

Interventie

Agressie Regulatie op Maat Jongvolwassenen (Residentieel en Ambulant)

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 24 juni 2020

Oordeel: Effectief volgens eerste aanwijzingen voor effectiviteit

De referentie naar dit document is: Hoogsteder (27 april 2020).

Justitieinterventies.nl: beschrijving Agressie Regulatie op Maat voor Jongvolwassenen (Residentieel en Ambulant). Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van www.justitieinterventies.nl.

Inhoud

Samenvatting.....	4
Doelgroep.....	4
Doel.....	4
Aanpak.....	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving.....	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	8
1.3 Aanpak.....	9
2. Uitvoering.....	16
3. Onderbouwing.....	20
4. Onderzoek.....	27
4.1 Onderzoek naar de uitvoering.....	27
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten.....	29
5. Samenvatting Werkzame elementen.....	33
6. Aangehaalde literatuur.....	34

Samenvatting

Agressie Regulatie op Maat voor JongVolwassenen (vanaf nu ARopMaat-JoVo) is bedoeld voor jongeren en jongvolwassenen met ernstige agressieproblematiek en bestaat uit een residentiële en ambulante versie. Het primaire doel van ARopMaat-JoVo is het verminderen van agressief gedrag en het reduceren van recidive (terugval) op gewelddadig gedrag. ARopMaat-JoVo is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness oefeningen), waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Voor het leveren van maatwerk wordt een set van standaard en optionele modules aangeboden. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van vijf maanden tot ongeveer anderhalf jaar.

Doelgroep

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

Doel

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

Aanpak

ARopMaat-JoVo is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness oefeningen), waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Voor het leveren van maatwerk wordt een set van standaard en optionele modules aangeboden. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan bij beide versies variëren van vijf maanden tot ongeveer anderhalf jaar. Bij de residentiële versie wordt standaard de groepsleiding betrokken om te ondersteunen bij het aanleren van subdoelen, ook is bij deze versie meer aandacht voor de nazorgfase vanaf het moment dat de jongere de inrichting verlaat.

Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een (zeer) hoog recidiverisico en er niet ook een groepsaanbod is of een aanbod vanuit gezin in beeld. Er is ook een groepsmodule, deze bestaat uit tien bijeenkomsten en duurt anderhalf uur. De duur van een sessie uit de module Gezin in Beeld of Partner in Beeld varieert van een uur tot anderhalf uur en wordt wekelijks of om de week aangeboden. Het gaat gemiddeld om tien sessies.

Materiaal

De interventie bestaat uit diversie handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een handleiding voor de behandelaar en een managementhandleiding voor de behandelaar en managers van een inrichting/instelling. Verder is de inhoud van het programma voor de jongere en de behandelaar nauwkeurig beschreven in dertien standaard en optionele modules. Er bestaan ook videofragmenten die ter ondersteuning van de behandeling gebruikt kunnen worden. Voor de werving kan er gebruik gemaakt worden van een folder en een PowerPointpresentatie.

Onderbouwing

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

individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). Zo laten diverse onderzoeken zien dat chronisch agressief gedrag een lange voorgeschiedenis heeft en samenhangt met een combinatie van risicovolle individuele (biologische en psychologische factoren, zoals cognitieve en emotionele processen) en gezins- en omgevingsfactoren (gezin, netwerk en leeftijdsgenoten).

Onderzoek

Er heeft effectonderzoek plaatsgevonden naar de effecten van AROPmaat-JoVo in een residentiële en ambulante setting (quasi-experimenteel). De resultaten van het onderzoek in een residentiële setting (Hoogsteder et al, 2014) wezen uit dat de experimentele groep vergeleken met de controlegroep bij eindmeting een significante verbetering liet zien op recidiverisico, agressief gedrag (waaronder aantal geregistreerde incidenten), copingvaardigheden, responsiviteit en cognitieve vervormingen (met uitzondering van negatieve attitude). Uit vervolgonderzoek (Hoogsteder et al, 2018) bleek dat het daadwerkelijke geweldsrecidive significant verminderde bij geweldsdelicten na twee en drie jaar. Ook werd er een significant effect gevonden bij vermogensdelicten (na twee jaar) en algemene recidive na een follow-up van één, twee en drie jaar. Na een follow-up van drie jaar is te zien dat de groep die AROPmaat-JoVo kreeg aangeboden 29,8% minder recidiveerde met geweldsdelicten. Onderzoek naar de effectiviteit van de AROPmaat-JoVo (Hoogsteder et al., under review) in een ambulante setting in vergelijking met een controlegroep die evidence based therapie kreeg aangeboden (denk aan cognitieve geragstherapie en multi systeem therapie) lieten gelijksoortige resultaten zien. Jongeren die AROPmaat-JoVo aangeboden kregen behaalde betere resultaten op geweldrecidive, impulsiviteit, emotioneel en persoonlijk functioneren, motivatie, het hanteren van boosheid en copingvaardigheden (gerapporteerd door de behandelaar) en op agressie, actieve coping en cognitieve vervormingen (gerapporteerd door de jongeren). Het ging om middelgrote en grote effecten. Er werd geen verschil gevonden op het gebied van het functioneren van het gezin en normafwijkend gedrag.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

ARopMaat-JoVo is bedoeld voor meisjes en jongens van 16 tot 24 jaar (bij de residentiële versie tot 21 jaar) met ernstige agressieproblematiek met een IQ boven de 70. Er is sprake van een matig of (zeer) hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag. Het agressieve gedrag is zichtbaar op minimaal twee levensgebieden (gezin, school, vrije tijd) en kan instrumenteel of emotioneel van aard zijn of een combinatie van beide. Het agressieprobleem is onderdeel van psychosociale en/of psychiatrische problematiek. Zo is er sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis, een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een normoverschrijdend-gedragsstoornis, en bij jongeren boven de 18 eventueel (sterke trekken van) een cluster-B persoonlijkheidsstoornis al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik. Er is sprake van (aanhoudende) boosheidsgevoelens, een geringe impulscontrole (executieve functie) en emotieregulatie, beperkte probleemoplossing en disfunctionele cognities die leiden tot agressief gedrag. De jongeren zijn vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie/justitie, de Raad voor Kinderbescherming en/of Jeugdzorg.

Intermediaire doelgroep

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

Selectie van doelgroepen

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

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

Algemene criteria (hier moet aan worden voldaan)

1. De jongere beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate, zodat hij de gegeven instructies en aanwijzingen kan begrijpen;
2. De jongere heeft een IQ-score van 70 of hoger¹ en heeft de leeftijd van 16 tot 21 jaar (residentieel) of 24 jaar (ambulant);
3. De jongere heeft een matig of (zeer) hoog recidiverisico gemeten met een risicotaxatie-instrument (RT). Het gaat residentieel om de SAVRY(Structured Assessment of Violence Risk in Youth; Lodewijks et al., 2003) en ambulant om de RAF-GGZ Jeugd (16- en 17-jarigen) en de FARE bij 18+ (Forensisch Ambulante Risico Evaluatie);

¹ Tijdens de intake wordt de intelligentie gescreend met de SCIL (Screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking) als er nog geen valide gegevens over de intelligentie bekend zijn. Vervolgens zal gekeken worden naar een passend instrument om de IQ-score vast te kunnen stellen (WISC of WAIS).

4. Er is volgens de DSM-5 sprake van een andere gespecificeerde disruptieve, impulsbeheersings- of andere gedragsstoornis, een oppositioneel opstandige gedragsstoornis, een normoverschrijdend-gedragsstoornis, een andere gespecificeerde persoonlijkheidsstoornis of cluster-B persoonlijkheidsstoornis al dan niet gecombineerd met ADHD en/of problematisch middelengebruik.

Verdiepingscriteria

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

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

Contra-indicaties

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

Contra-indicatie voor gedeeltelijk aanbieden van groepsbehandelingen

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

Indicatiecriteria optionele modules

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

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

Betrokkenheid doelgroep

Tijdens het (door)ontwikkelen van AROPmaat-JoVo is de doelgroep intensief betrokken geweest. Bij de residentiële versie zijn er verschillende jongeren ($N = 18$) benaderd voor het bedenken van voorbeeldsituaties en stellingen. Zo zijn de stellingen waarover gediscussieerd wordt tijdens de groepsmodule en de conflictsituaties uit de module Conflicthantering bedacht door de jongeren. Door de jaren heen zijn er verschillende groepen (twee tot vier jongeren) samengesteld die uitgebreid feedback hebben gegeven op het behandelprogramma van beide versies. Dit heeft bijvoorbeeld geleid tot verandering van de naam van de eerste module (nu Startmodule), het veranderen van de plaatjes en vormgeving en het gebruik van meer filmfragmenten en minder tekst. Ook is er een module Zelfbeeld toegevoegd. En groot deel van deze oefeningen stonden eerst in een hoofdstuk bij de algemene programmahandleiding en konden worden aangeboden, indien passend. Jongeren vonden dit vervelend en gaven aan (vooral meisjes) dat ze vonden dat hier een echte module voor moest komen. Ook zijn er ouders benaderd. Hun feedback heeft ertoe geleid dat er in de module Gezin in Beeld meer aandacht wordt besteed aan conflicthantering. Hierdoor is nu het werken met conflictremmers en conflictaanjagers toegevoegd. Voor het krijgen van feedback wordt verder standaard na het afsluiten van de behandeling aan de jongere gevraagd om een evaluatieformulier in te vullen. Binnen de Waag wordt de feedback die hieruit volgt jaarlijks samengevat en opgevolgd als er punten uitkomen die vaker worden genoemd.

1.2 Doel

Hoofddoel

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

Subdoelen

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

AROPmaat-JoVo ambulant en residentieel werkt aan de volgende standaard subdoelen (geldt voor de gehele doelgroep) :

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

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

Module specifiek:

5. De jongere beschikt over meer adequate beheersingsvaardigheden (manieren/trucs om zichzelf in te houden door onder andere boosheidsgevoelens te laten zakken, zodat agressief gedrag voorkomen kan worden (module Beheersingsvaardigheden));

6. De jongere hanteert geen cognitieve vervormingen die agressief gedrag in stand houden. Dit betekent o.a. dat de jongere functionele (helpende) gedachten kan toepassen (module Invloed van het denken);
7. De jongere is in staat om assertief te handelen. Dit betekent o.a. dat een jongere rekening kan houden met de ander zonder agressief te doen (ook als hij boos is). Daarnaast kan de jongere NEE zeggen tegen de negatieve invloed (waaronder groepsdruk) van leeftijdsgenoten (module Assertiviteit).

Algemene doelen voor relevante betrokken systeemleden (indien aanwezig)

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

ARopMaat-JoVo werkt aan de volgende optionele subdoelen:

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

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

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

N.B. Mochten de optionele modules niet geïndiceerd zijn voor een jongere (er wordt dan verondersteld dat de jongere al voldoende over deze vaardigheden beschikt), dan is het volgen van de standaard modules voldoende om het primaire doel te realiseren.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Algemeen

ARopMaat-JoVo bestaat uit een residentiële en ambulante versie en is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van de RNR-principes (*risk-need-responsivity*; zie voor uitleg kopje *onderbouwing*), een cognitief gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness oefeningen), waarbij continu aandacht is voor het motiveren.

Fasering

ARopMaat-JoVo bestaat uit de volgende vijf fasen:

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

risicotaxatie uitgevoerd, waardoor in deze fase al voldoende informatie beschikbaar is om definitief te indiceren.

2. Pre-behandeling: Bij beide versies is deze fase gericht op het aangaan van een behandelrelatie, motiveren, empoweren, het opstellen van een veiligheidsplan, het verzorgen van psycho-educatie, inzicht krijgen in de agressieketen en het indiceren van optionele modules. In de ambulante setting wordt nu echter ook zorggedragen voor RT, assessment en zo nodig verdiepende diagnostiek. Aan het einde van deze fase is een definitieve indicatie (ambulante setting) en diagnose gesteld en een definitief behandelplan voor de volgende fase. Voor beide versies geldt dat de eerste twee fasen in totaal niet meer dan twaalf weken in beslag mogen nemen.
3. Behandeling: Het aanbieden van de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules. In deze fase wordt, indien van toepassing, ook een signaleringsplan (gericht op stress of andere negatieve emoties) opgesteld. De duur van deze fase varieert en is afhankelijk van het recidiverisico van de jongere en het leertempo. De praktijk leert dat jongeren die ARopMaat aangeboden krijgen, gemiddeld genomen (kijkend naar beide versies) een behandeling van 48 weken ontvangen (exclusief de nazorgfase).
4. Afronding van de behandeling: Dit betreft een overgangsfase van maximaal twee weken en wordt ingezet als de doelen van de behandeling in voldoende mate zijn behaald. In deze fase wordt er een toekomstplan opgesteld (of geactualiseerd) en vindt er een eindevaluatie plaats;
5. Nazorg:
 - a) Als de jongere de behandeling afrondt, maar hij/zij nog niet op STP (scholings- en trainingsprogramma) of proefverlof gaat, wordt tenminste drie maanden lang, elke maand een individuele terugkomsessie aangeboden. Hierin worden de aangeleerde vaardigheden geëvalueerd en eventueel aanvullende oefeningen meegegeven. Mocht een jongere vervallen in oud gedrag, dan wordt de individuele begeleiding geïntensiveerd.
 - b) Als een jongere de inrichting heeft verlaten krijgt elke jongere standaard om de week telefonische begeleiding van de behandelaar voor de duur van drie maanden. Dit wordt geïntensiveerd als er terugval dreigt.

Ambulant:

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

Standaard en optionele modules

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

Frequentie en duur

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

Inhoud van de interventie

Algemene informatie

Basishouding en rode draad qua aanbod

Een essentieel deel van de behandeling van beide versies bestaat uit het blijvend investeren in het motiveren

en het opbouwen van een adequate werkkalliantie. Hierbij is het nodig om structureel motiverende gesprekstechnieken, waaronder het stimuleren van 'het geloof in eigen kunnen' toe te passen en het valideren, inclusief het bieden van aandacht en het kunnen opschorten van het eigen oordeel. Op die manier wordt voorkomen dat de jongere zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met zijn antisociale denkwijze en levensstijl. Ook helpt deze houding om gevoelens van wantrouwen te verminderen, en om voldoende aandacht te geven aan de emoties en gedachten van de jongere, zodat de jongere makkelijker contact aangaat en meer openstaat om te leren en positieve veranderingen door te maken.

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

Individuele versus groepsbehandeling

Het accent ligt op de individuele behandeling (inclusief het betrekken van het gezin en het mobiliseren van steunende netwerkleden). Als de jongere tijdens de individuele behandeling toe is aan de module Invloed van het Denken kan er deelgenomen worden aan de groepsmodule, waarin voornamelijk wordt gewerkt aan hardnekkige cognitieve vervormingen gerelateerd aan diverse thema's, zoals het nemen van wraak en omgang met beledigende opmerkingen over familieleden. Bij een contra-indicatie voor het groepsgericht werken, wordt de inhoud van de groepsmodule individueel aangeboden indien het de residentiële setting betreft. Bij de ambulante setting wordt de groepsmodule alleen aangeboden als de groepsmodule meerwaarde heeft en de jongere kan profiteren van een groepsaanbod.

Opbouw module

Alle modules zijn geschikt voor de ambulante en residentiële setting. Elke module is op dezelfde wijze opgebouwd. Eerst wordt er uitleg gegeven over de inhoud van de module. Daarna worden de vaste onderdelen van een sessie beschreven. Hierbij kan voor het evalueren van de afgelopen periode gevarieerd worden met enkele oefeningen. Dit is afhankelijk van de leerstijl, de leerdoelen en de wensen van de jongere. In elke module wordt theorie afgewisseld met verschillende oefeningen. Ook bestaat er een hoofdstuk met thuis-opdrachten (ambulant) of opdrachten voor op de leefgroep (residentieel). De jongere en de behandelaar beslissen welke opdracht het meest passend is.

Continuïteit

Opvoeders (indien de jongere thuis woont of weer terugkeert naar huis) en groepsleiders (mentor, indien de jongere op een leefgroep verblijft) worden bij de behandeling betrokken. Er worden hen vaardigheden aangeleerd die helpen de jongere te ondersteunen. Bij ouders gebeurt dit via de module Gezin in Beeld, de

mentor van de jongere op de leefgroep krijgt een centrale rol bij de uitvoering van het signaleringsplan, het doen van huiswerk en het evalueren van de voortgang.

Overzicht van de modules in de meest wenselijke volgorde:

Pre-behandeling: modules / subdoelen

1. Startmodule (standaard).

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

N.B. Verslavingszorg en/of een trauma-interventie kan parallel aan AROPMaat-JoVo worden ingezet als er sprake is van problematisch middelengebruik en/of traumagerelateerde klachten.

Behandeling: modules / subdoelen

Alle modules:

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

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

2. Module Stressreductie, inclusief signaleringsplan (optioneel).

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

3. Module Impulscontrole (optioneel).

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

4. Module Beheersingsvaardigheden (standaard).

Er wordt geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. Hierbij oefent de jongere (in overleg) met triggers die boosheid oproepen. Een jongere probeert bijvoorbeeld de beheersingsvaardigheid "zichzelf

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

5. Module Invloed van het denken (standaard):

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

6. Groepsmodule (standaard residentieel, optioneel ambulantly):

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

7. Module Waarnemen en Interpretieren (optioneel)

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

8. Module Emotieregulatie (optioneel).

Het doorlopen van deze module draagt bij aan het beter kunnen differentiëren en uiten van diverse emoties, voornamelijk emoties die gerelateerd zijn aan agressief gedrag. De module helpt om emoties beter te leren herkennen (ook qua gevoel in het lijf), zowel bij de jongere zelf als bij anderen. Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van kaartjes met gevoelens (gevoelenswereldspel). Tijdens het delen van ervaringen wordt de jongere gevalideerd en uitgenodigd om de emotie in zijn lichaam waar te nemen. Waar voel je de emotie, hoe voelt het daar precies, hoe groot is het gevoel? Ook wordt er gewerkt aan het meer grip krijgen op eigen emoties, onder andere door via een stoelentechniek de emotie te valideren en er vervolgens afstand van te nemen, of door het doen van ontspannings- en focusoefeningen.

9. Module Assertiviteit (standaard).

De jongere leert het verschil kennen tussen subassertief (er wordt geen rekening met jezelf gehouden), assertief en agressief reageren aan de hand van psycho-educatie en door filmfragmenten te bekijken. Vervolgens wordt via rollenspelen geoefend met het op assertieve wijze reageren of het oplossen van lastige situaties. Dit betekent dat de jongere voor zichzelf opkomt, maar tegelijkertijd ook rekening houdt met de ander. De jongere probeert ook assertieve (niet agressieve) reacties uit na confrontatie met beledigende

opmerkingen. Tevens worden er assertieve oplossingen bedacht en uitgeprobeerd voor gewelddadige gedragingen (delict) die in het verleden hebben plaatsgevonden.

10. Module Conflicthantering (optioneel).

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

11. Module Gezin in Beeld (optioneel)

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

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

12. Module Partner in Beeld (optioneel)

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

13. Module Zelfbeeld (optioneel)

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

oproepen, dan wordt er vervolgens onderzocht wat het hem oplevert als je dit doet en vervolgens denkt aan een situatie waarbij je normaal gesproken onzekerheid ervaart. N.B. deze module werkt lang niet bij alle jongeren, denk bijvoorbeeld aan jongeren met sterke narcistische trekken.

Wat moet er minimaal worden gedaan

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

Werving

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

2. Uitvoering

Materialen

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding. Deze handleiding bevat vrijwel alle informatie die ook in dit werkblad is te vinden;
2. Handleiding voor de behandelaar. Dit is een handleiding voor de behandelaar gericht op relevante aanwijzingen voor het uitvoeren van de methodiek en diverse modules. Deze handleiding bevat ook ondersteunende informatie over de basistechnieken, veiligheidsmanagement en motiveren. Verder worden er algemene richtlijnen meegegeven voor het behandelen van traumagerelateerde klachten en problematisch middelengebruik, etc.;
3. Dertien verschillende modules voor de jongere en de module Gezin in Beeld en/of Partner in Beeld voor de jongere en zijn/haar opvoeders en/of zijn/haar partner. **N.B.** De modules zijn geschreven voor de jongeren, maar bieden ook handvatten voor de behandelaar in combinatie met het hoofdstuk uit de handleiding voor de behandelaar met relevante aanwijzingen voor het werken met de modules.
4. Managementhandleiding. Deze handleiding biedt vooral zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord.
5. Opleidingshandleiding. Deze handleiding beschrijft de nodige eisen omtrent de opleiding en competenties. Eveneens wordt in deze handleiding de inhoud van de driedaagse basisopleiding voor toekomstige AROPMaat-JoVo behandelaren beschreven.
6. Mentale weerbaarheidstraining. Deze handleiding is specifiek voor de residentiële setting bedoeld. Het bevat de inhoud van een training voor groepsleiding. Het biedt inzicht in hoe groepsleiding meer vaardigheden aangeleerd kunnen krijgen om de jongere een leef- en leerklimaat mee te geven dat stimulerend werkt om positieve veranderingen te realiseren.

Naast dit materiaal bestaat er ter ondersteuning ook een blended-care aanbod van de standaard modules en de meest toegepaste optionele modules. Er zijn ondersteunende filmfragmenten leverbaar om theoretische onderdelen of oefeningen beter uit te kunnen leggen. Verder bestaat er een PowerPoint-presentatie die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners uit te leggen. Ook is er een folder over AROPMaat voor JoVo's leverbaar.

Locatie en type organisatie

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

Opleiding en competenties van de uitvoerders

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

Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

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

- De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het geven van trainingen en/of het behandelen van jongeren met ernstige agressieproblematiek;
- De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen. Hierbij zijn sensitiviteit, geduld en doorzettingsvermogen relevant;

- De behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder valideren (o.a. tonen van empathie);
- De behandelaar kan zijn/haar eigen waardeoordeel opschorten als dit nodig is om te voorkomen dat de jongere zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met een antisociale denkwijze;
- Ervaring in het toepassen van dramatherapeutische technieken is een pre. Mocht dit niet het geval zijn, dan is het belangrijk om na te gaan of een behandelaar geen problemen heeft met het doen van rollenspelen en andere doe-opdrachten.

Kwaliteitsbewaking

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

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

Randvoorwaarden

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

1. Per instelling zijn minimaal twee AR-behandelaren actief;
2. De AR-behandelaren voldoen aan de minimale eis om twee tot drie jongeren per week een AROPmaat variant aan te bieden;
3. De AR-behandelaren dienen voldoende indirecte tijd (zie paragraaf over de kosten) te krijgen voor het afstemmen met de ketenpartners en andere relevante betrokkenen;
4. De PV registreert naar verhouding meer indirecte uren en besteedt twee uur per week tijd aan het verrichten van ondersteunende werkzaamheden, zoals het begeleiden van beginnende AR-behandelaren (naast de intervisie), het zorgdragen voor de (interne) PR, het laten invullen van nul- en eindmetingen en evaluatieformulieren (ROM-en);
5. De behandelingsruimte moet groot genoeg zijn om met de behandelaar(s) en jongere(n) rondom tafels te kunnen zitten. Dit is vooral een issue als het gaat om het groepsonderdeel. Daarnaast moet ruimte zijn voor het doen van de verschillende doe-oefeningen. Als de behandeling thuis bij de jongere wordt aangeboden of op een andere locatie dan de poli, zijn er minder eisen. Wel moeten er dan afspraken

gemaakt worden over het realiseren van een ‘rustige plek’ zonder de zorg voor eventuele jongere broertjes of zusjes/eigen kinderen;

6. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen;
7. Voor elke deelnemer is er werkmateriaal (de modules) aanwezig voor het geval de jongere dit gebruikt;
8. De behandelaar maakt gebruik van ondersteunende producten die aanwezig dienen te zijn. Het gaat om een **fysiobal, een gewone bal, gevoelswereldspel, kwaliteitenspel, vaardighedenspel, opvoedspel en relatie spel. Daarnaast enkele gezelschapsspelen, waaronder Jenga en vieropeenrij.**

Implementatie

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:

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

Ondersteuning tijdens de opstartfase:

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

Kosten

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

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

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

Bij de ambulante versie werd uit de onderzoeksgegevens duidelijk dat een AROPMaat-behandelaar gemiddeld genomen 48,3 weken behandeld met een intensiteit van 1,2 uur per week. Het gaat dan om een bedrag van 13.331 euro, uitgaande van een uurtarief van 115 euro (tarief dat geldt bij de hoog-gespecialiseerde ambulante GGZ). Hierbij is uitgegaan van 50% indirecte tijd. Er komt nog een bedrag bij in verband met de nazorgfase. Dat gaat gemiddeld genomen om circa 1725 euro.

Extra tijdinvestering programmamaverantwoordelijke (PV):

Een PV besteedt naast de kosten die gemaakt worden als behandelaar van deze interventie gemiddeld twee uur per week aan extra taken die niet declarabel zijn. Denk aan het zorgdragen voor werkbegeleiding en

intervisie (als het niet specifiek gerelateerd is aan een jongere) en PR (tenzij dit door een teamleider wordt gedaan). De tijd zal minder zijn/worden als er met ervaren behandelaars wordt gewerkt.

Kosten opleiding

Het kost 450 euro (exclusief btw) per persoon om iemand te certificeren in ARopMaat-JoVo. Er kan ook een incompany opleiding worden aangeboden. Deze kost 3750 euro (exclusief btw). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de opleiding (hoofdontwikkelaar of andere opleider die hiertoe bevoegd is) door één opleider wordt aangeboden aan een groep die niet groter is dan twaalf personen.

De behandelaar die de opleiding volgt is dan drie dagen kwijt (uit de productie door het volgen van deze opleiding). Daarna gaat het jaarlijks om het volgen van een booster. Dit kost per groep 1150 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).

3. Onderbouwing

Probleem

Probleem

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

Specifieke kenmerken gericht op ernst, spreiding en prevalentie

Het aantal geregistreerde minderjarige verdachten, waaronder van gewelddelicten, is in 2019 voor het eerst in tien jaar weer gestegen (Centraal Bureau voor de Statistiek, 2020). Onbehandelde jongeren en (jong)volwassenen die een (gewelds)delict hebben gepleegd recidiveren na twee jaar met ca. 31% (Laan & Goudriaan, 2016). Het recidivepercentage is echter veel hoger bij jongeren en jongvolwassenen die detentie opgelegd hebben gekregen, het gaat dan om circa 59% (Weijters et al., 2017). Bij jongeren die een maatregel Plaatsing in een Inrichting voor Jongeren (PIJ-maatregel) opgelegd hebben gekregen, gaat het zelfs om 78% binnen twee jaar (Mulder et al., 2011). Het aanbieden van een effectieve behandeling gericht op het verminderen van geweldsrecidive is dus essentieel, aangezien bij een substantieel deel van deze groep sprake is van agressieproblematiek.

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

Gevolgen

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

Oorzaken

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag worden verklaard vanuit het transactionele ontwikkelingsmodel (Sameroff & Fiese, 2000). De theorie is gebaseerd op de gedachte dat noch het individu noch de omgeving alleen de ontwikkelingsuitkomst bepaalt. Dit betekent dat chronische agressie volgens deze theorie het product is van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). Kortom, chronische agressie hangt samen met een combinatie van risicovolle individuele factoren (biologische en psychologische) en sociale factoren (gezins- en omgevingsfactoren; Bonta & Andrews, 2017; Loeber et al., 2008). Er zijn dus meerdere factoren die het

agressieve gedrag veroorzaken (DeWall et al., 2011). Hoe meer risicofactoren, hoe groter de draaglast wordt, tenzij er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de draaglast te compenseren. Dit betekent dat het veranderingsmodel niet alleen gericht dient te zijn op het verminderen van criminogene risicofactoren, maar ook op het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren die een positief effect hebben op de behandeling (Loeber et al., 2008).

Individuele kindfactoren

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

De sociale informatieverwerking (SIV)

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

Grofweg komt het er op neer dat er verstoringen plaatsvinden door o.a. selectief waarnemen en disfunctionele cognities / schema's, waardoor jongeren het gedrag van de ander niet goed interpreteren. Zij interpreteren het gedrag van anderen bijvoorbeeld snel als vijandig en/of als een dreiging (Schönenberg & Justy 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 (Lee et al., 2017). Bij een groot deel van AROPMaat-doelgroep is bovendien ook sprake van een tekort aan vaardigheden om assertief met conflicten om te gaan, waardoor zij ook bij deze stap ondersteuning nodig hebben.

Gezins- en omgevingsfactoren

Negatieve ouder-kind-interacties vergroten het risico op het ontwikkelen en in stand houden van agressief gedrag (e.g., Kawabata et al., 2011). Uit het onderzoek van Van Doorn et al., 2008) kwam bovendien naar voren dat adolescenten die veel conflicten met hun ouders rapporteerden, hogere niveaus van delinquent en agressief gedrag lieten zien dan adolescenten die aangaven weinig conflicten met hun ouders te hebben. Verder blijkt dat de kwaliteit van ouder-kind-relaties vooral tijdens de adolescentiefase samenhangt met de mate van delinquent en agressief gedrag van jongeren (Hoeve et al., 2009; Keijsers et al., 2011). Als de relatie met opvoeders slecht is en er geen positieve ondersteuning van een andere volwassen persoon aanwezig is, dan is dit een extra risicofactor (Scholte, Van Lieshout, & Van Aken, 2001) voor het ontwikkelen van gedragsproblemen, waaronder agressief gedrag.

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat het hebben van een deviante vriendengroep verband houdt met het vertonen van delictgedrag (Rakt, Weerman, & Need et al., 2005). Het hebben van een deviante

vriendengroep versterkt de (al aanwezige) problematiek (Vitaro, Brendgen, & Tremblay, 2000). Delinquentie jongeren overtreden de wet zelden alleen. Co-offending is inherent aan delinquentie (met agressieproblematiek) bij jongeren, zij zijn dus gevoelig voor groepsdruk.

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.

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

Aan te pakken factoren

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

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

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

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

De afwezigheid van voldoende sociale vaardigheden gericht op conflicthantering (ook beschermend): het gaat om de groepsmodule en de Module Conflicthantering en het betreft het optionele doel 5 en het standaarddoel 4.

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

De aanwezigheid van executief disfunctioneren (vooral gericht op een beperkte impulscontrole en emotieregulatie en een tekort aan oplossingsvaardigheden): de modules Stressreductie, Impulscontrole, Beheersingsvaardigheden, en Emotieregulatie. Deze criminogene risicofactor is gerelateerd aan doel 1, 2, en 4 van de optionele doelen en de standaarddoelen 4 en 5.

Verantwoording

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

Volgens de RNR-principes is het van belang dat de intensiteit van de behandeling (frequentie en duur) is afgestemd op het recidiverisico (risicoprincipe). Dit betekent dat de behandeling van jongeren met een hoog recidiverisico vraagt om een meer intensieve en langdurige behandeling in vergelijking tot jongeren met een matig recidiverisico. Daarnaast dienen de behandeldoelen gerelateerd te zijn aan de dynamische criminogene risicofactoren (behoefteprincipe) die een rol spelen bij de jongere. Bij de specifieke doelgroep gaat het bijvoorbeeld om het tekort aan sociale en cognitieve vaardigheden te verminderen, maar bijvoorbeeld ook om

het aanbieden van farmacotherapie voor het behandelen van ADHD. Vervolgens is het relevant dat er rekening wordt gehouden met de ontvankelijkheid van de doelgroep en een individu voor het behandel aanbod (reponsiviteitbeginsel; 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 AROPmaat-JoVo de RNR-principes vormgeeft.

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de AROPmaat-JoVo

A: Risicobeginsel

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

B: Behoeftbeginsel

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

C. Responsiviteitsbeginsel

Algemeen responsiviteitsprincipe

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

a. Grotendeels individueel behandel aanbod

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

b. Cognitief Gedragstherapeutische Elementen (CGT-elementen)

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

c. Systeemgerichte benadering

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

d. Inzetten ervaringsgerichte oefeningen, waaronder dramatherapeutische technieken

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

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

Aangezien het werken aan stressreductie helpt bij het verminderen van agressieproblematiek (Franco, Amutio, López-González, Oriol, & Martínez-Taboada, 2016; Lee & DiGiuseppe, 2018), maakt ARopMaat-JoVo onder andere gebruik van (aangepaste) mindfulness-oefeningen afkomstig van de mindfulness-based-stress-reduction (MBSR; Kabat-Zinn, 1998). Mindfulness heeft als doel het verminderen van stress door het leren richten van de aandacht (focussen) en het bewust worden van dat wat je waarneemt en doet. Hierdoor heeft mindfulness in potentie een gunstige invloed op het werkgeheugen en op een verminderd vermogen tot inhibitie. Uit onderzoek blijken mindfulness oefeningen te leiden tot onder andere vermindering van stress (Himmelstein, Hastings, Shapiro, & Heery, 2012; Morley, 2018; Shonin, Van Gordon, Slade, & Griffiths, 2013). Het is echter nog steeds te vroeg om te spreken over generaliseerbare effect-sizes (Fix & Fix, 2013).

Specifieke responsiviteitsprincipe

a. Basishouding

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

b. Sensitief voor een responsief aanbod

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

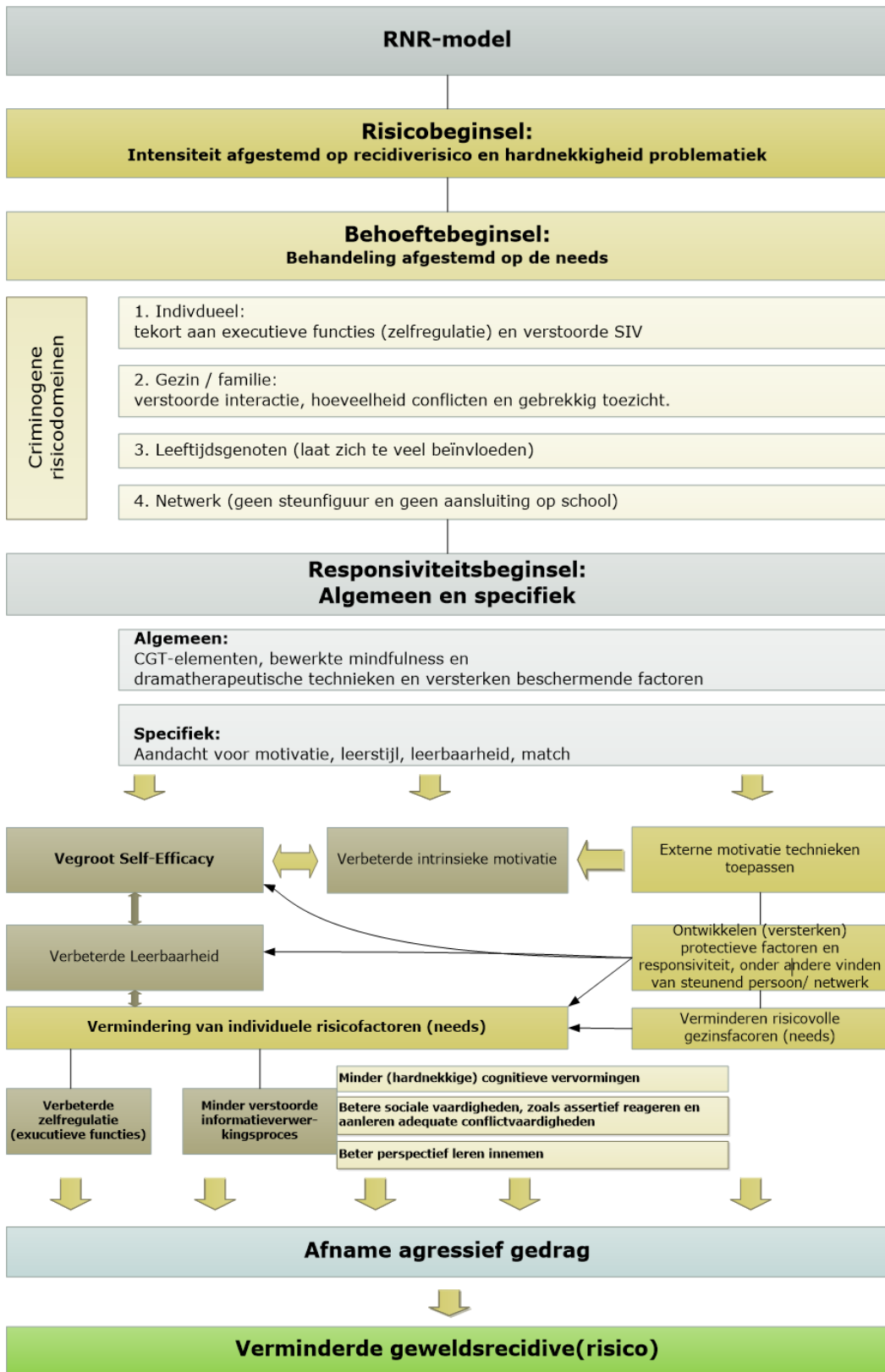
c. Verbeteren van zelfeffectiviteit en het geloof van eigen kunnen

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

c. Doorlopend motiveren

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

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



4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Onderzoek 1

- A. Uitvoering van de gedragsinterventie Agressie Regulatie op Maat. Beerthuizen, M.G.C.J., de Wied, M.A., & Orobio de Castro, B. Universiteit van Utrecht in opdracht van het WODC (2011).
- B. Het betreft kwalitatief onderzoek waarbij ingegaan wordt op de volgende twee onderzoeksvragen:
 - 1). Waarom wordt Agressie Regulatie op Maat zo weinig uitgevoerd binnen de JJI's?
 - 2). Welke belemmeringen worden er gevonden voor een goede uitvoering van de interventie?
- C. In het rapport wordt beschreven dat ARopMaat-JoVo in 2009 en 2010 binnen de JJI's (met uitzondering van De Doggershoek) nog nauwelijks is geïmplementeerd. Dit lijkt vooral te wijten aan de lage instroom binnen de JJI's en de onrustige tijd door de invoering van de nieuwe basismethodiek en de (dreigende) sluiting van diverse instellingen. Volgens de onderzoekers heeft het echter ook te maken met een onduidelijke taakverdeling bij de uitvoering van ARopMaat-JoVo, onduidelijkheid over de verhouding tot de basismethodiek en onduidelijkheid over de afstemming van vervolgtrajecten na verblijf in de JJI's. Genoemde belemmeringen die gerelateerd zijn aan ARopMaat-JoVo, zijn o.a. de interventieduur (doordat er relatief veel jongeren maar kort verblijven in de inrichting, wordt het maar aan een hele kleine groep aangeboden), de achterdocht van de doelgroep, de complexiteit van de handleidingen en het responsief behandelen (dit leidt tot vrijblijvendheid, verschil in interpretatie over de uitvoering). In het onderzoek wordt gesteld dat de instroom en de implementatiekwaliteit van ARopMaat-JoVo vooralsnog te laag is voor het doen van een procesonderzoek en effectonderzoek in verschillende JJI's. Voldoende instroom en een goede programma-integriteit kan volgens hen wel worden gerealiseerd. Bijvoorbeeld als de JJI's een betere screening toepassen voor het indiceren en door het aanbieden van een intensievere opleiding (is inmiddels gerealiseerd).

Onderzoek 2

- A. De programma-integriteit en de doeltreffendheid van ARopMaat. Onderzoeksrapport voor de (voormalige) Erkenningscommissie Justitie over de uitvoering de doeltreffendheid van ARopMaat-JoVo residentieel om te kunnen beoordelen of een verlenging van de erkenning geëigend is. Hoogsteder & Stams. (2012, 2013).
- B. Dit onderzoek betreft een procesonderzoek in combinatie met een onderzoek naar de doeltreffendheid van ARopMaat-JoVo. Tijdens het procesonderzoek is getoetst of er voldaan is aan alle randvoorwaarden. Hierbij werd uitgebreid stilgestaan bij de wijze van instroom (en uitval), de vraag of de beoogde doelgroep daadwerkelijk is bereikt en of de behandelaren voldeden aan de opleidingseisen. Ook is onderzocht of in voldoende mate aan de programma-integriteit was voldaan. Om de programma-integriteit te beoordelen is onder andere stilgestaan bij de gebruikte behandelmethoden, de duur van de bijeenkomsten, de fasering en intensiteit van het programma, de behandelde thema's, en de wijze waarop de handleiding werd gehanteerd. Voor beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van meerdere methoden gebruikt, namelijk vragenlijsten / interviews met jongeren en behandelaren over uitgevoerde therapie sessies, observaties van individuele bijeenkomsten en groeps sessies (steekproefsgewijs), de analyse van gegevens van de selectie-instrumenten en de uitkomst van de reguliere evaluatieformulieren die bij de interventie horen om de programma-integriteit te kunnen waarborgen. Om de doeltreffendheid te beoordelen werden diverse valide testinstrumenten gebruikt (zowel zelfrapportage als lijsten die werden ingevuld door groepsleiding en de behandelcoördinator). De informatie die in dit onderzoek wordt weergegeven, is gebaseerd op gegevens die in JJI De Doggershoek zijn verzameld in de periode van januari 2007 tot en met februari 2011. Er werden hierbij 63 jongeren betrokken en zes ARopMaat JoVo-behandelaren.
- C. Samenvattend kan worden gesteld dat er aan de randvoorwaarden was voldaan, ARopMaat-JoVo werd aangeboden aan de beoogde doelgroep en dat de programma-integriteit in orde was. Uit de beoordeling van de uitvoering van de therapie sessies kwamen weinig aandachtspunten naar voren. Een enkele keer

werd duidelijk dat de behandelaar vaker rollenspelen en ervaringsgerichte opdrachten had moeten aanbieden of meer had moeten valideren.

De uitkomst van de evaluatieformulieren die aan het einde van de behandeling werden ingevuld, geven een indruk over de programma-integriteit op meta-niveau. Gemiddeld genomen gaven jongeren ARopMaat-JoVo een 7,3 (SD 1.066). Uit deze formulieren bleek dat alle jongeren ($n = 60$) vonden dat er was voldaan aan de basiskenmerken van de interventie, denk aan het valideren, evalueren en het doen van ervaringsgerichte oefeningen. Ook uit de evaluatielijsten die door de behandelaars waren ingevuld, bleek dat de programma-integriteit voldoende was. Wel kwam naar voren dat in bijna een kwart ($n=13$; 23,6%) van de behandelingen onvoldoende overdracht plaatsvond tussen de AR-behandelaar en de andere behandelaars van de jongere. Verder werd als verbeterpunt genoemd ($n=9$; 16,3%) dat de mentor van de leefgroep de jongere niet of onvoldoende heeft ondersteund in het werken aan leerpunten die nodig waren om AR-doelen beter te realiseren.

De veranderingsmetingen lieten zien dat jongeren die ARopMaat-JoVo hadden gevolgd bij de eindmeting significante positieve veranderingen lieten zien in vergelijking tot de nulmeting op de programmadoelen (recidiverisico, agressief gedrag, copingvaardigheden, disfunctionele cognities en responsiviteit). Jongeren die naast ARopMaat-JoVo ook andere behandelvormen kregen aangeboden (Equip en/of vaktherapie) bleken niet anders te scoren met uitzondering op enkele onderdelen, zoals cognitieve vaardigheden (gerapporteerd door de mentoren) en sociale vaardigheden (gerapporteerd door de jongeren). De invloed van Equip of Vaktherapie was gering en bleek meestal (licht) negatief als er sprake was van een significante invloed. Dit was opvallend, omdat er verwacht werd dat deze behandelvormen zouden zorgen voor een extra positief resultaat.

Onderzoek 3

- A. The relationship between the level of program integrity and pre-post-test changes of Responsive Agression Regulation Therapy (re-ART) Ambulant: a pilot study. Hoogsteder, Horn, van, Stams, Wissink, & Hendriks, 2015.
De programma-integriteit en de doeltreffendheid van ARopMaat JoVo Ambulant. Het rapport is beschreven volgens het voorgestelde format van de (voormalige) Erkenningscommissie Justitie over de uitvoering en de doeltreffendheid van ARopMaat-JoVo Ambulant om te kunnen beoordelen of een verlenging van de erkenning geëigend is.
Hoogsteder & Stams, 2014.
- B. Tijdens het beoordelen van de programma-integriteit (PI) is gebruik gemaakt van interviews, een checklist indicatietelling, observaties en twee verschillende vragenlijsten (zelfrapportage). De interviews werden gebruikt om te achterhalen in welke mate werd voldaan aan de randvoorwaarden voor het uitvoeren van ARopMaat-JoVo Ambulant. Denk hierbij aan richtlijnen met betrekking tot de opleidingseisen, caseload en eisen omtrent het functioneren. Daarnaast werden de behandelaars steekproefsgewijs geobserveerd tijdens het uitvoeren van ARopMaat-sessies. Bij het observeren werd gebruik gemaakt van de sessie-checklist die toetst in hoeverre twaalf belangrijke aspecten tijdens de sessie zijn aangeboden (e.g., 'valideert de therapeut de adolescent voldoende?', 'sluit de therapeut voldoende aan bij de taal van de adolescent als er uitleg wordt gegeven?', 'is er minimaal een situatie of vaardigheid geoefend of een andere doe- oefening gedaan?'). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van deze lijst is in orde, de kappa's varieerden van 0.62 tot 1 (Cyr & Francis, 1992). Parallel aan deze acties vulden behandelaren een eindevaluatie vragenlijst in over de uitvoering van de hele behandeling, met onder andere vragen over de kwaliteitseisen voor het waarborgen van de PI op meta-niveau (i.e., Voldeden de duur en intensiteit van de behandeling aan het risicobehoefte?, Werd er maandelijks supervisie aangeboden en gevolgd?). De verkregen informatie uit deze vragenlijsten werd door de onderzoekers vergeleken met de genoteerde informatie in het EPD. Voor het scoren van de vragenlijsten gold een cut-off score van < 80%.
In het artikel zijn 26 jongeren betrokken, in het rapport is deze data aangevuld. Het betreft een dataverzameling over de periode februari 2012 tot september 2013. Hierbij waren 16 behandelaren betrokken, 50 jongeren, drie verschillende vestigingen van de Waag en drie onderzoekers.
- C. In beide studies is zowel het niveau van de programma-integriteit als de doeltreffendheid van ARopMaat Ambulant onderzocht. Er is gekeken of er sprake was van positieve veranderingen in vergelijking tussen

voor- en nameting op grond van verschillende uitkomstmaten en of het niveau van programma-integriteit van invloed is geweest op de behaalde resultaten. Uit het artikel bleek dat slechts de helft van de behandelingen programma-integer was uitgevoerd, in het rapport ging het om 62%. Het bleek dat met name het risicobeginsel (intensiteit afstemmen op recidiverisico) en het behoeftebeginsel (aanbieden van de standaard en geïndiceerde modules) niet voldoende was nageleefd, daarnaast waren het niet structureel bijwonen (incl. het oefenen met specifieke AROPMaat-vaardigheden) en het zorgdragen voor overdracht tussen ketenpartners aandachtspunten. De individuele behandelsessies bleken overigens wel in voldoende mate uitgevoerd zoals bedoeld (op groepsniveau). Het is opvallend dat vooral behandelingen die voor 2012 waren gestart (een half jaar nadat behandelaars waren opgeleid in de methodiek), niet aan de PI voldoen. Dit zou kunnen betekenen dat het niveau van de PI samenhangt met de ervaring die de behandelaars hebben opgedaan. Dit impliceert dat een behandelaar ruimschoots de tijd nodig heeft om op een hoog niveau van PI uit te komen. Mogelijk is dit ook een verklaring voor waarom bij verschillende interventies vaak lage scores worden gevonden (Nas, et al.; Durlak & Dupre (2008).

De AROPMaat PI+ groep liet significante verbeteringen zien op alle programmadoelen in vergelijking tussen de nul- en eindmeting. De groep bij wie de PI voldoende was liet op een groot deel van de uitkomstmaten een significant verschil zien. Het gaat bij de onderzoeksgroep van 50 respondenten om verschil in recidiverisico voor geweld, agressief en externaliserend gedrag, cognitieve vervormingen die leiden tot agressief gedrag (zelf-rapportage), geringe coping (gerapporteerd door de therapeut) en mate van responsiviteit (impulsiviteit en wantrouwen). Bij de meeste uitkomstmaten betrof het een middelgroot tot groot effect. De onderzoeksresultaten laten zien dat het niveau van PI (een grote) invloed kan hebben op de behandelresultaten. Dit pleit ervoor om bij het uitvoeren van interventies meer aandacht te besteden aan het operationaliseren en naleven van de PI.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

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

Onderzoek 1

- A. Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). Hoogsteder, Kuijpers, Stams, van Horn, & Hendriks (2014) .
- B. Dit onderzoek betreft een evaluatieonderzoek naar de effecten van AROPMaat-JoVo in een residentiële setting. Hierbij werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign.

Er is gebruik gemaakt van diverse meetinstrumenten, namelijk:

1. De *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY; Lodewijks, de Ruiter, & Doreleijers, 2003). Dit is een risicotaxatie-instrument voor de residentiële setting om de kans op algemeen gewelddadig gedrag bij adolescenten in te schatten en werd tijdens het onderzoek door de behandelcoördinator ingevuld (dit was niet de AROPMaat-JoVo-behandelaar, maar wel een gedragsdeskundige);
2. Het aantal agressie-incidenten werden gegenereerd uit het justitiële registratiesysteem TULP-Jeugd en de reguliere incidentenregistratie-formulieren;
3. De *Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch* (BDHI-D; Lange, Hoogendorn, Wiederspahn, & De Beurs, 2005) werd gebruikt om hostiliteit en de neiging tot agressief gedrag te meten;
4. De AR-lijst (Hoogsteder, 2014) is een gevalideerde lijst om in kaart te brengen in hoeverre een jongere beschikt over vaardigheden die gerelateerd zijn aan zelfcontrole en assertiviteit;
5. De Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993) werd gebruikt om coping-gedrag te meten;
6. De Lijst Irrationele Gedachten (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 die leiden tot subassertief gedrag, wantrouwen, agressie of antisociaal gedrag.

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

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

De resultaten wezen uit dat de AROPMaat JoVo-groep vergeleken met de TAU-groep bij de eindmeting een significante verbetering liet zien op recidiverisico, agressief gedrag (waaronder aantal geregistreerde incidenten), copingvaardigheden, responsiviteit en cognitieve vervormingen, met uitzondering van negatieve attitude als onderdeel van cognitieve vervormingen. Het ging gemiddeld genomen om een middelmatig tot groot effect. Het is aannemelijk dat de gevonden positieve resultaten gerelateerd zijn aan het toepassen van de RNR-principes met extra aandacht voor het responsiviteitsprincipe, aangezien de TAU-behandeling niet op deze principes was gebaseerd.

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

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

Onderzoek 2

- A. Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART): An Evaluation Study in a Dutch Juvenile Justice Institution in Terms of Recidivism. Hoogsteder, Stams, Schippers, & Bonnes (2018).
- B. Dit onderzoek betreft een effectonderzoek naar de effecten van AROPMaat-JoVo in een residentiële setting in termen van (risico op) recidive. Hierbij werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign.

Er is gebruik gemaakt van twee meetinstrumenten, namelijk:

1. De *Structured Assessment of Violence Risk in Youth* (SAVRY; Lodewijks, de Ruiters, & Doreleijers, 2003). Dit is een risicotaxatie instrument voor de residentiële setting om de kans op algemeen gewelddadig gedrag bij adolescenten in te schatten en werd tijdens het onderzoek door de behandelcoördinator ingevuld (dit was niet de AROPMaat-JoVo-behandelaar, maar wel een gedragsdeskundige);
2. Voor de recidivemetingen is gebruik gemaakt van gegevens uit de Onderzoeks- en Beleidsdatabase Justitiële Documentatie (OBJD). Op basis van door de onderzoekers geleverde informatie over de jongeren die deelnamen aan het onderzoek is een bestand door het WODC aan de onderzoekers geleverd.

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

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

De resultaten van het onderzoek toonden aan dat de AROPmaat-JoVo-groep significant beter scoorde dan de TAU-groep op risico van geweldsrecidive bij de nameting. De daadwerkelijke geweldsrecidive verminderde significant bij geweldsdelicten na twee en drie jaar. Ook werd er een significant effect gevonden bij vermogensdelicten (na twee jaar) en algemene recidive na een follow-up van één, twee en drie jaar. Na een follow-up van drie jaar is te zien dat de AROPmaat-JoVo-groep ruim de helft minder recidiveerde (29,8%) met geweldsdelicten (AROPmaat-JoVo-groep: 23,8%; TAO-groep: 53,6%). Voor algemene recidive was het gevonden verschil nog groter, namelijk 37,7%. AROPmaat-JoVo leidde echter geenszins tot vermindering van vermogensdelicten met geweld. Het onderzoek toonde verder aan dat de gerecidiveerde jongeren uit de experimentele groep in een periode van drie jaar significant minder delicten pleegden dan de gerecidiveerde jongeren uit de controlegroep. Echter, er werd geen significant verschil gevonden in ernst van de gepleegde delicten onder de gerecidiveerde jongeren van beide groepen.

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

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

Onderzoek 3

- A. The Effects of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) Outpatient for Young Adults Compared to a Control Group. Hoogsteder, Schippers, Sweers, & Stams. Under review.
- B. Dit onderzoek betreft een effectonderzoek naar de effecten van AROPmaat-JoVo in een ambulante setting. Hierbij werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign.

Er is gebruik gemaakt van diverse meetinstrumenten, namelijk:

1. Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ Jeugd en Volwassenen (RAF GGZ; Van Horn, Wilpert, Eisenberg & Mulder, 2013). Dit is een risicotaxatie-instrument voor de ambulante setting om de kans op onder andere algemeen gewelddadig gedrag bij adolescenten en volwassenen (afhankelijk van de versie) in te schatten en werd tijdens het onderzoek door de regiebehandelaar ingevuld;
2. De YSR (Verhulst & van der Ende, 1997) is een vragenlijst waarop jongeren vragen over zichzelf kunnen beantwoorden over vaardigheden en emotionele- en gedragsproblemen kijkend naar de afgelopen zes maanden. Voor dit onderzoek is de schaal externaliseren gebruikt;

3. De Utrechtse Coping Lijst (UCL; Schreurs, Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993) werd gebruikt om coping-gedrag te meten;
 4. De Lijst Irrationale Gedachtes (LIG; Hoogsteder, Wissink et al., 2014) werd ingezet om verschillende cognitieve vervormingen te kunnen meten die leiden tot subassertief gedrag, wantrouwen, agressie of antisociaal gedrag.
- C.** In deze studie werd het effect van AROPMaat Ambulant, een behandelvorm voor (ernstig) agressieve jongeren en jongvolwassenen tussen de 16 en 24 jaar, vergeleken met de resultaten van een controle groep met soortgelijke problematiek die verschillende evidence-based behandelvormen kregen aangeboden. De totale onderzoeksgroep bestond uit 77 respondenten en was onderverdeeld in de AROPMaat-groep (n=47) en een vergelijkingsgroep (n=29). De jongeren uit de controlegroep voldeden allemaal aan de indicatiecriteria van AROPMaat, maar kregen wegens diverse redenen een andere behandeling aangeboden. Er was bijvoorbeeld een lange wachtlijst voor AROPMaat, een jongere koos zelf voor een andere behandelvorm of er werd verwacht door de regiebehandelaar dat een andere therapievorm beter zou aansluiten. De behandelingen die aan de controlegroep werden aangeboden waren: Multi Systeem Therapie (MST; 20,7%), Ouderschap met liefde en grenzen (OLG; 27,6%), Cognitieve gedragstherapie (CGT; 44,8%), en Schematherapie (6,9%). Bij MST en OLG ging het om jongeren tot en met 18 jaar.
- Tijdens het effectonderzoek werd de programma-integriteit ook getoetst. Alleen onderzoeksresultaten van jongeren bij wie de programma-integriteit in orde was, zijn geïnccludeerd. Met Chi-kwadraat en/of t-toetsen zijn de experimentele en controlegroep vergeleken op verschillende achtergrondvariabelen. Het gaat om leeftijd, geslacht, intelligentie, migratieachtergrond, antisociale persoonlijkheidsstoornis (APS), oppositionele gedragsstoornis (ODD), antisociale gedragsstoornis (CD), ADHD, licht verstandelijke beperking (LVB), middelenmisbruik, impulsbeheersingsstoornis, ASS type delict- en/of probleemgedrag, interventieduur en -frequentie. Er werden geen significante verschillen aangetroffen op deze achtergrondvariabelen.
- De resultaten van het onderzoek wezen uit dat de AROPMaat-groep in vergelijking met de vergelijkingsgroep meer positieve veranderingen behaalde met betrekking tot de kans op geweldsrecidive, impulsiviteit, boosheid en agressie, motivatie, coping, cognitieve vervormingen en het functioneren op sociaal-emotioneel gebied. Bij de genoemde domeinen ging het om een middelgroot of groot effect met uitzondering van agressief gedrag (gerapporteerd door de jongere), daar betrof het een klein effect. Er werd geen significant effect gevonden op het functioneren van het gezin (waaronder de opvoedingsvaardigheden van de ouders) en regelovertredend gedrag (gerapporteerd door de jongere). Er werd waarschijnlijk geen effect gevonden op het functioneren van het gezin, doordat 48,3% van de vergelijkingsgroep MST of OLG aangeboden heeft gekregen. Beide interventies zijn systemisch en specifiek gericht op het verbeteren van het gezinsfunctioneren. Zowel de experimentele groep als de controlegroep behaalden een groot effect op dit domein. Dit impliceert dat AROPMaat ook op dit domein voldoende resultaat heeft behaald.

5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Toepassen van het RNR-model (Bonta & Andrews, 2017; Hoogsteder et al., 2015).
2. Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie / werkalliantie (Taylor et al., 2015);
3. Valideren (empathie tonen en oordeelsvrij benoemen wat de ander voelt en denkt; Linehan et al., 1999);
4. De behandelaar is in staat zijn/haar waardeoordeel op te schorten als dit nodig is om te voorkomen dat de jongere zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met deze denkwijze;
5. Doorlopend motiveren door het toepassen van de AROPmaat-JoVo-motivatietechnieken;
6. Het werken met een veiligheidsplan en signaleringsplan.
7. Het kunnen herkennen van cognitieve vervormingen (irrationele gedachten) in combinatie met het aanleren van helpende gedachten (CGT-techniek);
8. Het werken aan probleemoplossingsvaardigheden (Lee et al., 2017). De jongere wordt elke bijeenkomst gestimuleerd om over mogelijke oplossingen na te denken (CGT-techniek);
9. Het aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen (dramatherapeutische technieken, denk aan rollenspelen) (Bonta & Andrews, 2017; Sukhodolsky et al., 2016);
10. Grotendeels individueel behandel aanbod (Lipsey, Landenberger, & Wilson, 2007; McQuire, 2008);
11. Toepassen van bewerkte mindfulness-oefeningen (gericht op bewustwording, ontspanning en het focussen van de aandacht).
12. Veel aandacht voor het verbeteren van de executieve functies, waaronder stressreductie (Deffenbacher, 2011) en impulscontrole.
13. Zorgdragen voor continuïteit door groepsleiding en/of ouders/verzorgers te betrekken bij het realiseren (en laten beklijven) van doelen.

6. Aangehaalde literatuur

- Agnew-Blais, J. C., Polanczyk, G. V., Danese, A., Wertz, J., Moffitt, T. E., & Arseneault, L. (2016). Evaluation of the persistence, remission, and emergence of attention-deficit/hyperactivity disorder in young adulthood. *Journal of the American Medical Association Psychiatry*, *73*(7), 713-720.
- Aguilar, B., Sroufe, L.A., Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescent-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and Psychopathology*, *12*, 109-132.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy and Law*, *16*(1), 39-55.
- Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W., Van der Laan, P. H., Prins, P. J., Van Arum, S., & Dutch MST Cost-Effectiveness Study Group. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in The Netherlands: Effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, *10*(2), 227-243.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Barriga, A. Q., Gibbs, J. C., Potter, G. B., & Liau, A. K. (2001). *How I Think (HIT) Questionnaire manual*. Champaign, IL: Research Press.
- Beerthuis, M. G. C. J., De Wied, M. A., & Orobio de Castro, B. (2011). *The implementation of the Responsive Aggressive Regulation Therapy for Juveniles*. Utrecht: WODC.
- Bell, M. A., & Deater-Deckard, K. (2007). Biological systems and the development of self-regulation: Integrating behavior, genetics, and psychophysiology. *Journal of Deviant Behavior Pediatrics*, *28*, 409-420.
- Blake, C. S., & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, *20*, 209-221.
- Bonta, J. & Andrews, D. A. (2017). *The psychology of criminal conduct*, Sixth Edition. New York: Routledge
- Brand, E. F. J. M., a'Campo, A. M. G., Van den Hurk, A. A. (2013). *15 jaar PIJ-ers in beeld: Kenmerken en veranderingen van jongeren die de PIJ-maatregel opgelegd kregen in de periode 1995-2010*. Dienst Justitiële Inrichtingen: Den Haag.
- Briones-Rodriguez, C., Morales-Martinez, G. E., Santos-Alcantara, M. G., Lopez-Ramirez, E. O., & Urdiales-Ibarra, M. E. (2016). Cognitive algebra underlying high school student's self-efficacy judgment to solve mathematical problems in the classroom or online. *International Journal of Education*, *8*(2), 136-148.
- 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.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (2020). *Geregistreerde verdachten*. Retrieved from <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/81959NED/table?fromstatweb>
- Chereji, S. V., Pintea, S., & David, D. (2012). The relationship of anger and cognitive distortions with violence in violent offenders' population: A meta-analytic review. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, *4*(1), 59-77.
- Cohen, M. A., & Piquero, A. R. (2015). Benefits and costs of a targeted intervention program for youthful offenders: The youth build USA offender project. *Journal of Benefit-Cost Analysis*, *6*(3), 603-627.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, *115*, 74-101.
- Cyr, L., Francis, K. (1992). Measures of clinical agreement for nominal and categorical data: The Kappa coefficient. *Computer in Biology and Medicine*, *22*, 239-246.
- Deffenbacher, J. L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, *18*, 212-221.
- DeWall, C. N., Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2011). The general aggression model: Theoretical extensions to violence. *Psychology of violence*, *1*(3), 245-258.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, *64*, 135-168.
- 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.
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, *41*, 327-350.

- Fix, R. L. & Fix, S. T. (2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior, 18*, 219-227.
- Fokkinga, C. (2014). De doeltreffendheid van Aggressieregulatie op Maat bij jongeren met een LVB. Masterthesis, UvA, Amsterdam.
- Foolen, N., Ince, D., & De Baat, M. (2012). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Franco, C., Amutio, A., López-González, L., Oriol, X., & Martínez-Taboada, C. (2016). Effect of a mindfulness training program on the impulsivity and aggression levels of adolescents with behavioral problems in the classroom. *Frontiers in psychology, 7*, 1385.
- Fresnic, A., & Borders, A. (2017). Angry rumination mediates the unique associations between self-compassion and anger and aggression. *Mindfulness, 8*(3), 554-564.
- Garrido, V., & Morales, L. A. (2007). Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treat. *Campbell Systematic Reviews, 3*(1), 1-46. doi: 10.4073/csr.2007.7
- Granic, I., & Patterson, G. R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: A dynamic systems approach. *Psychological Review, 113*, 101-131.
- Geurts, H., Van Eylen, L., & De Vries, M. (2018). Executieve functies. In Geurts, H., Sizoo, B., & Noens, I. (Eds.) *Autismespectrumstoornis: Interdisciplinair basisboek*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Greenberg, M. T., & Lippold, M. A. (2013). Promoting healthy outcomes among youth with multiple risks: Innovative approaches. *Annual review of public health, 34*, 253-270.
- Helmus, J. M. (2015). Is de doeltreffendheid van AR op Maat ambulant voor meisjes even groot als voor jongens? Masterthesis. UvA, Amsterdam.
- Henggeler, S. W., & Sheidow, A. J. (2012). Empirically supported family-based treatments for conduct disorder and delinquency in adolescents. *Journal of Marital and Family Therapy, 38*(1), 30-58.
- Himmelstein, S. Hastings, A., Shapiro, S. & Heery, M. (2012). A pilot study of Mindfulness training for self-regulation and stress with incarcerated youth. *Probation Journal, 59*, 151-165.
- 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.
- Holländare, F., Gustafsson, S. A., Berglind, M., Grape, F., Carlbring, P., Andersson, G., Hadjistavropoulos, H., & Tillfors, M. (2016). Therapist behaviours in internet-based cognitive behaviour therapy (ICBT) for depressive symptoms. *Internet Interventions, 3*, 1-7.
- Hoogsteder, L. M., Horn, van, J. E., Stams, G. J. J. M., Wissink, I. B., & Hendriks, J. (2015). The relationship between the level of program integrity and pre-post-test changes of Responsive Aggression Regulation Therapy (re-ART) Ambulant: A pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. doi: 10.1177/0306624X14554828
- Hoogsteder, L. M., Kuijpers, N., Stams, G. J. J. M., Van Horn, J. E., & Hendriks, J. (2014). Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). *International Journal of Forensic Mental Health, 13*, 25-35.
- Hoogsteder, L. M., Schippers, E. E., Sweers, N., & Stams, G. J. J. M. *The effects of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) outpatient for adolescents and young adults compared to a control group*. Under review.
- Hoogsteder, L. M. & Stams, G. J. J. M. (2012 en 2013). *De programma-integriteit en de doeltreffendheid van de ARopMaat JoVo*. Onderzoeksrapport voor de (voormalige) Erkenningscommissie Justitie over de uitvoering de doeltreffendheid van de ARopMaat-JoVo om te kunnen beoordelen of een verlenging van de erkenning geëigend is. Castricum: Go op Maat!
- Hoogsteder, L. M. & Stams, G. J. J. M. (2014). De programma-integriteit en de doeltreffendheid van de ARopMaat JoVo Ambulant. Onderzoeksrapport voor de (voormalige) Erkenningscommissie Justitie over de uitvoering de doeltreffendheid van de ARopMaat-JoVo Ambulant om te kunnen beoordelen of een verlenging van de erkenning geëigend is. Castricum: Go op Maat!
- Hoogsteder, L. M., Stams, G. J. J. M., Schippers, E. E., & Bonnes, D. (2018). Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART): An evaluation study in a Dutch juvenile justice institution in terms of recidivism. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 62*(14), 4403-4424.

- Hoogsteder, L. M., Wissink, I. B., Stams, G. J. J. M., Van Horn, J. E., & Hendriks, J. (2014). A validation Study of the Brief Irrational Thoughts. *Inventory Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 32, 216-232.
- Huizinga, M. (2007). De ontwikkeling van executieve functies tussen kindertijd en jongvolwassenheid. *Neuropraxis* 3, 74-82.
- James, C., Asscher, J. J., Stams, G. J. J., & Van Der Laan, P. H. (2016). The effectiveness of aftercare for juvenile and young adult offenders. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 60(10), 1159-1184.
- 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 Loeber, R., Slot, N. W., Van der Laan, P. H., & Hoeve, M. (Eds.), *Tomorrow's criminals – The development of child delinquency and effective interventions*. Farnham: Ashgate Publishing.
- Kuklinski, M. R. (2015). Benefit-cost analysis of prevention and intervention programs for youth and young adults: Introduction to the special issue. *Journal of Benefit-Cost Analysis*, 6(3), 455-470.
- Lange, A. (2018). Behandeling van kinderen in de context van ouders en gezin. In Prins, P., Bosch, J., & Braet, C. (Eds.) *Methoden en technieken van gedragstherapie bij kinderen en jeugdigen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum
- Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, A. & De Beurs, E. (2005). *Buss-Durkee Hostility Inventory - Dutch, BDHI-D*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 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.
- Lee, A. H., & DiGiuseppe, R. (2018). Anger and aggression treatments: a review of meta-analyses. *Current opinion in psychology*, 19, 65-74.
- Lin, Y. W., & Bratton, S. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approached. *Journal of Counseling and Development*, 93(1).
- 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., 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*, 20(1), 21-35
- Loeber, R., Slot, W., & Stouthamer-Loeber, M. (2008). A cumulative developmental model of risk and promotive factors. In Loeber, R., Slot, W., Van der Laan, P. H., & Hoeve, M. (red.) *Tomorrow's criminals: The development of child delinquency and effective interventions*. Ashgate: Ashgate Press.
- Lodewijks, H. P. B., De Ruiter, C., & Doreleijers, T. A. H. (2003). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 23, 25-42.
- Maddux, J.E. (2005). Self-efficacy: The power of believing you can. In Snyder, C. R., & Lopez S. J., (Eds.), *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press
- McCart, M. R., & Sheidow, A. J. (2016). Evidence-based psychosocial treatments for adolescents with disruptive behavior. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(5), 529-563.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2577-2597.
- 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.

- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B.J. (2002) Males of the life-course persistent and adolescence limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years, *Development Psychopathology*, 14(1), 179-207.
- Morley, R.H. (2018). The Impact of Mindfulness Meditation and Self-Compassion on Criminal Impulsivity in a Prisoner Sample. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 33(2), 118-122.
- Mulder, E., Brand, E., Bullens, R., & Van Marle, H. (2011). Risk factors for overall recidivism and severity of recidivism in serious juvenile offenders. *Criminology and Criminal Justice*, 55(1). doi: 10.1177/0306624X09356683
- Murray, D. W., Rosanbalm, K., Christopoulos, C., & Hamoudi, A. (2014). *Self-regulation and toxic stress: Foundations for understanding self-regulation from an applied developmental perspective. OPRE Report 2015-21*. Washington, DC: Office of Planning, Research and Evaluation, Administration for Children and Families.
- Murrihy, R. C., Kidman, A. D., & Ollendick, T. H. (2010). *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth*. New York: Springen
- Nas, C. N., Brugman, D., & Koops, W. (2008). Measuring self-serving cognitive distortions with the “How I Think” Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* 24, 181–189.
- Oostermeijer, S., Smeets, K. C., Jansen, L. M. C., Jambroes, T., Rommelse, N. N. J., Scheepers, F. E., Buitelaar, J. K., & Popma, A. (2017). The role of self-serving cognitive distortions in reactive and proactive aggression. *Criminal Behavior and Mental Health*, 27, 395– 408.
- Rovers, B. 2010. *Motiveren en motivatieproblematiek: Integraal motiveren in het jongerenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.
- 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.
- 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.
- Schreurs, P. J. G., Van de Willige, G., Brosschot, J. F., Tellegen, B., & Graus, G. M. H. (1993). *De Utrecht Coping Inventory: UCL*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.
- Schubert, C. A., Mulvey, E. P., Loughran, T. A., & Loyosa, S. H. (2012). Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39. doi: 10.1177/0093854811426710
- Seidel, E. M., Silani, G., Metzler, H., Thaler, H., Lamm, C., Gur, R. C., Kryspin-Exner, I., Habel, U., & Derntl, B. (2013). The impact of social exclusion vs. inclusion on subjective and hormonal reactions in females and males. *Psychoneuroendocrinology*, 38(12), 2925-2932.
- Shin, S. H., Cook, A. K., Morris, N. A., McDougale, R., & Groves, L. P. (2016). The different faces of impulsivity as links between childhood maltreatment and young adult crime. *Preventive Medicine*, 158, 210–217.
- 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.
- Stevens, G., Van Dorsselaer, S., Boer, M., De Roos, S., Duinhof, E., ... & De Looze, M. (2018). *Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland 2017*. Utrecht: Trimbos-instituut, Universiteit Utrecht.
- Sukhodolsky, D. G., Smith, S. D., McCauley, S. A., Ibrahim, K., & Piasecka, J. B. (2016). Behavioral interventions for anger, irritability, and aggression in children and adolescents. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 26(1), 58-64
- Syngelaki, E. M., Moore, S. C., Savage, J. C., Fairchild, G., & Van Goozen, S. H. M. (2009). Executive functioning and risky decision making in young male offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 1213-1227.
- Taylor, P. J., Rietzschel, J., Danquah, A., & Berry, K. (2015). The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(3), 240-253.

- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., Von Wyl, A., Schulthess, P., & Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research, 25*(4), 420-434.
- Van Doorn, M. D., Branje, S. J. T., & Meeus, W. H. J. (2008). Conflict resolution in parent–adolescent relationships and adolescent delinquency. *The Journal of Early Adolescence, 28*, 503–527.
- Van der Horn, J.E., Eisenberg, M.J., Bouman, Y.H.A., Van den Hanenberg, F.J.A.C., Van der Put, C.E., & Bogaerts, S., (2016). *Handleiding Forensisch Ambulante Risico Evaluatie (FARE): Volwassen cliënten vanaf 18 jaar*, versie 1.0. Kwaliteit Forensische Zorg.
- Van der Horn, J. E., Wilpert, J., Bos, M.G. N., Eisenberg, M. & Mulder, J. (2009). RAF MH Youth: validation of a structured risk assessment instrument for outpatient delinquents. *Tijdschrift voor Strafrecht, Criminologie en Forensisch welzijnswerk, 30*, 23-34.
- Van der Laan, A. M., Blom, M., Verwers, C., & Essers, A. A. M. (2006). *Jeugdcriminaliteit: Risico's en bescherming: Bevindingen uit de WODC monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit 2005*. Den Haag: Boom Juridische Uitgevers
- Van der Laan, A. M., & Goudriaan, H. (2016). *Monitor jeugdcriminaliteit: Ontwikkelingen in de jeugdcriminaliteit, 1997-2015*, Den Haag: WODC/CBS 2016
- Van Nieuwenhuijzen, M., Rest, van M. M., Embregts, P. J. C. M., Vriens, A., Oostermeijer, S., Bokhoven, van I., & Matthys, W. (2017). Executive functions and social information processing in adolescents with severe behavior problems. *Child Neuropsychology, 23* (2), 228-241.
- 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 de Rakt, M., Weerman, F., & Need, A. (2005). Delinquent gedrag van jongens en meisjes: het (anti)sociaal kapitaal van vriendschapsrelaties. *Mens en Maatschappij, 80*, 328-352.
- Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J., Deković, M., & van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of multisystemic therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical psychology review, 34*(6), 468-481
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). *Motivatie voor gedragsinterventies bij jongere justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld*. Leuven: Leuvens Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Verhulst, F. C., van der Ende, J., & Koot, H. M. (1997). *Handleiding voor de Youth SelfReport (YSR)*. Rotterdam: Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam.
- Vitaro, F., Brendgen, M., & Tremblay, R.E. (2000). Influence of deviant friends on delinquency: Searching for moderator variables. *Journal of Abnormal Psychology, 28*, 313-325.
- Voutilainen, L., Henttonen, P., Kahri, M., Ravaja, N., Sams, M., & Peräkylä, A. (2018). Empathy, Challenge, and Psychophysiological Activation in Therapist–Client Interaction. *Frontiers in psychology, 9*, 530.
- 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.
- Weijters, G., Verweij, S., Tollenaar, N., & Hill, J. (2019). Recidive onder justitiabelen in Nederland: Verslag over de periode 2006-2018. Den Haag: WODC, cahier 2019-10.
- Walker, R. F., & Murachver, T. (2012). Representation and theory of mind development. *Developmental Psychology, 48*(2), 509.
- Welsh, B. C., Farrington, D. P., & Gowar, B. F. (2015). Benefit-cost analysis of crime prevention programs. *Crime and Justice, 44*(1).
- Will, T., Gessnitzer, S., & Kauffeld, S. (2016). You think you are an empathic coach? Maybe you should think again. The difference between perceptions of empathy vs. empathic behaviour after a person-centred coaching training. *Coaching: An International Journal of Theory, Research and Practice, 9*(1), 53-68.

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.

