeeld over de periode 2007 tot 2011. Hierbij werd de feedback van 50 jongeren

betrokken en 64 evaluatieformulieren (met betrekking tot de behandeling van 64 jongeren) die door 6 verschillende behandelaars werden ingevuld.

- C. Uit de procesevaluatie kwam naar voren dat aan de randvoorwaarden werd gedaan. De behandelaars voldeden aan de opleidingseisen, er werd structureel intervisie gevolgd (elke twee weken). Ook werd de groepsleiding getraind in mentale weerbaarheid, zodat zij voldoende tools hadden om de jongeren te ondersteunen. De SoVaopMaat werd aangeboden aan de beoogde doelgroep en de programma-integriteit werd in voldoende mate gewaarborgd. Hierbij werd gekeken naar de toepassing van relevante werkzame elementen (zie kopje 5). Wel kwamen er duidelijke aandachtspunten uit dit onderzoek naar voren. Bij bijna een kwart (n=15; 23,4%) van de behandelingen vond onvoldoende overdracht plaats tussen de SoVa-behandelaar en de andere behandelaars of begeleiders van de jongeren, zoals de behandelverantwoordelijke en de individueel trajectbegeleider. Daarnaast werd duidelijk dat bij 16,3% (n=9) van de jongeren, de mentor van de leefgroep onvoldoende ondersteuning heeft geboden in het werken aan leerpunten die nodig waren om de SoVa-doelen beter te laten beklijven. Het was opvallend dat er niet werd voldaan aan de optie om ook twee tot drie keer per week te behandelen. Volgens de behandelaars werd dit niet gehaald, omdat een substantieel deel van de jongeren ook vaktherapie kregen aangeboden en Equip. Jongeren met een hoog risicoprofiel kregen gemiddeld genomen 1,3 SoVaopMaat-sessies per week.
- A. Hoogsteder, L.M. (2015). De programma-integriteit van SoVaopMaat in een besloten en ambulante jeugdzorg instelling. Een kort overzicht van de bevindingen. *Tingkah: Castricum*.
- B. Dit document geeft antwoord op een drietal vragen met betrekking tot de gedragsinterventie SoVaopMaat. Onderzocht is of de beoogde doelgroep werd bereikt, in welke mate de programma-integriteit werd gewaarborgd en of er aandachtspunten zijn die de kwaliteitsborging zouden kunnen verbeteren. Aan dit onderzoek hebben 21 jongeren en 5 behandelaars deelgenomen. Hierbij kregen 15 jongeren SoVaopMaat aangereikt in een ambulante setting, de overige jongeren verbleven op een besloten leefgroep. Voor beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van meerdere methoden gebruikt, te weten interviews met behandelaars over de randvoorwaarden en het toepassen van werkzame elementen en enkele observaties van individuele bijeenkomsten en groepsessies (steekproefsgewijs). De programma-integriteit werd beoordeeld over een periode van 6 maanden in 2015.
- C. Uit de procesevaluatie kwam naar voren dat (deels) aan de randvoorwaarden werd gedaan. De behandelaars voldeden aan de opleidingseisen en volgden structureel intervisie. Wel was er in korte tijd twee keer gewisseld met een programmaverantwoordelijke waardoor er minder begeleiding werd gegeven dan gebruikelijk. Ook bleken twee behandelaars onvoldoende tijd te krijgen om naast hun reguliere werkzaamheden als ambulante begeleider de SoVaopMaat aan te bieden. Uit het onderzoek werd verder duidelijk dat de beoogde doelgroep deels werd bereikt. Bij 61,9% van de behandelde jongeren kon worden vastgesteld dat zij voldeden aan de indicatiecriteria. Bij de overige groep was dit onduidelijk, hierbij leek bij 23,8% de problematiek te mild. De mate van programma-integriteit werd ook beoordeeld door te kijken naar de daadwerkelijk toegepaste werkzame elementen. De ingevulde evaluatieformulieren van de behandelaars lieten zien dat de werkzame elementen deels in voldoende mate werden uitgevoerd, zoals het toepassen van CGT-technieken, het doorlopend motiveren, elke bijeenkomst werken aan oplossingsvaardigheden, het voordoen van sociale vaardigheden / oplossingen en het oefenen met rollenspelen. Zo ook het zorgdragen voor de continuïteit. Het toepassen van de RNR-principes bleek echter onvoldoende, en tevens het hebben van voldoende aandacht voor het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie / werkalliantie en het valideren. De instelling heeft na de uitkomst van het onderzoek de programmaverantwoordelijke meer tijd gegeven om de nodige begeleiding te bieden. Ook kregen SoVa-behandelaars voldoende uren om aan de gevraagde case-load te voldoen. Daarnaast werd door middel van twee booster-trainingen gewerkt aan het valideren en het verbeteren van inspelen op verschil in leerstijl.

## 4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

- A. Hoogsteder, L.M. (2013) De programma-integriteit en de doeltreffendheid van SoVaopMaat. Onderzoeksrapport voor de (voormalige) Erkenningscommissie Justitie over de uitvoering de doeltreffendheid van de SoVaopMaat om te kunnen beoordelen of een verlenging van de erkenning geëigend is. Tingkah: Castricum
- Staijen, F.M.C. (2016) De invloed van Equip op de resultaten van de gedragsinterventie SoVaopMaat. Masterthesis. Amsterdam: UvA.
- B. Het eerste onderzoek betreft een procesonderzoek in combinatie met een onderzoek naar de doeltreffendheid van de SoVaopMaat. In dit deel worden alleen de resultaten over de doeltreffendheid gerapporteerd. Het tweede onderzoek betreft een scriptie waarbij grotendeels van dezelfde data gebruik is gemaakt. Bij het eerste onderzoek was de volgende onderzoeksvraag leidend: zijn het recidiverisico, het aantal incidenten, het tekort aan sociale vaardigheden, de cognitieve vervormingen, het tekort aan adequate copingvaardigheden en de geringe responsiviteit (wantrouwen, demotivatie, impulsiviteit en aandachtstekort) significant afgenomen bij jongeren die de SoVaopMaat hebben ontvangen in vergelijking tussen nul- en eindmeting? Bij het eerste en tweede onderzoek is tevens onderzocht of jongeren die ook Equip aangeboden hadden gekregen meer hadden geprofiteerd van de behandeling. Voor de analyse is onder andere een gepaarde T-toets en een ANCOVA gebruikt. Het onderzoek is uitgevoerd bij jongeren ( $n=67$ ) die de SoVa aangeboden hebben gekregen en voldeden aan de indicatiecriteria. Een deel van de jongeren die de SoVa kregen aangeboden, heeft ook vaktherapie als aanvullend behandelaanbod ontvangen ( $n=24$ ; 35,8%). Verder werd Equip (Gibbs, Potter, & Goldstein, 1995) vanaf september 2009 als onderdeel van de basismethodiek aangeboden. Hierdoor kreeg een deel van de jongeren ( $n=21$ ; 31,3%) ook Equip naast de SoVa. In totaal hebben 33 jongeren (51%) alleen de SoVa aangeboden gekregen. Alleen jongeren bij wie de programma-integriteit redelijk in orde was zijn meegenomen in het onderzoek. Voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag werden de volgende instrumenten gebruikt:
1. Om eventuele afname van het recidiverisico te meten is gebruik gemaakt van de Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY);
  2. Het aantal agressie-incidenten werden gegenereerd uit het justitiële registratiesysteem TULP-Jeugd en de reguliere incidentenregistratie-formulieren;
  3. De SoVa-lijst (Hoogsteder, 2006) is een vragenlijst om specifieke sociale vaardigheden te monitoren gericht op de zelfcontrole en assertiviteit;
  4. De Utrechtse Coping Lijst (UCL: Schreurs, Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993) werd gebruikt om coping-gedrag te meten;
  5. De Verkorte Lijst Irrationele Gedachten (V-LIG; Hoogsteder, Wissink et al., 2014) en de Hoe ik Denk (HID; Barriga, Gibbs, Potter, & Liau, 2001; Nas, Brugman, & Koops, 2008) werden ingezet om verschillende cognitieve vervormingen te kunnen meten;
  6. De VSVJ (Vragenlijst Sociale Vaardigheden Jongeren; Hulstijn, Boomsma, Cohen-Kettenis, & Mellenbergh, 2008) diende om de vooruitgang in kaart te brengen met betrekking tot sociale vaardigheden.
- C. Uit het doeltreffendheidsonderzoek kwam naar voren dat jongeren ( $n = 33$ ) die alleen de SoVaopMaat hadden gevolgd op vrijwel alle onderzochte programmadoelen een significant positief resultaat behaalden, kijkend naar verschil in nul- en eindmeting. Het ging om de uitkomstmaten recidiverisico, aantal geregistreerde incidenten door personeel, sociale vaardigheden, copingvaardigheden (met uitzondering van expressie van emoties), cognitieve vervormingen (met uitzondering van wantrouwen) en responsiviteit. De resultaten van de totale onderzoeksgroep ( $N = 67$ ) waren vrijwel identiek. Bij deze groep was alleen het verschil in nul- en eindmeting m.b.t. gedachten die leiden tot wantrouwen echter wel significant, verder werden er geen positieve significante veranderingen gevonden op een tweetal specifieke copingvaardigheden, namelijk expressie van emoties en het adequaat omgaan met stressoren. Uit beide onderzoeken werd tevens duidelijk dat jongeren die ook Equip aangeboden hadden gekregen niet meer hebben geprofiteerd van de behandeling. Tegen de verwachting in toonde de ANCOVA aan dat Equip een klein negatief effect had op het verbeteren van een aantal cognitieve vervormingen, namelijk gedachten die leiden tot agressief gedrag en/of het rechtvaardigen van dit gedrag, egocentrisme en de neiging om anderen de schuld te geven en gedachten die het antisociaal gedrag goedpraten. Ook bleek Equip een klein negatief effect op de gemeten sociale vaardigheden met de SoVa-lijst en op sociaal onaangepast gedrag.

Een substantieel deel van de onderzoeksgroep ( $n = 50$ ) hebben de SoVaopMaat gemiddeld genomen gewaardeerd met een 7,2 (SD = 0,82; range 5-9). 98% van deze groep gaf aan dat ze vonden dat SoVaopMaat hun heeft geholpen, 96% vond dat ze door de interventie over meer sociale vaardigheden beschikken. Bijna driekwart van de jongeren was er bovendien van overtuigd dat ze door de interventie minder snel met de politie in aanraking zouden komen (72%).

- A. Slik, M. (2016). De doeltreffendheid van de Sociale Vaardigheidstraining op Maat bij jongeren met ADHD. Masterthesis. Amsterdam: UvA.
- B. In dit onderzoek werd de doeltreffendheid van SoVaopMaat onderzocht bij jongeren met ADHD en jongeren zonder ADHD. Verwacht werd dat de SoVaopMaat doeltreffend is voor beide doelgroepen, maar dat de jongeren zonder ADHD meer positieve veranderingen zouden laten zien. De steekproef bestond uit 48 jongeren zonder ADHD en 19 jongeren met ADHD. Bij beide groepen een gepaarde t-toets uitgevoerd om te kijken of er een positief significant verschil gevonden kon worden tussen de nul- en eindmeting. Met een ANCOVA is de invloed van ADHD op de doeltreffendheid van de SoVaopMaat geanalyseerd, waarbij gecontroleerd werd op verschil in nulmeting, geringe impulscontrole en middelenmisbruik, omdat de doelgroep op deze twee achtergrond variabelen bleken te verschillen.
- C. Uit de onderzoeksresultaten bleek dat zowel jongeren met als zonder ADHD positieve veranderingen lieten zien op het gebied van sociale vaardigheden. Ook was het recidiverisico bij beide groepen significant verminderd. Daarnaast is gebleken dat jongeren met ADHD in vergelijking met jongeren zonder ADHD grotere positieve veranderingen lieten zien wat betreft het verminderen van aandachtstekort en minder grote veranderingen lieten zien wat betreft stress en coping. Uit de resultaten bleek tevens dat het recidiverisico van de jongeren met en zonder ADHD na de SoVaopMaat is verminderd. Daarnaast zijn er positieve veranderingen gevonden bij beide groepen wat betreft negatieve opvattingen en attitude, impulscontrole en riskant gedrag. De resultaten bleken afwijkend op het gebied van aandachtstekort en motivatie. Alleen de groep jongeren met ADHD scoorde positief op het gebied van aandacht en alleen de jongeren zonder ADHD scoorde positief op motivatie. Op de laatste twee onderdelen na was de effectgrootte voor beide groepen middelgroot tot zeer groot. De cognitieve vervormingen gerelateerd aan gedachtes die leiden tot agressief en subassertief gedrag bleken eveneens bij beide groepen te zijn afgenomen met een middelgrote tot grote effectgrootte. Dit gold niet voor wantrouwen, waarbij bij beide groepen een klein effect werd gevonden. Wat betreft sociale vaardigheden waren de resultaten bij beide groepen positief in het verbeteren van prosociaal gedrag en het verminderen van sociaal onaangepast gedrag. De effectgroottes op het eerste onderdeel zijn zeer groot voor beide groepen en voor het laatste onderdeel wordt bij jongeren zonder ADHD een middelgroot effect gevonden en bij jongeren met ADHD een klein effect.
- A. Hoogsteder, L.M. & Stams, G.J.J.M. (2019) Daadwerkelijke recidivecijfers SoVaopMaat en de mate waarin jongeren profiteren van SoVaopMaat in combinatie met Equip. Utrecht: de Waag.
- B. In dit onderzoek ( $N = 54$ ) werden de mate van impulsiviteit, motivatie, het recidiverisico en de daadwerkelijke recidivecijfers geanalyseerd van jongeren die SoVopMaat kregen aangeboden. Tevens werd onderzocht of jongeren die naast de SoVaopMaat ook Equip aangeboden hadden gekregen meer profiteerde van de behandeling en hierdoor minder vaak recidiveerden. Er is gebruik gemaakt van de SAVRY om het risico op recidive te bepalen en om impulsiviteit en de mate van motivatie te meten. Voor de recidivemetingen is gebruik gemaakt van gegevens uit de Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD) die volgens de vaste procedures van de Recidivemonitor van het WODC zijn bewerkt. De OBJD registreert alleen delicten die bekend zijn bij politie en het Openbaar Ministerie (OM). Op basis van door de onderzoekers geleverde informatie over de jongeren die deelnamen aan het onderzoek is een bestand door het WODC aan de onderzoekers geleverd.
- C. De resultaten van het onderzoek toonden aan dat de SoVa-groep significant beter scoorde op motivatie (middelgroot effect) dan de groep die ook Equip had ontvangen. Tegen de verwachting in bleek de SoVa-groep ook op de andere uitkomstmaten betere resultaten te behalen (NIET significant). Na een follow-up van drie jaar is te zien dat de SoVa-groep ruim één derde minder recidiveerde met vermogensdelicten (SoVa-groep: 20.7%; SoVa+Equip: 36%). Voor algemene recidive was het gevonden verschil ongeveer hetzelfde, namelijk 14,6% (SoVa-groep: 41.4%; SoVa+Equip: 56%). De resultaten van dit onderzoek lijken aan te tonen dat een goed uitgevoerde SoVaopMaat leidt tot vermindering van recidive, kijkend naar de recidivecijfers van ex JJI-jongeren, namelijk circa 57% in dezelfde periode binnen twee jaar tegenover 37,9% (SoVa-groep) en 44% (SoVa+Equip-groep).

Bovendien waren een substantieel deel van de onderzoeksgroep PIJ-jongeren die een recidivepercentage van ca. 78% kennen. Samenvattend kan worden gesteld dat de resultaten veelbelovend lijken, wel moeten de resultaten voorzichtig worden geïnterpreteerd door het tekort aan power en het ontbreken van een degelijke controlegroep.



## 5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Toepassen van de RNR-principes (Bonta & Andrews, 2017);
2. Aandacht voor het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie / werkalliantie;
3. Valideren (empathie tonen en oordeelsvrij benoemen wat de ander voelt en denkt; Linehan et al., 1999) toepassen door de behandelaar, maar ook groepsleiding / ouders/verzorgers (indien mogelijk);
4. Doorlopend motiveren, waaronder het rekening houden met de leerstijl, werken met voor- en nadelen balans, valideren en het versterken van het 'geloof in eigen kunnen';
5. Gebruikmaking van CGT-elementen, waaronder psycho-educatie en het leren toepassen van helpende gedachten bij vaardigheden die worden aangeleerd;
6. Elke bijeenkomst wordt er gewerkt aan het vergroten van probleemoplossingsvaardigheden (Blake & Hamrin, 2007) door een passende reactie te bedenken (en om de week ook daadwerkelijk uit te proberen) bij een lastige situatie die zich recent heeft voorgedaan;
7. Structureel oefenen (door eerst te zien en vervolgens zelf te doen met behulp van verschillende vormen van rollenspellen / ervaringsgerichte oefeningen (Bonta & Andrews, 2017);
8. Zorgdragen voor continuïteit door groepsleiding en/of ouders/verzorgers te betrekken bij het realiseren (en laten beklijven) van doelen.

## 6. Aangehaalde literatuur

- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.): DSM-5. Washington DC: APA.
- Alsubaie, M., Abbott, R., Dunn, B., Dickens, C., Keil, T.F., Henley, W., Kuyken, W. (2017). Mechanisms of action in mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) and mindfulness-based stress reduction (MBSR) in people with physical and/or psychological conditions: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 55, 74–91.
- Anderson, C.A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, NY: W.H. Freeman.
- Bandura, A. (2016). *Moral disengagement: How people do harm and live with themselves*. Worth publishers: New York.
- Barriga, A.Q., Gibbs, J.C., Potter, G.B., & Liau, A.K. (2001). *How I Think (HIT) Questionnaire manual*. Champaign, IL: Research Press.
- Barriga, A. Q., Hawkins, M. A., & Camelia, C. R. (2008). Specificity of cognitive distortions to antisocial behaviours. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18(2), 104-116.
- Bechtold, J., Cavanagh, C., Shulman, E. P., & Cauffman, E. (2014). Does mother know best? Adolescent and mother reports of impulsivity and subsequent delinquency. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(11), 1903–1913.
- Beelmann, A., & Lösel, F. (2006). Child social skills training in developmental crime prevention: Effects on antisocial behavior and social competence. *Psicothema*, 18(3), 603-610.
- Blake, C.S., & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 209-221.
- Bonta, J. & Andrews, D.A (2017). *The psychology of criminal conduct, Sixth Edition* (2017), Routledge: New York.
- Borum, R. Bartel, P., & Forth, A. (2002). *Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Tampa: University of South Florida.
- Brand, E.F.J.M., a'Campo, A.M.G., van den Hurk, A.A. (2013). *15 jaar PIJ-ers in beeld: Kenmerken en veranderingen van jongeren die de PIJ-maatregel opgelegd kregen in de periode 1995-2010*. Dienst Justitiële Inrichtingen: Den Haag.
- Briones-Rodriguez, C., Morales-Martinez, G.E., Santos- Alcantara, M.G., Lopez-Ramirez, E.O., & Urdiales-Ibarra, M.E (2016). Cognitive algebra underlying high school student's self-efficacy judgment to solve mathematical problems in the classroom or online. *International Journal of Education*, 8(2), 136-148.
- Burnette, J. L., O'Boyle, E. H., VanEpps, E. M., Pollack, J. M., & Finkel, E. J. (2013). Mind-sets matter: A meta-analytic review of implicit theories and self-regulation. *Psychological Bulletin*, 139(3), 655-701.
- Caprara, G. V., Tisak, M. S., Alessandri, G., Fontaine, R. G., Fida, R., & Paciello, M. (2014). The contribution of moral disengagement in mediating individual tendencies toward aggression and violence. *Developmental Psychology*, 71.
- Chiesa A., & Serretti A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2009, 15, 593-600.
- Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74 – 101.
- Coccaro, E.F., Lee, R., & McCloskey, M.S. (2014). Relationship between Psychopathy, Aggression, Anger, Impulsivity and Intermittent Explosive Disorder. *Aggressive Behavior*, 40, 526-536.
- Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental psychology*, 39(2), 349 - 371.
- Foolen, N., Ince, D., de Baat, M., & Daamen, W. (2012). Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen.
- Garrido, V., & Morales, L. A. (2007). *Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treat*. Campbell Systematic Reviews 2007:7.
- Gini, G., Pozzoli, T., & Hymel, S. (2014). Moral disengagement among children and youth: A meta-analytic review of links to aggressive behavior. *Aggressive behavior*, 56-68.
- Granic, I., & Patterson, G.R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: a dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113, 101-131.

- Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., Van der Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775.
- Horn, van, J. E., Wilpert, J., Bos, M.G. N., Eisenberg, M. & Mulder, J. (2009). RAF MH Youth: validation of a structured risk assessment instrument for outpatient delinquents. *Tijdschrift voor Strafrecht, Criminologie en Forensisch welzijnswerk*, 30, 23-34.
- Hulstijn, E. M., Boomsma, A., Cohen-Kettenis, P. T., & Mellenbergh, G. J. (2008). De Vragenlijst Sociale Vaardigheden van Jongeren. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 47, 460 - 470.
- Hurk, A. A., van den, & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What Works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Hyde, L.W.1., Shaw, D. S., & Moilanen, K. L. (2010). Developmental precursors of moral disengagement and the role of moral disengagement in the development of antisocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38(2),197-209.
- Jennissen, R.P.W. & Blom, M. (2007). *Allochtone en autochtone verdachten van verschillende delicttypen nader bekeken*. Den Haag: WODC.
- De Jong, J. D. A. (2010). We houden het lekker 'straat'. *Over straatcultuur en groepsdynamiek*. Dordrecht: Stichting Maatschappij, Veiligheid en Politie, 13-28.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T.G., Hosmer, D., & Bernhard, J. (1998). Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kawabata, Y., Alink, L. R., Tseng, W. L., van IJzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31(4), 240-278.
- Keijsers, L., Loeber, R., Branje, S., & Meeus, W. (2011). Bidirectional links and concurrent development of parent-child relationships and boys' offending behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 878-889.
- Koot, H. M., Oosterlaan, J., Jansen, L. M., Neumann, A., Luman, A., & Lier, P. A. C. van (2008). Individual factors. In R. Loeber, N. W. Slot, P. H. van der Laan & M. Hoeve (Eds.), *Tomorrow's criminals – The development of child delinquency and effective interventions* (pp. 75-89). Farnham: Ashgate Publishing.
- Lee, C. A., Derefinko, K. J., Milich, R., Lynam, D. R., & DeWall, C. N. (2017). Longitudinal and reciprocal relations between delay discounting and crime. *Personality and individual differences*, 111, 193-198.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter J., Comtois, K.A. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal of Addictions*, 8, 279– 292.
- Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. In: *Victims and Offenders*, 4, 124-147.
- Lipsey, M.W., Landenberger, N.A., & Wilson, S.J. (2007). *Effects of Cognitive Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Philadelphia, Pennsylvania: Campbell Collaboration.
- 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.
- Lin, Y. W., & Bratton, S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 45-58.
- 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.
- Maddux, J.E. (2005). Self-efficacy: The power of believing you can. In C.R. Snyder & S.J. Lopez, (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 227-287). New York: Oxford University Press.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *The delict as basic assumption: methodology for working in an forced setting*. Amsterdam: Publisher SWP/Probation Netherland.
- Miller, N. V., & Johnston, C. (2019). Social threat attentional bias in childhood: Relations to aggression and hostile intent attributions. *Aggressive behavior*, 45(3), 245-254.
- Murray, J., & Farrington, D.P. (2010), Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry* 55, 633-42.

- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Gedragsstoornissen*. Verkregen op 12 december 2015 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychischestoornissen/gedragsstoornissen/>.
- Plattner, B., Giger, J., Bachmann, F., Brühwiler, K., Steiner, H., Steinhausen, H.C., Bessler, C. & Aebi, M. (2012). *Psychopathology and offense types in detained male juveniles*. *Psychiatry Research*, 198, 285-90.
- Rovers, B. 2010. *Motiveren en motivatieproblematiek. Integraal motiveren in het jongerenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.
- Ryan, J.P.1., Williams, A.B., & Courtney, M.E. (2013) Adolescent neglect, juvenile delinquency and the risk of recidivism. *Journal of Youth and Adolescents*, 42 (3), 454-65.
- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In: J.P. Shonkoff, & S.J. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: University Press.
- 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.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrecht Coping Inventory: UCL*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.
- Schubert, C. A., Mulvey, E.P., Loughran, T.A., & Loyosa, S.H. (2012). Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39. Doi: 10.1177/0093854811426710
- Shin, S. H., Cook, A. K., Morris, N. A., McDougle, R., & Groves, L. P. (2016). The different faces of impulsivity as links between childhood maltreatment and young adult crime. *Preventive Medicine*, 158, 210–217.
- Shonin, E., van Gordon, W., Slade, K., & Griffiths, M. D. (2013). Mindfulness and other Buddhist-derived interventions in correctional settings: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, 18(3), 365-372.
- Sijtsema, J. J., Garofalo, C., Jansen, K., & Klimstra, T. A. (2019). Disengaging from Evil: Longitudinal Associations Between the Dark Triad, Moral Disengagement, and Antisocial Behavior in Adolescence. *Journal of abnormal child psychology*, 1-15.
- Stouwe, van der T., Asscher, J. J., Hoeve, M., Laan, van der P. H., & Stams, G. J. J. (2016). Social skills training for juvenile delinquents: Post-treatment changes. *Journal of Experimental Criminology*, 12(4), 515-536.
- 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.
- Thau, S., Derfler-Rozin, R., Pitesa, M., Mitchell, M. S., & Pillutla, M. M. (2015). Unethical for the sake of the group: Risk of social exclusion and pro-group unethical behavior. *Journal of applied psychology*, 100(1), 98.
- Tollenaar, N, van Dijk, J., & Alblas, J.W. (2009). *Monitor multi-offenders*. National Government: WODC.
- Schönenberg, M., & Justyte, A. (2014). Investigation of the hostile attribution bias toward ambiguous facial cues in antisocial violent offenders. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 264(1), 61–69.
- 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.
- Van de Rakt, M., Weerman, F., & Need, A. (2005). Delinquent gedrag van jongens en meisjes: het (anti)sociaal kapitaal van vriendschapsrelaties. *Mens en Maatschappij*, 80, 328-352.
- Van der Knaap, L. M., Bogaerts, S., Speessen, N. M., & van Dee, L. C. (2011). *Sociale vaardigheidstraining op maat*. Tilburg University-Intervict.
- Van der Laan, A. M., Blom, M., Verwers, C., & Essers, A. A. M. (2006). Jeugddelinquentie: Risico's en bescherming Bevindingen uit de WODC monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit 2005.
- Van der Laan, A. M., & Goudriaan, H. (2016). *Monitor Jeugdcriminaliteit: Ontwikkelingen in de jeugdcriminaliteit 1997 tot 2015*. CBS.
- Van der Laan, A., Rokven, J., Weijters, G., & Beerhuizen, M. (2018). De daling in jeugddelinquentie: minder risico, meer bescherming?. *Tijdschrift voor Criminologie*, 60(1), 35.

- 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 Doorn, M. D., Branje, S. J., & Meeus, W. H. (2011). Developmental changes in conflict resolution styles in parent–adolescent relationships: A four-wave longitudinal study. *Journal of youth and adolescence*, 40(1), 97-107.
- Van Nieuwenhuijzen, M., Rest, van M. M., Embregts, P. J. C. M., Vriens, A., Oostermeijer, S., Bokhoven, van I., & Matthys, W. (2017). Executive functions and social information processing in adolescents with severe behavior problems. *Child Neuropsychology*, 23 (2), 228-241.
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). *Motivatie voor gedragsinterventies bij jongere justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld*. Leuven: Leuvens Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., & Homburg, G.H.J. (2014). *Terugval in recidive. Exploratie van de daling in de recidivecijfers van jongeren en ex-gedetineerden bestraft in de periode 2002-2010*. Den Haag: WODC.
- Wallinius, M., Johansson, P., Lardén, M., & Dernevik, M. (2011). Self-serving cognitive distortions and antisocial behaviour among adults and adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 286-301.
- Walker, R. F., & Murachver, T. (2012). Representation and theory of mind development. *Developmental Psychology*, 48(2), 509.

## Samenwerking erkenningstraject

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

