

Interventie

Grip op Agressie Klinisch



Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 11 december 2024

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: H. Niehoff, R. Didden & M. Delforterie (oktober 2024).

Justitiële interventies: beschrijving Grip op Agressie Klinisch. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van [Erkende justitiële interventies | Nederlands Jeugdinstituut](#).

Inhoud

Inhoud	3
Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	5
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel	7
1.3 Aanpak.....	10
2. Uitvoering	17
2.1 Materialen	17
2.2 Locatie en type organisatie	17
2.3 Opleiding en competenties van de uitvoerders	17
2.4 Kwaliteitsbewaking.....	18
2.5 Randvoorwaarden	18
2.6 Implementatie	19
2.7 Kosten	19
3. Onderbouwing	21
3.1 Probleem	21
3.2 Oorzaken	21
3.3 Aan te pakken factoren	21
3.4 Verantwoording	22
4. Onderzoek.....	25
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	25
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	26
5. Samenvatting Werkzame elementen.....	27
6. Aangehaalde literatuur	28

Samenvatting

Grip op Agressie Klinisch (GoA-K) is een geprotocolleerde interventie voor (jong) volwassenen met een licht verstandelijke beperking (LVB) en (recidiverend) agressief (delict)gedrag. Het programma is opgebouwd uit zeven met elkaar samenhangende modules en beslaat een periode van minimaal 1 jaar. GoA-K streeft naar het verbeteren van de met agressie samenhangende cognitieve en adaptieve vaardigheden. Tekorten op cognitieve en adaptieve vaardigheden zijn een risicofactor voor agressief (delict) gedrag. Deze vaardigheden staan in relatie tot de eisen en stressoren vanuit de omgeving. Behandeling van agressief (delict) gedrag vindt plaats door de vaardigheden van de cliënt en de beschermende factoren vanuit de context te vergroten en door criminogene risicofactoren te verminderen. Om de programmadoelen te behalen wordt onder andere gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie (CGT), psychomotore therapie (PMT) en dramatherapie.

Doelgroep

GoA-K is geïndiceerd voor volwassenen (vanaf 18 jaar) die klinisch worden behandeld. De interventie is gericht op cliënten met risicovol agressief gedrag met een LVB met of zonder een justitiële maatregel.

Doel

Het doel van GoA-K is het verminderen en het voorkómen van (recidiverend) agressief (delict)gedrag. Deelname aan GoA-K leidt tot veranderingen in inzicht in de emotionele, cognitieve en gedragsmatige processen die samenhangen met agressief gedrag en boosheid. Attitude, gedachten, gevoelens, vaardigheden en gedrag van de deelnemer zijn hierbij kernelementen.

Aanpak

GoA-K bestaat uit zeven modules (zie tabel 1). Modules 1, 2 en 3 zijn educatieve, ervaringsgerichte modules, die de cliënt voorbereiden op de modules erna. In module 4 tot en met 7 leren de cliënten de in de educatieve modules geleerde inzichten en vaardigheden toe te passen op de eigen problematiek. Er is geen vaste volgorde voor de eerste drie modules, omdat deze niet op elkaar voortbouwen maar elkaar aanvullen. Vanaf module 4 ligt de volgorde vast. De cliënt kan vanaf dan niet langer optimaal van een module profiteren zonder eerst de inhoud van de voorgaande module(s) te beheersen.

GoA-K is afgestemd op de leerstijl van de doelgroep door: ervaringsgericht leren, aansluiten bij het cognitieve, adaptieve en emotionele niveau van functioneren, eenduidig en eenvoudig taalgebruik, ondersteuning bij abstraheren en generaliseren. Binnen GoA-K wordt de dagelijkse context van de deelnemer gebruikt als oefen- en leersituatie.

Tabel 1

Overzicht van de modules binnen Grip op Agressie – Klinisch (GoA-K).

Module 1,2,3					Module 4	Module 5	Module 6	Module 7
Herkennen van gevoelens 1 (PMT)	Omgaan met boosheid en agressie 1	Probleem- of delict scenario	Omgaan met boosheid en agressie 2	Terugvalpreventie				
Herkennen van gevoelens 2 (Dramatherapie)								
Herkennen van gedachten								
Training sociale vaardigheden								

Materiaal

Voor GoA-K is voor de trainers een programma- en evaluatiehandleiding en trainershandleiding per module ontwikkeld en voor de deelnemers zijn er werkboeken ontwikkeld. Er wordt binnen het gehele behandelprogramma tevens gebruik gemaakt van ondersteunend beeld- en geluidsmateriaal en instructiefilmpjes.

Onderbouwing

Er zijn drie modellen relevant voor het begrijpen van agressie bij mensen met een LVB:

1. Biopsychosociaal model (Dodge & Pettit, 2003; Richards, Oswald, & Fedoroff, 2020)
Dit model omvat criminogene risicofactoren (en beschermende factoren) voor de ontwikkeling van agressief gedrag. Deze risicofactoren betreffen biologische, psychologische en sociale condities, zoals impulsiviteit, ongunstige sociaaleconomische omstandigheden en levenservaringen.
2. Risk-Need-Responsivity (RNR) model (Bonta & Andrews, 2023).
GoA-K is gebaseerd op de principes van het RNR-model. Het RNR-model richt zich voornamelijk op het voorkomen van risicogedrag en beschrijft drie beginselen waaraan interventies moeten voldoen: Risk (risicobeginsel), Need (dynamische risicofactoren) en Responsivity (responsiviteitsbeginsel).
3. Sociale informatieverwerkingsmodel (Crick & Dodge, 1994)
In dit model wordt agressief gedrag verklaard aan de hand van de cognitieve stappen waarin sociale gebeurtenissen worden verwerkt en die resulteren in agressief gedrag.

Een integratie van deze modellen is noodzakelijk vanwege het samengaan van een groot aantal (dynamische) risicofactoren, vaardigheidstekorten en psychosociale problemen die we bij de doelgroep tegenkomen en die het risico op delictgedrag verhogen (zie o.a. Didden, Nijman, Delforterie & Keulen-De Vos, 2020).

Onderzoek

In een procesevaluatie werd de ervaring en waardering van trainers en deelnemers over GoA-K onderzocht. In totaal waren negen trainers en 28 deelnemers betrokken. Trainers gaven hoge cijfers (7,7-9) voor uitvoerbaarheid en behalen van de behandeldoelen, maar gaven ook aan dat randvoorwaarden, zoals aantal opgeleide trainers, verbeterd kunnen worden. Trainers gaven zowel in evaluaties als monitoringslijsten aan dat de programma-integriteit voldoende tot goed werd bewaakt. De doelgroep werd voldoende bereikt, met in de afgelopen 5 jaar meer dan 100 cliënten die hebben deelgenomen aan (ten minste één module van) GoA-K. Deelnemers waren positief over de gevolgde GoA-K-module, vooral hoe het hen hielp boosheid te beheersen. Ten slotte zijn onderzoeken naar aankomende projecten gericht op de effectiviteit van GoA-K beschreven.

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Grip op Agressie Klinisch (GoA-K) is geïndiceerd voor volwassenen (vanaf 18 jaar) met risicovol agressief gedrag die een licht verstandelijke beperking (LVB) hebben, met of zonder een justitiële maatregel. GoA-K wordt aan de cliënt of deelnemer¹ aangeboden binnen de behandelphase van de klinische behandeling. Van een LVB wordt gesproken bij een IQ tussen de 50 en 70 óf een IQ tussen de 70 en 85 in combinatie met een verminderd sociaal aanpassingsvermogen (adaptief functioneren). Het agressieve gedrag wordt bepaald en in stand gehouden door criminogene risicofactoren. Het gaat voornamelijk om cliënten met weinig inzicht in het eigen agressieve probleemgedrag, onvoldoende inzicht in eigen risicofactoren, onvoldoende herkennen van signalen van dreigend agressief gedrag, inadequate oplossingsvaardigheden en tekorten in sociale en assertieve vaardigheden. Bij de cliënten is er sprake van een gemiddeld of hoog recidiverisico op agressief gedrag.

Intermediaire doelgroep

De groep sociotherapeuten is de intermediaire doelgroep voor de generalisatie van het geleerde in GoA-K naar het leefklimaat. GoA-K betreft naast de deelnemer ook een beschikbare steunfiguur in de vorm van een mentor of persoonlijk begeleider (PB'er), die intensief betrokken is bij de algehele behandeling en zo mogelijk contact heeft met familie of externe steunfiguren om de generalisatie zo optimaal mogelijk te laten plaatsvinden.

Selectie van doelgroepen

GoA-K wordt aangeboden aan cliënten die in de behandelphase van de klinische behandeling zitten, waarvan na het proces van intake (samen met informatie vanuit de verwijzer en dossiergegevens), observatie en diagnostiek (inclusief risicotaxatie) blijkt dat zij aan de inclusiecriteria voor GoA-K voldoen. De (GZ-)psycholoog besluit of de cliënt voldoet aan de inclusiecriteria van GoA-K. Tabel 2 geeft een overzicht van de selectiecriteria, de bijbehorende selectie-instrumenten en overige bronnen, en de medewerkers die verantwoordelijk zijn voor het verzamelen van de betreffende gegevens voor de cliënt. Zie ook bijlage 1 voor de beslisboom met de in- en exclusiecriteria.

Het risicovolle agressieve gedrag van de cliënt richt zich op anderen binnen de samenleving. GoA-K legt echter geen specifieke focus op relationeel geweld, brandstichting en agressief gedrag dat zich naar binnen keert in de vorm van automutilatie. Agressief gedrag uitsluitend tegen zichzelf gericht (automutilatie) vormt een exclusiecriteria voor deelname aan GoA-K. Cliënten met relationeel geweld en brandstichting als agressievorm kunnen deelnemen aan GoA-K, mits de cliënt voldoet aan de inclusiecriteria. Het programma richt zich primair op externe agressie, zonder zich uitdrukkelijk te richten op deze specifieke agressieve gedragsvormen. GoA-K is gericht op externe agressie binnen één of meerdere leefgebieden.

GoA-K wordt individueel of (gedeeltelijk) in groepsverband aangeboden. Of een cliënt bij een groepsbehandeling kan aansluiten wordt bepaald door de (GZ-)psycholoog die rekening houdt met de pathologie van de cliënt, het probleemgedrag en de vaardigheden. Als de groep als onveilig wordt ervaren door de cliënt kan GoA-K individueel worden aangeboden. Hetzelfde geldt als er sprake is van vaardigheidstekorten en/of psychische problematiek die een negatieve invloed hebben binnen het behandelproces in groepsverband.

¹ In het werkblad spreken we van cliënt als participant in de klinische behandeling en van deelnemer wanneer deze deelneemt aan GoA-K.

Tabel 2*Selectiecriteria, instrumenten en bronnen en verantwoordelijken*

Selectiecriteria deelnemers	Instrumenten / bronnen	Verantwoordelijk voor verzamelen gegevens
Inclusiecriteria		
Indicatie voor klinische behandeling	Dossier	Verwijzer, opnamebureau
Behandelperiode (periode van opname) van tenminste 1 jaar	Dossier en inschatting	Verwijzer, opnamebureau
18 jaar of ouder	Dossier	Verwijzer, opnamebureau
Een LVB	IQ-test	Verwijzer, opnamebureau (indien geen gegevens voorhanden: diagnostiektteam)
1. IQ tussen de 50 en 70		
2. IQ tussen de 70 en 85 in combinatie met een verminderd sociaal aanpassingsvermogen	IQ-test en ADAPT	Verwijzer, opnamebureau (indien geen gegevens voorhanden: diagnostiektteam)
Agressief gedrag dat zich richt op anderen binnen de samenleving als primair probleemgedrag of als index-delictgedrag		Diagnostiektteam
Gemiddeld of hoog risico op agressief gedrag/ delict- of recidiverisico	HKT-R	Gedragsdeskundige lid multidisciplinair team (MDT*)
Exclusiecriteria		
Psychiatrische 'oorzaak' van agressief gedrag (bijv. floride psychotische symptomen, schizofrenie)	DSM-5-TR	Psychiater, gedragsdeskundige (o.b.v. MDT*)
Niet-aangeboren hersenletsel als oorzaak van agressie	DSM-5-TR	Psychiater, gedragsdeskundige
Diagnose psychopathie	PCL-SV en PCL-R	Diagnostiektteam
Agressief gedrag heeft alleen plaatsgevonden toen cliënt onder invloed van middelen was	Dossier	Verwijzer, opnamebureau
Agressief gedrag was uitsluitend tegen zichzelf gericht (automutilatie)	Dossier en observatie	Verwijzer, opnamebureau

* *Noot:* Het MDT bestaat uit tenminste een GZ-psycholoog, een psychiater, de casemanager (trainer) en andere bij de cliënt betrokken medewerkers.

Betrokkenheid doelgroep

Gedurende de ontwikkeling van GoA-K zijn cliënten met een LVB actief betrokken geweest. Dit geldt zowel voor de ontwikkeling van de teksten, als de filmpjes en illustraties die bij GoA-K worden gebruikt. GoA-K komt voort vanuit de jarenlange behandelervaring met mensen met een LVB en agressief (delict) gedrag.

Cliënten worden bij de afsluiting van iedere bijeenkomst uitgenodigd om door middel van mondelinge feedback op de bijeenkomst hun ervaringen te delen met de trainers. Dit staat bij de afsluiting van iedere bijeenkomst in de trainershandleiding beschreven. Mondelinge feedback na afsluiting van een bijeenkomst is het meest passend bij de LVB-doelgroep van GoA-K. De opgehaalde informatie vormt mede de basis om de responsiviteit zoveel als mogelijk te borgen. De aanpassingen om de responsiviteit te bevorderen worden doorgevoerd wanneer er volgens behandelaren signalen zijn dat doelen niet behaald worden. Deze aanpassingen zijn met name gericht op de uitvoering van GoA-K en bestaan uit toevoegingen van illustraties, extra uitleg via ondersteunend filmmateriaal of sprekende voorbeelden in de tekst van de werkboeken voor de deelnemers. Bovendien hebben de trainers de mogelijkheid om de voorbeelden aan te vullen met ervaringen en voorbeelden van de deelnemers zelf.

De trainers koppelen de feedback van de deelnemers terug via de landelijke terugkomdag. Als blijkt dat er een betere afstemming moet komen gericht op de communicatie, oefenstof, het voorstructureren en vereenvoudigen, wordt dat meegenomen in de doorontwikkeling van GoA-K.

1.2 Doel Hoofddoel

Het doel van GoA-K is het verminderen en het voorkomen van (recidiverend) agressief (delict)gedrag. Deelname aan GoA-K leidt tot veranderingen binnen de vastgestelde risicofactoren op agressief gedrag zoals inzicht in de emotionele processen, cognitieve processen en gedragsmatige processen die samenhangen met agressief gedrag en boosheid (afname van egocentrisme, geen verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag, vijandigheid, impulsiviteit en onvoldoende coping vaardigheden). Attitude, gedachten, gevoelens, vaardigheden en gedrag van de deelnemer zijn hierbij kernelementen. De behandelvoortgang en het bereiken

van het hoofddoel worden gemeten met de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS 2.0; Drieschner, Hesper, & Delforterie, 2019), Historisch, Klinisch, Toekomstig – Revisie (HKT-R; Spreen, Brand, Ter Horst, Bogaerts, 2014) en de doelenlijst uit de eindevaluaties (zie bijlage 4 in de Programma- en evaluatiehandleiding).

Subdoelen

1. Programmadoel: Deelnemer kent en erkent na afronding van het behandelprogramma GoA-K zijn eigen agressief gedrag, kan dit benoemen, ziet de ernst van eigen probleemgedrag in, acht zich verantwoordelijk voor dit gedrag en vertoont geen risicovol agressief gedrag;
2. Programmadoel: Deelnemer kan na afronding van het behandelprogramma GoA-K de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag benoemen en scoort als zodanig op de items uit DROS 2.0 en HKT-R (erkennen van het eigen risico op probleemgedrag, herkent de signalen voor dreigende terugval en weet in dat geval wat te doen);
3. Programmadoel: Deelnemer kent na afronding van het behandelprogramma GoA-K de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag en kan deze benoemen (bij gebruikmaking van de spanningspiramide, spanningsthermometer, eerste hulpkaart en signaleringsplan) en kan deze verwerken in een G-schema;
4. Programmadoel: Deelnemer kan na afronding van het behandelprogramma GoA-K de aanloop tot zijn agressief gedrag in een vroeg stadium herkennen en doorbreken, adequate oplossingen bij conflicten bedenken, geringe stressoren doorstaan, en heeft een verminderde algemene neiging om boos of vijandig te reageren, en kan gedragsalternatieven overwegen, wat blijkt uit de score op deze DROS 2.0 items;
5. Programmadoel: Deelnemer geeft na afronding van het behandelprogramma GoA-K de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag wat blijkt uit zijn scores op de DROS 2.0 items dat gebruik van geweld tot spijt of innerlijk conflict zou leiden en dat de deelnemer doorgaans rekening houdt met belangen, gevoelens en rechten van anderen;
6. Programmadoel: Deelnemer heeft na afronding van het behandelprogramma GoA-K zijn sociale en assertieve vaardigheden verbeterd wat blijkt uit de score van de DROS 2.0 items dat hij rekening kan houden met belangen, gevoelens, rechten van anderen, in samenwerking zich doorgaans coöperatief opstelt en voldoende coping vaardigheden heeft ontwikkeld om geringe stressoren zonder problematische gevolgen te doorstaan.

Zie bijlage 2 voor de programmadoelen van GoA-K in samenhang met de DROS 2.0 om de voortgang binnen de behandeling in kaart te brengen.

Subdoelen

Binnen alle bijeenkomsten van GoA-K wordt met de deelnemer gewerkt aan bovenstaande programmadoelen. De voortgang van de programmadoelen wordt bewaakt door de rapportage van de trainers na iedere bijeenkomst en scores binnen de DROS 2.0 op de programmadoelen (zie Programma- en evaluatiehandleiding GoA-K). De beschreven doelen met de voortgang staan tevens centraal in de gesprekken met de sociotherapeut van de deelnemer (zie ook 1.3 Aanpak). Aan de hand van subdoelen binnen de verschillende modules van GoA-K wordt stap voor stap gewerkt aan het behalen van de programmadoelen.

Na het afronden van GoA-K is een vermindering zichtbaar in frequentie en ernst van agressie van de deelnemer. Tevens is er een vermindering van tekorten in vaardigheden die de kans op (recidiverend) agressief gedrag vergroten, waaronder afname van egocentrisme, geen verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag, vijandigheid, impulsiviteit en onvoldoende coping vaardigheden. Dit blijkt uit de scores van de DROS 2.0, voortgangsrapportage van de trainer met behandelaar en gesprekken met de sociotherapeut.

Overzicht van alle subdoelen die afgeleid zijn van de programmadoelen van GoA-K.

Module 1 Herkennen van Gevoelens 1

- Deelnemer leert eigen signalen en gevoelens van spanning herkennen en benoemen
- Deelnemer ervaart de verbinding tussen gevoelens, gedachten en gedrag
- Deelnemer kan zijn grenzen aangeven en afstand en nabijheid hanteren, en kan worden geconfronteerd met adequate oplossingsstrategieën bij verhoogde spanning benoemen en uitvoeren
- Deelnemer kan zijn arousal reduceren door gebruik te maken van ontspanningsoefeningen

Module 2 Herkennen van Gevoelens 2

- Deelnemer herkent zijn gevoelens
- Deelnemer kan zijn gevoelens uitdrukken met de 4 B's
- Deelnemer herkent grenzen bij zichzelf en de ander en kan dit benoemen
- Deelnemer kan zijn arousal reduceren
- Deelnemer beheerst technieken om de aanloop tot agressief gedrag te doorbreken

Module 3 Herkennen van Gedachten

- Deelnemer weet hoe agressief gedrag ontstaat
- Deelnemer weet wat gedachten zijn
- Deelnemer weet dat gedachten samenhangen met gedrag
- Deelnemer weet wat negatieve gedachten en helpende gedachten zijn
- Deelnemer kent de gevolgen van negatieve gedachten en helpende gedachten
- Deelnemer kent de 5 G's en de samenhang

Module 4 Omgaan met boosheid en agressie 1

- Deelnemer kent en erkent eigen agressief gedrag
- Deelnemer weet hoe agressief gedrag ontstaat
- Deelnemer kent oplossingsstrategieën
- Deelnemer kan zijn arousal reduceren door gebruik te maken van de aangeleerde technieken
- Deelnemer maakt gebruik van zelfmanagement en zelfcontrollerende technieken
- Deelnemer maakt gebruik van de spanningsthermometer
- Deelnemer maakt gebruik van de spanningsthermometer
- Deelnemer maakt gebruik van zijn signaleringsplan
- Deelnemer maakt gebruik van de eerste Hulp Kaart
- Deelnemer maakt gebruik van aangeleerde adequate spanning reducerende vaardigheden
- Deelnemer kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag
- Deelnemer geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag

Module 5 Probleem- of delictscenario

- Deelnemer kent en erkent eigen agressief gedrag
- Deelnemer kent zijn delictketen
- Deelnemersanalyse van schakels uit de totale delictketen
- Deelnemer kent de schakels binnen de gebeurtenis rond: Gebeurtenis, Gedachten, Gevoelens, Gedrag en Gevolgen
- Deelnemer kent zijn: goed praters, ontremmers, schijnbaar onbelangrijke beslissingen, triggers en zijn signaleringsplan
- Deelnemer krijgt inzicht in proces dat vooraf gaat aan het agressieve (delict) gedrag
- Deelnemer kent de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag
- Deelnemer kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag
- Deelnemer beheerst technieken om de aanloop tot agressief gedrag te doorbreken
- Deelnemer geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag

Module 6 Omgaan met boosheid en agressie 2

- Deelnemer kent en erkent eigen agressief gedrag
- Deelnemer weet hoe agressief gedrag ontstaat
- Deelnemer kan eigen niveaus van oplopende spanning (spanningspiramide, spanningsthermometer, signaleringsplan) herkennen en benoemen
- Deelnemer geeft alternatieve technieken (assertieve en sociale vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag
- Deelnemer leert adequate oplossingsstrategieën uit te voeren in rollenspellen

- Deelnemer kent de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag
- Deelnemer kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag
- Deelnemer geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag
- Deelnemer verbetert zijn sociale en assertieve vaardigheden

Module 7 Terugvalpreventie

- Deelnemer kent en erkent eigen agressief gedrag
- Deelnemer kan alternatieve technieken en ontspanningstechnieken uitvoeren en toepassen op de juiste momenten.
- Deelnemer herkent eigen risicovolle gebeurtenissen, gevoelens en gedachten om agressief gedrag te voorkomen
- Deelnemer herkent eigen goed praters, ontremmers en schijnbaar onbelangrijke beslissingen
- Deelnemer herkent triggers voor eigen agressief gedrag
- Deelnemer kent de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag
- Deelnemer kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag
- Deelnemer beheerst technieken om de aanloop tot agressief gedrag te doorbreken
- Deelnemer geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag
- Deelnemer verbetert zijn sociale en assertieve vaardigheden

Doelen voor sociotherapeuten

Voor de sociotherapeuten (inclusief de persoonlijk begeleider), als intermediaire doelgroep, is het hoofddoel om de deelnemer te bekrachtigen in het generaliseren van de nieuw aangeleerde vaardigheden in zijn dagelijkse woonomgeving. De sociotherapeut stimuleert en motiveert de deelnemer bij het leerproces van GoA-K en biedt hulp bij de huiswerkopdrachten (b.v. formuleren van antwoorden). Verdere doelen zijn:

- De sociotherapeut geeft de deelnemer feedback op vaardigheden en creëert leersituaties waarin de deelnemer zijn (binnen GoA-K) geleerde vaardigheden kan toepassen met het oog op het verminderen van het agressieve gedrag. De sociotherapeut motiveert en bekrachtigt de deelnemer bij het benoemen van dit gedrag en wijst hem op zijn verantwoordelijkheden.
- De sociotherapeut observeert en rapporteert in de digitale cliëntendossier van de deelnemer (in dagrapportage en ROM instrumenten) over de voortgang in vaardigheden en in het benoemen van de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag. Dit dossier wordt gevolgd door alle behandelaren die betrokken zijn bij de voortgang binnen de behandeling.
- De sociotherapeut bekrachtigt de deelnemer bij het herkennen en benoemen van de eigen signalen van dreigend agressief gedrag en als de cliënt gebruik maakt van de spanningspiramide, spanningsthermometer, eerste hulpkaart, G-schema en signaleringsplan.
- De sociotherapeut creëert leersituaties en geeft de deelnemer de mogelijkheid om zijn agressieve gedrag in een vroeg stadium te herkennen en te doorbreken. De sociotherapeut motiveert en bekrachtigt de deelnemer bij vaardigheden, zoals het bedenken van adequate oplossingen bij conflicten en het doorstaan van geringe stressoren.
- De sociotherapeut ziet erop toe dat de deelnemer alternatieve technieken laat zien (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag.
- De sociotherapeut staat model voor en stimuleert bij de deelnemer om sociale vaardigheden toe te passen, waaronder rekening houden met belangen, gevoelens en rechten van anderen, zich in samenwerking coöperatief opstellen en tonen van coping vaardigheden om geringe stressoren te doorstaan.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Aanpak van diagnostiek tot nazorg

De behandeling binnen een klinische opname bestaat uit drie fasen, die hieronder worden uitgewerkt in relatie tot GoA-K. De behandeling start na een observatie- en diagnostiefase. Deze fase wordt opgevolgd door de behandelphase, waarin de hulpvraag van de cliënt wordt behandeld. Als de hulpvraag van de cliënt samenvalt met de inclusiecriteria van GoA-K wordt een individueel behandelplan opgesteld waarbinnen GoA-K een specifiek deel aanbiedt, namelijk gericht op het behandelen van agressief (delict)gedrag. De laatste fase is de nazorgfase, waarin de geleerde (GoA-K-)vaardigheden beoordeeld en getoetst worden in een context met mogelijk meer vrijheden en verantwoordelijkheden.

Fase 1: Observatie en diagnostiek

Bij klinische opname staat de behandeling van het risicovol (delict) gedrag centraal. De eerste fase van

behandeling bestaat uit het verzamelen van de dossiergegevens rondom de diagnostiek. Diagnostische gegevens die ontbreken worden aangevuld door middel van onderzoek (bijvoorbeeld een probleem- of delictanalyse).

Aangezien veel cliënten binnen de klinische behandeling ‘ontregeld’ en ‘structuurloos’ worden opgenomen, is de eerste fase erop gericht de cliënt veel structuur te bieden en de gelegenheid te geven te wennen aan het groepsgewijs verblijf op de afdeling en de stijl van bejegening door sociotherapeuten (Neimeijer, 2021). De cliënt maakt tevens kennis met de onderdelen van het dagprogramma (o.a. werk en activiteiten). In de eerste fase wordt de cliënt geobserveerd en wordt (aanvullende) diagnostiek gedaan en vastgesteld welke vaardigheden de cliënt wel of niet beheerst. De uitkomsten hiervan geven de doorslag bij de vraag of de cliënt geïndiceerd is voor deelname aan GoA-K. Er is veel aandacht voor (het herstel van) een gezond dagnachtritme, mogelijk ontwennen aan alcohol/drugs, gezonde voeding, vitaliteit en zelfzorg. In deze fase wordt relatief weinig beroep gedaan op cognitieve en adaptieve vaardigheden van de cliënt en worden weinig systematische pogingen gedaan deze te versterken. De nadruk ligt op ondersteuning en sturing vanuit de omgeving (context). Conflicten en provocaties die een ‘trigger’ kunnen vormen voor agressief gedrag bij de cliënt worden tot een minimum beperkt. In deze fase wordt getracht de cliënt te motiveren om deel te gaan nemen aan GoA-K en zich te verbinden aan het leefklimaat.

Fase 2: Behandeling

De cliënt verbindt zich aan de behandeling en begint zich de vaardigheden stapsgewijs eigen te maken. De cognitieve en adaptieve vaardigheden die de deelnemer leert binnen GoA-K worden vanaf het begin samen met sociotherapeuten geoefend in het alledaagse leven binnen het leefklimaat waaronder leefgroep, werk en activiteiten. Daartoe creëren sociotherapeuten (en medewerkers van werk en activiteiten) situaties waarin de deelnemer kan oefenen met nieuwe vaardigheden. Zij bekrachtigen pogingen daartoe en geven extra hulp wanneer een deelnemer een vaardigheid nog niet (zelfstandig) beheerst. Datgene wat tijdens de GoA-K modules aan bod komt, wordt tijdens geplande huiswerkopdrachten en alledaags voorkomende situaties veelvuldig geoefend. Ook natuurlijk voorkomende situaties die frustratie oproepen bij deelnemers (bv. tijdens interacties met groepsgenoten, een geplande activiteit die niet doorgaat) grijpen de sociotherapeuten aan om met de deelnemer te oefenen en hem te bekrachtigen en te stimuleren om assertieve vaardigheden te laten zien in plaats van agressief of vermijdend gedrag. Door dit te herhalen binnen de verschillende plekken van het leefklimaat (leefgroep, werk, activiteiten) leert de deelnemer stapsgewijs en door middel van veel herhaling de voor hem binnen de sociotherapeutische context geldende risicosituaties te herkennen en technieken te gebruiken die voorkomen dat hij agressief gedrag laat zien. Doordat de deelnemer het voordeel van deze technieken in het dagelijks leven op de leefgroep ervaart (doordat het gebruik van deze technieken tot het gewenste resultaat leidt en doordat sociotherapeuten de deelnemer positief bekrachtigen bij gebruik van de technieken), neemt zijn motivatie om nieuwe technieken te leren en te gebruiken toe. Hij leert gaandeweg de interne (o.a. vijandige attributies) en externe (o.a. kritiek krijgen) risicofactoren kennen en ernaar te handelen, evenals de signalen van dreigend agressief gedrag. Wanneer dan toch agressief gedrag optreedt, wordt zo veel mogelijk getracht dit gedrag niet te bekrachtigen, maar uit te laten doven. Indien de (dreigende) agressie ernstig is en een risico is voor de veiligheid van de deelnemer of anderen, zal volgens gemaakte afspraken met de deelnemer, in samenhang met het protocol, door sociotherapeuten worden ingegrepen. Door de wijze van bejegening, veelvuldige bekrachtiging en aanmoediging wordt de motivatie bij de deelnemer verhoogd om zich te blijven inzetten voor GoA-K en om de nieuwe vaardigheden in het dagelijks leven toe te passen.

Fase 3: nazorg

In de fase van nazorg worden de geleerde (GoA-K-)vaardigheden beoordeeld en getoetst in een context met mogelijk meer vrijheden en verantwoordelijkheden. Het niveau van vrijheden dat een deelnemer krijgt, wordt vastgesteld door het multidisciplinair team onder voorzitterschap van de regiebehandelaar. Binnen de behandeling van deelnemers met een justitiële maatregel (bijvoorbeeld TBS of PIJ) wordt het niveau van vrijheden opgesteld en getoetst door o.a. de verlofcommissie, vastgesteld op basis van scores van risicotaxatie instrumenten, en mondt uit in een vrijhedenplan en verlofaanvraag bij het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Binnen de aanvraag is een risicomanagementplan opgesteld waarin de randvoorwaarden van de vrijheden staan beschreven. De voorwaarden bestaan uit regels, afspraken en controles die (dienen te) voorkomen dat de deelnemer terugvalt in agressief (delict)gedrag. Dit proces wordt ook gevolgd voor deelnemers die geen justitiële maatregel hebben, met het verschil dat toekenning van vrijheden gebeurt door het multidisciplinaire team. De deelnemer leert om de cognitieve en adaptieve vaardigheden in te zetten in situaties waarin hij meer vrijheden en verantwoordelijkheden heeft. Deze fase benadert sterk een ‘real life’ situatie.

Voor vrijwel alle deelnemers uit de doelgroep geldt dat zij langdurend of zelfs levenslang aangewezen zijn op een vorm van begeleiding. ‘Real life’ betekent voor hen dat zij vaak een leven leiden waarin (bijna) altijd sprake is van begeleiding, met een zekere intensiteit. De intensiteit die nodig is, hangt samen met de behoeften en vaardigheden van de deelnemer.

Aanpak GoA-K

GoA-K wordt aangeboden binnen de behandel fase. GoA-K is opgebouwd uit zeven modules (tabel 3), die nauw verbonden zijn met het leefklimaat van de afdeling. Het leefklimaat en de relatie met GoA-K worden toegelicht in de Inleiding en komen uitgebreider aan bod in de Programmahandleiding. Parallel aan het doorlopen van de GoA-K-modules wordt een training sociale vaardigheden aangeboden, als educatieve behandelmodule opgenomen in het algemene behandelaanbod van de organisatie (dus niet specifiek GoA-K). Binnen het aanbod van GoA-K wordt veelvuldig gebruik gemaakt van voorbeeldmateriaal. Om het leer- en behandeltraject zo passend mogelijk te laten aansluiten wordt tijdens de bijeenkomsten de deelnemers aanvullend steeds gevraagd naar eigen voorbeelden of belevingen.

Modules 1, 2 en 3 zijn educatieve modules die de deelnemer voorbereiden op de modules erna. In module 4 t/m 7 leren de deelnemers de in de modules geleerde inzichten en vaardigheden toe te passen op de eigen problematiek. Er is geen vaste volgorde voor de eerste drie modules omdat deze niet op elkaar voortbouwen maar elkaar aanvullen. De opdeling in modules maakt dat het programma voor de deelnemers uit overzichtelijke en haalbare onderdelen bestaat.

De deelnemer heeft de inhoud van de eerste drie modules nodig om optimaal te kunnen profiteren van de vervolgm modules. Een module is afgerond als de deelnemer heeft voldaan aan de gemaakte afspraken rond aanwezigheid en huiswerk. Ook het eindrapport met de evaluatie van de programmadoelen moet door de trainer tenminste als voldoende zijn beoordeeld. Deze evaluatie vindt plaats op de moduledoelen die alle van de programmadoelen zijn afgeleid (voor een uitgebreid overzicht van de moduledoelen per programmadoel, zie de Programma- en evaluatiehandleiding en Bijlage 2). De vaardigheden die de deelnemer binnen GoA-K leert worden al vanaf de start zo maximaal mogelijk door de deelnemer geoefend binnen het leefklimaat en op andere plekken (b.v. werk en activiteiten) (zie Programma- en evaluatiehandleiding). De geleerde vaardigheden worden beoordeeld en getoetst zoals beschreven in de Programma- en evaluatiehandleiding.

Tabel 3

Modulair aanbod binnen GoA-K

Module 1,2,3					Module 4	Module 5	Module 6	Module 7	
Herkennen van gevoelens 1 (PMT)		Omgaan met boosheid en agressie 1		Probleem- of delict scenario		Omgaan met boosheid en agressie 2		Terugvalpreventie	
Herkennen van gevoelens 2 (Dramatherapie)									
Herkennen van gedachten									
Training sociale vaardigheden									

Duur en intensiteit van GoA-K

Het totale behandelprogramma GoA-K duurt minimaal 1 jaar, mits de modules efficiënt en elkaar deels overlappend worden aangeboden zoals weergegeven in tabel 4. Indien alle modules één voor één worden aangeboden, zal de behandelduur 2 jaar omvatten. De gekozen periode zal afhangen van de beschikbare behandel tijd van de deelnemer, de behandelstructuur van een instelling met daarbij de aansluiting van de leerstijl van de individuele deelnemer.

Tabel 4

Duur van de GoA-K modules

GoA-K aanbod in 1 jaar			
Maand 1 - 4	Maand 5 - 8	Maand 9 – 12	
Module 1			
Module 2			
Module 3			
	Module 4	Module 6	
	Module 5		Module 7

Bij zowel de duur van één jaar als bij de duur van maximaal twee jaar wordt de deelnemer de mogelijkheid geboden veel te oefenen en te herhalen. Tevens maakt de relatief lange duur het mogelijk dat de nieuw te leren inzichten en vaardigheden in kleine stukjes kunnen worden aangeboden, voordat ze in groter geheel kunnen worden geïntegreerd. Daarnaast maakt deze duur het mogelijk dat de nieuwe vaardigheden kunnen worden toegepast in een sterk beveiligde omgeving en vervolgens in toenemende mate in een omgeving met meer bewegingsvrijheid.

Gedurende GoA-K vinden voor module 1 tot en met 7 in totaal 97 bijeenkomsten van 60 minuten plaats (zie tabel 5). Na de meeste bijeenkomsten krijgt de deelnemer ook huiswerk mee, hiervoor zijn per keer 30 minuten gereserveerd. Parallel aan de modules wordt de training sociale vaardigheden gevolgd.

Tabel 5

Modules en tijdsinvestering voor deelnemers van GoA-K

Module	Duur in maanden	Aantal bijeenkomsten, huiswerk en tijdsduur
1. Herkennen van Gevoelens 1	4	15 bijeenkomsten van 60 minuten 10x huiswerkopdrachten van 30 minuten
2. Herkennen van Gevoelens 2	4	15 bijeenkomsten van 60 minuten 14x huiswerkopdrachten van 30 minuten
3. Herkennen van Gedachten	4	10 bijeenkomsten van 60 minuten 9x huiswerkopdrachten van 30 minuten
4. Omgaan met boosheid en agressie 1	3	16 bijeenkomsten van 60 minuten 15x huiswerkopdrachten van 30 minuten
5. Probleem- of delictscenario	6	15 bijeenkomsten van 60 minuten 14x huiswerkopdrachten van 30 minuten
6. Omgaan met boosheid en agressie 2	3	10 bijeenkomsten van 60 minuten 9x huiswerkopdrachten van 30 minuten
7. Terugvalpreventie	4	16 bijeenkomsten van 60 minuten 15x huiswerkopdrachten van 30 minuten

Groepsgrootte en groepssamenstelling

De GoA-K-modules worden in groepsvorm gegeven maar zijn tevens geschikt om individueel aan deelnemers aan te bieden. Er wordt zo mogelijk gewerkt met kleine groepen van maximaal vier deelnemers, omdat de ervaring leert dat personen met een LVB hiervan goed profiteren. Bij kleine groepen komt de individuele deelnemer vaker aan bod, waardoor de stof zorgvuldig op de (programma) doelen en de manier van leren van de individuele deelnemers kan worden afgestemd. Kleine groepen geven de mogelijkheid langer bij de materie stil te staan en de stof vaker te herhalen. Dit verhoogt de kwaliteit van behandeling en sluit aan bij de effectieve leerstijl van onze doelgroep. Een kleiner aantal deelnemers betekent ook dat de condities voor aandacht en informatieverwerking zo gunstig mogelijk zijn. De trainers kunnen zo bovendien goed nagaan of de deelnemers de materie hebben begrepen.

Door te werken met kleine groepen wordt zoveel mogelijk tegemoetgekomen aan het responsiviteitsprincipe. Procedures met betrekking tot de diagnostiek in het kader van responsiviteit zijn beschreven in de Programma- en evaluatiehandleiding. Voor de inhoudelijke uitvoering van het programma heeft het aantal deelnemers kleiner dan vier geen nadelen. De groepssamenstelling is mede afhankelijk van de ontvangen aanmeldingen. In beginsel gelden er geen beperkingen, afgezien van de gestelde selectiecriteria.

De individuele variant wordt aangeboden aan deelnemers waarvan in de observatie- en diagnostiekfase wordt ingeschat dat zij onvoldoende profiteren van groepsgewijze bijeenkomsten, of dat zij te kwetsbaar worden geacht voor deelname aan groepsgewijze agressie behandeling. Van deze deelnemers wordt ingeschat dat zij relatief snel ontregelen door het gedrag van en in interactie met andere deelnemers. Voor zover wij kunnen nagaan zijn er geen goed gecontroleerde studies verschenen die (empirisch gefundeerde) richtlijnen hebben opgeleverd voor de indicatiestelling naar een groepsgewijze dan wel individuele variant van een behandelprogramma als GoA-K. De inschatting wordt gemaakt op basis van observaties van het gedrag en reactiewijzen van de deelnemer in interacties met medecliënten, sociotherapeuten en andere betrokkenen. Ook kan een aanwijzing zijn het laag scoren op een schaal die emotioneel functioneren meet, zoals de Schaal voor Emotionele Ontwikkeling (zie ook Nijman, Didden & Hesper, 2017), waaruit blijkt dat de deelnemer functioneert op het niveau van de fase van eerste individuatie (18-36 maanden).

Inhoud van de interventie

GoA-K streeft naar het verbeteren van de met agressie samenhangende cognitieve en adaptieve vaardigheden (zie programmadoelen). Sommige situaties (stressoren) en vaardigheden blijven voor de cliënten uit de doelgroep lastig vanwege (blijvende) beperkingen in het leervermogen. Behandeling van agressief (delict)gedrag bij personen met een LVB vindt daarom enerzijds plaats door vaardigheden van de

deelnemer te vergroten via het werken aan de programmadoelen. Anderzijds worden beschermende factoren vergroot en passende ondersteuning geboden. Hoge eisen (stressoren) vanuit de context worden verlaagd, bijvoorbeeld door het bieden van ondersteuning en door het wegnemen van bepaalde eisen die een te groot beroep doen op de zelfstandigheid van de deelnemer. In een context waarin geen (te) hoge eisen worden gesteld, ontstaat er ruimte bij de deelnemer om vaardigheden te leren. Wanneer de stijl van bejegening tegemoet komt aan de emotionele behoeften van deelnemers leidt dit tot een leefklimaat waarin deelnemers optimaal kunnen profiteren van het aanbod (zie Nijman et al., 2017). Deelnemers profiteren het best van een behandelaanbod en leefklimaat waarin weinig tot geen stress is en waarin begeleiders zodanig ondersteunen dat de (oplopende) stress bij deelnemers laag blijft of snel verdwijnt (Nijman e.a., 2017). Werken aan vaardigheden via GoA-K en het bieden van de passende contextuele ondersteuning zijn daarom zeer belangrijk in het integrale behandelaanbod. Contextuele ondersteuning vindt in GoA-K (modules 1 t/m 5) plaats binnen het leefklimaat. Naarmate de behandeling vordert (modules 6 en 7) vindt sociotherapeutische ondersteuning plaats in een context met zo mogelijk meer vrijheden. Gedurende de behandeling wordt de contextuele ondersteuning vanuit het leefklimaat aangepast aan wat de deelnemer aan vaardigheden beheerst en aan diens emotionele behoeften en emotioneel niveau van functioneren (Nijman et al., 2017). Een vorm van (passende) ondersteuning zal bij de doelgroep altijd met een zekere intensiteit nodig zijn. Maar vooral ook na een eventuele over/doorplaatsing naar een andere voorziening en nazorg is het bieden en organiseren van (blijvende) ondersteuning van de deelnemer van doorslaggevende betekenis.

Vergroten van vaardigheden

Het verminderen van agressief (delict)gedrag staat in GoA-K centraal. Elke module draagt hieraan bij door via de moduledoelen te werken aan de programmadoelen (zie voor de uitwerking van de moduledoelen per module: Bijlage 2). De basis van de modules wordt gevormd door cognitief gedragstherapeutische, vaktherapeutische (o.a. psychomotore therapie; zie Bellemans, 2021) en andere interventies die in tabel 6 zijn samengevat.

De zeven GoA-K-modules en de parallelle training sociale vaardigheden vormen samen één geheel en deelnemers dienen dit gehele programma te volgen. De opdeling in modules maakt dat het langdurige programma voor de deelnemers uit overzichtelijke en haalbare onderdelen bestaat. Deelnemers werken in kortdurende perioden (modules) aan bepaalde doelen en kunnen (o.a. ter motivatie) met de afronding van elke module een certificaat behalen.

Module 1. Herkennen van gevoelens - 1

Deze module wordt vanuit de Psychomotore therapie (PMT) gegeven door een psychomotorisch therapeut, waarbij op methodische wijze gebruik gemaakt wordt van werkvormen gericht op de lichaamsbeleving en handelen in bewegingssituaties. Het doel van deze module is dat de deelnemer zijn eigen signalen en gevoelens van spanning kan herkennen. Lichamelijke spanning en ontspanning staan hierbij centraal. Eveneens wordt binnen deze module stilgestaan bij de verbinding tussen gevoelens, gedachten en gedrag. Vaardigheden worden aangeleerd en geoefend, bijvoorbeeld op het gebied van grenzen aangeven, afstand en nabijheid aanhouden, confronteren en oplossingsstrategieën bij verhoogde spanning benoemen en uitvoeren.

Module 2. Herkennen van gevoelens - 2

Dit is een module aangeboden vanuit Dramatherapie die wordt gegeven door een dramatherapeut. Er worden voor de deelnemer relevante situaties nagebootst waarbij de deelnemer zijn subjectief beleefde realiteit kan laten zien. De deelnemers kunnen interacties oefenen binnen relevante nagebootste situaties en de eigen ervaringen en gedragingen herkennen. Door middel van diverse oefeningen wordt de deelnemer geleerd zijn gevoelens te herkennen. Naast de gevoelens als bang, blij, beschaamd en bedroefd ligt de nadruk op het herkennen van het gevoel 'boos'.

Module 3. Herkennen van gedachten

Deze module wordt aangeboden door hiertoe opgeleide trainers. Binnen deze module leert de deelnemer wat gedachten zijn. De deelnemer wordt geleerd dat gedachten samenhangen met hoe hij zich gedraagt. Er wordt nadrukkelijk stilgestaan bij de verbinding tussen gedachten, gevoelens en gedrag. Ook wordt stilgestaan bij de samenhang tussen negatieve gedachten enerzijds en gevoel en gedrag anderzijds. Negatieve gedachten en helpende gedachten en de mogelijke gevolgen hiervan op het gedrag en de gevoelens worden uiteengezet. Er wordt gebruik gemaakt van filmmateriaal en werkboeken voor de deelnemers.

Module 4. Omgaan met boosheid en agressie - 1

Deze module wordt aangeboden door een hiertoe opgeleide trainer. De deelnemer leert wat onder boosheid (woede) en agressief gedrag wordt verstaan en hoe hij boosheid en agressie bij zichzelf kan herkennen. De vaardigheden uit de voorgaande modules (herkennen van gevoelens en gedachten) worden verder uitgebreid. Hier staat het gedrag centraal, maar tevens het gedrag in samenhang met gedachten, gevoelens en de gevolgen van het gedrag. Spanningsreducerende vaardigheden worden verder uitgebreid en geoefend. Er wordt gebruik gemaakt van werkbladen, filmmateriaal, Spanningsthermometer en Spanningspiramide,

Eerste Hulp Kaart en Signaleringsplan, waarin de opbouw van spanning geformuleerd is met daaraan gekoppeld de interventies van de cliënt zelf en zijn of haar omgeving om de spanning te verminderen.

Module 5. Probleem- en delictscenario

Deze module wordt aangeboden door een psycholoog of gedragsdeskundige. Het agressieve (delict)gedrag wordt geanalyseerd, waarbij de schakels uit de totale keten die geleid hebben tot het agressieve (delict)gedrag, worden geanalyseerd. De schakels hebben onder andere betrekking op de gebeurtenis, gevoelens, gedachten, gedrag en de gevolgen van het gedrag. De deelnemers hebben voorafgaand aan deze module al kennis opgedaan met betrekking tot enkele aspecten van deze zogeheten 5 G's. Tevens wordt aandacht besteed aan mogelijke 'goedpraters' ('hij vroeg er om'), ontremmers (alcohol, drugs, medicijnen, slaapttekort), schijnbaar onbelangrijke beslissingen (keuze gericht op ander voordeel voor cliënt) en 'triggers'. Deze agressieketen wordt zo nodig aangevuld en toegevoegd aan het eerder ontwikkelde Signaleringsplan. Het doel van deze module is dat de deelnemers inzicht krijgen in het proces dat vooraf gaat aan het agressieve (delict)gedrag, dat het eindresultaat is van een serie aan elkaar verbonden Gebeurtenissen, Gevoelens, Gedachten, Gedragingen en Goedpraters (de 5 G's).

Module 6. Omgaan met boosheid en agressie - 2

Deze module wordt aangeboden door een hiertoe opgeleide trainer. Eerder behandelde thema's, zoals gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag en gevolg, staan wederom centraal. Er wordt geoefend met het toepassen van de Spanningspiramide, het Signaleringsplan en de Spanningsthermometer. Probleemoplossende vaardigheden worden veelvuldig nagespeeld en ervaren door middel van rollenspelen en videomateriaal en videofragmenten.

Module 7. Terugvalpreventie

De laatste module wordt aangeboden door een gedragsdeskundige. Gebeurtenissen die spanning bij de deelnemer hebben opgeleverd worden door de deelnemer ingebracht. Een gebeurtenis wordt geanalyseerd door het formuleren van gedachten, gevoelens, gedrag en gevolgen in relatie tot deze gebeurtenis. De deelnemer geeft door middel van een cijfer de ernst en intensiteit aan van de ervaren gevoelens. Bij de gevolgen wordt naderhand gekeken of deze spanning-verminderend of juist -verhogend was. Ook wordt er gekeken of de gedachten helpend waren of juist niet-helpend (negatieve gedachten).

Tabel 6

Interventies binnen de GoA-K-modules

Module	Interventies per module	Aangeboden door
1. Herkennen van Gevoelens 1	Ontspanningstechnieken Cognitieve herstructurering Sociale en assertieve vaardigheidstraining Psycho-educatie Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Vergroten van de motivatie tot gedragsverandering Monitoring van agressief gedrag	Vaktherapie: PMT
2. Herkennen van Gevoelens 2	Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Ontspanningstechnieken Vergroten van de motivatie tot gedragsverandering Monitoring van agressief gedrag	Vaktherapie: dramatherapie
3. Herkennen van Gedachten	Cognitieve herstructurering Aanpassing sociale informatieverwerking (perceptie) Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Zelfinstructie Vergroten van de motivatie tot gedragsverandering Monitoring van agressief gedrag	Opgeleide GoA-K trainers
4. Omgaan met boosheid en agressie 1	Psycho-educatie Herkenning van arousal Herkenning van agressie-uitlokkende percepties, gedachten en gevoelens Ontspanningstechnieken Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Zelfinstructie Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) Monitoren van agressief gedrag	Opgeleide GoA-K trainers
5. Probleem- of delictscenario	Opstellen van provocatie-scenario's Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) Monitoren van agressief gedrag	Psycholoog of gedragsdeskundige

6. Omgaan met boosheid en agressie 2	Herkenning van arousal Herkenning van agressie-uitlokkende percepties, gedachten en gevoelens Cognitieve herstructurering Ontspanningstechnieken Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) (signaleringsplan) Zelfinstructie Sociale en assertieve vaardigheidstraining Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) Monitoren van agressief gedrag	Opgeleide GoA-K trainers
7. Terugvalpreventie	Cognitieve herstructurering Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Zelfinstructie Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) Monitoren van agressief gedrag Sociale en assertieve vaardigheidstraining	Psycholoog of gedragsdeskundige

Wervingsmethode

De wervingsmethode voor GoA-K is gebaseerd op de bekendheid van het programma bij alle (regie)behandelaren binnen de behandelvoorziening waar de cliënt zijn behandeling krijgt aangeboden. Het is essentieel dat alle behandelaren ervan op de hoogte zijn dat GoA-K beschikbaar is voor cliënten met (ernstig) agressief gedrag die voldoen aan de inclusiecriteria. Daarvoor moet GoA-K in de organisatie geïncludeerd worden op de plek waar alle specialistische behandelmogelijkheden worden gepresenteerd, zoals in een behandelplein. Een behandelplein is een voorbeeld van een platform dat voor iedere organisatie anders zal zijn, waarbij een overzicht gegeven wordt welke specialistische behandelingen (voor agressie, verslaving, traumabehandeling, etc.) beschikbaar zijn binnen de organisatie. In geval van agressieproblematiek zou GoA-K als (mogelijke) interventie naar voren moeten komen. Extra ondersteuning voor bekendheid van GoA-K vanuit de programmamakers is mogelijk, bijvoorbeeld door middel van een inhoudelijke bijeenkomst over het proces en doel van GoA-K. Aanvullend zal het proces voor deelname aan GoA-K, passend bij de organisatie, bij de (GZ-)psycholoog bekend zijn.

2 Uitvoering

2.1 Materialen

Voor GoA-K is een handleidingenset ontwikkeld, bestaande uit een Programma- en evaluatiehandleiding (inclusief theoretische onderbouwing, procesevaluatie en implementatieplan), een trainershandleiding (met de volledig uitgewerkte handboeken van de modules), werkboeken voor de deelnemers en film- en instructiemateriaal.

Links voor verkorte of uitvoerige introductiefilm GoA. (met of zonder Engelse ondertiteling)

1. Introductiefilm Grip op Agressie. <https://youtu.be/hNHbgoom5kc>
2. Introductiefilm Grip op Agressie + ENG ondertiteld, <https://youtu.be/ZRd3DXDzRMI>
3. Verkorte introductiefilm Grip op Agressie | verkort, <https://youtu.be/bznIKNXuCnM>
4. Verkorte introductiefilm Grip op Agressie | verkort + ENG ondertiteld, <https://youtu.be/t59YeIsWIcc>

Opleiding trainers: opleiden@trajectum.info (aanbod e-learning)

Overige informatie: kenniscentrum@trajectum.info

2.2 Locatie en type organisatie

o Gespecialiseerde hulp

GoA- K kan worden aangeboden binnen alle instellingen met een (forensisch) klinisch behandel aanbod voor SGLVG, o.a. bij De Borg instellingen (<http://www.de-borg.nl/>). Onder de Borg instellingen vallen naast Trajectum (Gelderland, Overijssel, Friesland, Groningen en Drenthe), Fivoor (Utrecht, Flevoland en Noord-Holland), Ipse De Bruggen (Zuid-Holland en Zeeland) en Stevig (Noord-Brabant en Limburg). Deze instellingen zijn door de overheid erkend en zorgen voor een landelijke dekking.

Bovendien kan GoA-K worden aangeboden binnen instellingen of organisaties die gespecialiseerd zijn in het behandelen van mensen die een licht verstandelijke beperking hebben (LVB: IQ 50-70) of zwakbegaafd zijn (IQ: 70-85), met daarnaast problemen hebben in het adaptief en sociaal-emotioneel functioneren.

2.3 Opleiding en competenties van de uitvoerders

Betrokken disciplines
- Gedragsdeskundige (waaronder regiebehandelaar); - PMT therapeut; - Drama therapeut; - Sociotherapeut of casemanager.
Daarnaast bestaat het profiel van een trainer/uitvoerder uit de volgende punten:
- Heeft kennis van en ervaring met het werken met cliënten met een LVB en (ernstige) gedragsproblemen (ook wel aangeduid met de afkorting (SG)LVB (sterk gedragsgestoord met licht verstandelijke beperking) en agressief gedrag. - Heeft een relevante HBO-opleiding afgerond of functioneert op dit denk- en werkniveau. - Heeft kennis van en ervaring met prosociale modeling. - Heeft basiskennis van leerstijlen en theorieën. - Heeft kennis van en ervaring met methodisch werken. - Heeft kennis van en ervaring met motiverende gesprekstechnieken. - Is in staat programmastof flexibel te hanteren vanuit responsiviteitsbeginsel. - Is in staat de programma-integriteit te waarborgen. - Kan zich verplaatsen in de cliënt en heeft een accepterende houding. - Is in staat cliënten tot gedragsverandering te motiveren door voldoende aandacht te besteden aan de eigen wensen van de cliënt. - Is herkenbaar voor de cliënt omdat hij de 'taal' van cliënten met een SGLVB spreekt. - Vertoont prosociaal gedrag. - Is directief waar nodig. - Beschikt over didactische vaardigheden die aansluiten bij de doelgroep. - Kan goed omgaan met storend gedrag. - Kan signalen van agressie herkennen en agressie voorkomen. - Is authentiek en gelooft in gedragsverandering van cliënten. - Beschikt over voldoende cognitieve vaardigheden.

De specialistische modules worden gegeven door daartoe opgeleide gedragsdeskundigen, vaktherapeuten

(PMT en drama) en sociotherapeuten, ook wel trainers genoemd. De kwaliteitscriteria van een gespecialiseerd behandelprogramma hebben praktische consequenties voor het werken als trainer. Om aan de eerder beschreven voorwaarden en eisen van een behandelprogramma te voldoen, hebben de trainers specifieke competenties nodig. In een trainingsprogramma wordt aandacht besteed aan de ontwikkeling van deze competenties, die te onderscheiden zijn in kennis, vaardigheden, attitude en persoonlijkheid (Arensbergen & Liefhebber, 2005).

2.4 Kwaliteitsbewaking

Binnen de programma- en evaluatiehandleiding van GoA-K staan de kwaliteitseisen en de kwaliteitsbewaking omschreven. Hier staat beschreven aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan om GoA-K uit te voeren zoals beschreven. Naast de randvoorwaarden is de implementatie beschreven in een afzonderlijk document waar tevens aandacht is voor de borging van het programma (zie bijlage 4).

De kwaliteit van het programma wordt bewaakt door een coördinator en (GZ-)psycholoog met de uitvoerende trainers van GoA-K. Onderstaande eisen worden door deze professionals vormgegeven:

1. Het document *Projectplan implementatie GoA-K* (zie bijlage 4) is leidend om GoA-K passend te realiseren.
2. De coördinatie verloopt volgens opgesteld plan, omschreven in het *Projectplan implementatie GoA-K*.
3. De trainers, gedragswetenschappers en vaktherapeuten voldoen aan de gestelde voorwaarden.
4. Binnen de jaarlijkse intervisie (terugkomdag) wordt gereflecteerd op de uitvoering van GoA-K, de programma-integriteit en knelpunten hierin. Daarnaast wordt stilgestaan bij de ervaring en waardering van trainers en cliënten over GoA-K. Ten slotte wordt per e-mail een enquête uitgestuurd op het gebied van de programma-integriteit. Een samenvatting van wat er is besproken en uit de enquête naar voren komt, wordt in een verslag naar alle trainers gestuurd.
5. De ervaringen worden teruggekoppeld naar de programmaleider, verantwoordelijke van GoA-K om het programma zo nodig aan te passen.
6. Vernieuwde wetenschappelijke kennis wordt bijgehouden door Trajectum om de kwaliteit van het programma GoA-K voortdurend aan te vullen en te verbeteren.
7. De trainers geven elkaar voortdurend feedback op de uitvoering van het programma zoals het is bedoeld en staat omschreven.
8. GoA-K wordt geïndiceerd voor de doelgroep die staat omschreven.
9. Bij de opleiding van de trainers komen alle eisen aan bod van GoA-K en wordt tevens de mogelijkheid geboden om contact op te nemen met de ontwikkelaars als er knelpunten ontstaan bij de uitvoering.
10. De opleiding is gericht op de theoretische onderbouwing en op de uitvoering. De opleiding wordt aangeboden door Trajectum. Dit kan zowel intern als in de opleidingsgroepen die jaarlijks veelvuldig worden aangeboden door Trajectum.
11. De trainers communiceren met de behandelaar/het team na afronding van iedere bijeenkomst over de voortgang en knelpunten van elke cliënt in het cliëntendossier.

2.5 Randvoorwaarden

- GoA-K is een behandelprogramma van minimaal 1 jaar. Het vergt zowel van de deelnemer als van de trainers een investering in tijd, alsmede ook van andere betrokkenen zoals behandelaren en casemanagers.
- Basisvoorwaarde voor het goed uitvoeren van het programma is een goede onderlinge afstemming tussen de verschillende uitvoerders binnen het totale aanbod van GoA-K: behandelaren en trainers.
- Management moet in staat zijn om aan de praktische randvoorwaarden van GoA-K te voldoen. Praktische randvoorwaarden zijn opgeleide (zie 2.3) en beschikbare trainers, beschikbare ruimtes en trainersmateriaal.
- Huiswerkopdrachten dienen altijd te worden gemaakt; bij afwezigheid schuift het huiswerk door naar de volgende bijeenkomst. De deelnemer wordt binnen de bijeenkomsten gemotiveerd en gestimuleerd om het huiswerk te maken.
- De uitvoering van het behandelprogramma wordt door de trainers structureel gemonitord ter evaluatie van de kwaliteit van de uitvoering van GoA-K met behulp van een evaluatieformulier (zie Programma- en evaluatiehandleiding).
- Iedere bijeenkomst dient te worden uitgevoerd zoals beschreven staat in de trainershandleiding GoA-K. Daarnaast staat beschreven hoe na iedere bijeenkomst de rapportage en terugkoppeling moet plaatsvinden naar de regiebehandelaar. Bovendien wordt de voortgang binnen de gehele behandeling geborgd door de reguliere overlegmomenten binnen de ambulante organisatie die standaard binnen de instelling zijn georganiseerd.

Naast dat het management in staat moet zijn om aan de praktische randvoorwaarden te voldoen, moet er

tevens draagvlak zijn vanuit het management (zie bijlage 3 en 4). Het verkrijgen van draagvlak binnen het management voor het uitvoeren van GoA-K vereist een strategische aanpak en effectieve communicatie om het draagvlak van de uitvoering zo maximaal mogelijk te maken en te behouden. Het Projectplan implementatie GoA-K beschrijft de stappen die noodzakelijk zijn om het programma juist te implementeren en te borgen. Binnen de implementatie wordt onder andere aandacht besteed aan de theoretische verklaring en onderbouwing van het behandelprogramma met de werkzame factoren, voorlichting, betrekken van de professionals die betrokken zijn bij de uitvoering van GoA-K en het creëren van de randvoorwaarden die beschreven staan in het Projectplan implementatie GoA-K. Het management dient zorg te dragen voor het beschikbaar stellen van voldoende middelen voor de implementatie van het behandelprogramma, zoals training voor medewerkers, technologische ondersteuning en administratieve middelen.

De trainers worden jaarlijks uitgenodigd om het programma te monitoren en te evalueren tijdens een terugkomdag. De uitkomsten van de terugkomdag en wat de ontwikkelaars daarmee gaan doen worden gerapporteerd aan de trainers met de nadrukkelijke vraag dit te delen met het management en andere belanghebbenden om het draagvlak te behouden. De verzamelde gegevens tijdens de terugkomdag worden tevens gebruikt door de ontwikkelaar om GoA-K, daar waar nodig, aan te passen.

De randvoorwaarden zijn in het Projectplan implementatie GoA-K verwerkt en worden door de (GZ-)psycholoog samen met de trainers en een manager van het klinische zorgaanbod ieder half jaar geëvalueerd. Hieruit volgen mogelijke verbeterpunten ten behoeve van het aanbod van GoA-K.

2.6 Implementatie

De implementatie, uitvoering en borging staan beschreven in de Programma- en evaluatiehandleiding van GoA-K en bijlage 4.

De criteria die in het implementatieplan centraal staan zijn:

(1) Implementatie	
GoA-K kan geïmplementeerd worden in alle instellingen met een klinisch (forensisch) behandelaanbod voor (SG)LVB.	
Er zijn 7 criteria voor het implementeren van GoA-K:	
-	Criterium 1: Bekendheid – PR/Kartrekker
-	Criterium 2: Beschikbaarheid materialen
-	Criterium 3: Indicatie en verwijsroutes
-	Criterium 4: Scholingsfaciliteiten
-	Criterium 5: Geschoolde trainers
-	Criterium 6: Uitvoering
-	Criterium 7: Monitoring, evaluatie en effectmeting

Een instelling die GoA-K wil implementeren neemt contact op met de ontwikkelaar (Trajectum). Hierbij kan extra uitleg gegeven worden over het behandelprogramma GoA-K. Naast de behandelinhoud worden tevens de randvoorwaarden besproken van de implementatie monitor. De implementatie monitor is leidend binnen het projectplan welke door de coördinator van de instelling wordt gehanteerd zodat GoA-K aangeboden kan worden door de opgeleide trainers/behandelaren.

Op grond van de informatie wordt door de vragende instelling bepaald of men over wil gaan tot implementatie. De programma integriteit en responsiviteit moet worden gewaarborgd door zich te verbinden aan de randvoorwaarden die bepalend zijn.

Trajectum start hierbij met het opleiden van de trainers en medewerkers die een rol hebben binnen het aanbod van GoA-K (zie programma- en evaluatiehandleiding). De programma- en evaluatiehandleiding wordt aangeboden, samen met het werkboek voor de cliënten. Binnen de opleiding krijgen de trainers uitleg over het verklaringsmodel en het veranderingsmodel voor agressief gedrag, aangeboden via e-learning en middels een toets afgerond. Bij positieve deelname kan de trainer meedoen met het praktijkgerichte gedeelte, waarin bovendien de programma integriteit en responsiviteit centraal staan. Binnen de opleiding wordt ruim aandacht besteed aan de wijze waarop de sessies worden (vorm) gegeven zoals beschreven staat in de Programma- en evaluatiehandleiding. Naast de inhoudelijke opleiding is tevens een belangrijke rol weggelegd voor een manager of coördinator die de randvoorwaarden beschikbaar stelt, bewaakt en borgt. Het proces van implementeren staat beschreven in bijlage 4.

2.7 Kosten

Tijdsinvestering (Daadwerkelijk te besteden tijd o.a. tijdsinvestering, doorlooptijd).
De minimale behandelduur van GoA-K is 1 jaar.
De GoA-K bestaat uit 7 modules. Tijdens de gehele behandelooptijd zijn er vier disciplines betrokken bij de

behandeling: - Gedragsdeskundige – totaal 48 uur - PMT therapeut – totaal 38 uur - Drama therapeut – totaal 36 uur - Sociotherapeut of casemanager- totaal 2 x 48 uur. De uren achter de disciplines omvatten naast de werkzaamheden ook de administratie uren zoals het cliëntvolgsysteem. Daarnaast volgt elke behandelaar/therapeut een training die een dag duurt.		
<u>Training</u>		
Alle betrokken disciplines dienen een opleiding tot GoA-trainer te hebben gevolgd, dit is vereist. De opleiding voor alle trainers of medewerkers bestaat uit een e-learning (4-6 uur) en een praktijkgericht gedeelte van 4 uur voor instellingen die bekend zijn met de doelgroep LVB en wordt verzorgd door 2 opleiders.		
<u>Aandachtsfunctionaris</u>		
NVT		
<u>Kosten</u>		
<i>De urenbesteding voor de betrokken disciplines verdeeld over de modules * de kosten per betrokken discipline.</i> De opleidingskosten bedragen 450 euro per opleiding.		
Gedragsdeskundigen; PMT therapeut; Drama therapeut; Sociotherapeut of casemanager.	48 uur * 110 euro 38 uur * 70 euro 36 uur * 70 euro 96 uur * 60 euro	5.280 euro 2.660 euro 2.520 euro 5.760 euro
<u>Totaal</u>		<u>16.220 euro</u>

3. Onderbouwing

3.1 Probleem

Agressief gedrag komt veel voor bij mensen met een LVB. Prevalentiecijfer kunnen variëren tussen 5% en meer dan 50%, afhankelijk van type en ernst van agressief gedrag, samenstelling van de steekproef, type setting en aard en ernst van bijkomende problematiek (zie bv. Crocker et al., 2006; Prior et al., 2023; Royston et al., 2023; Van Swieten et al., 2024). In een steekproef van 250 cliënten die voor behandeling waren opgenomen in een zogenaamde SGLVG-instelling (SGLVG: sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapt) vonden Delforterie et al. (2023) dat in meer dan 50% van de gevallen agressie en geweld de primaire reden was voor de opname. Ook in de algemene ggz is gevonden dat verhoudingsgewijs veel patiënten met een LVB herhaaldelijk (fysieke) agressief gedrag vertoonden en dat de aanwezigheid van een LVB het risico op agressief gedrag substantieel verhoogt (Nieuwenhuis et al., 2022).

De redenen voor een verhoogd risico van agressief (delict) gedrag bij mensen met een LVB zijn divers (zie Van den Akker et al., 2021). Het verhoogde risico wordt veroorzaakt door een interactie tussen verschillende factoren, zoals biologische condities (o.a., stressgevoeligheid, niet-aangeboren hersenletsel, middelenmisbruik), context (o.a., crimineel netwerk, opgroeien in armoede, mishandeld zijn door ouder) en psychologische kenmerken (o.a., tekortschietende emotieregulerende vaardigheden, trauma, problemen met sociale informatieverwerking). Deze risicofactoren komen vaker voor bij mensen met een LVB dan bij mensen zonder een LVB (Didden et al., 2020).

De gevolgen van (herhaald) agressief gedrag bij mensen met een LVB kunnen ernstig zijn. Agressief gedrag kan leiden tot uithuisplaatsing, werkloosheid, en bijvoorbeeld vroegtijdige uitval op school, hetgeen kan leiden tot (verdere) uitsluiting in de samenleving, stigma en isolement en psychische problematiek. Vanwege agressief gedrag kunnen mensen met een LVB in contact komen met politie en justitie (Neijmeijer, 2021). Agressief gedrag door cliënten leidt tot een verhoogd risico op burn-out symptomen van begeleiders (De Looft et al., 2018). Om agressief gedrag te verminderen en om recidive te voorkomen, is een (gedwongen) klinische behandeling soms noodzakelijk (Didden et al., 2020). Echter, ook binnen een kliniek kan agressief gedrag leiden tot een gesloten leefklimaat en repressieve maatregelen (zie Neimeijer et al., 2021), hetgeen het inzetten van een behandelprogramma voor agressief gedrag noodzakelijk maakt.

3.2 Oorzaken

Drie modellen zijn relevant voor het verklaren van agressief gedrag bij mensen met een LVB. Zo is er het biopsychosociaal model (zie Richards et al., 2020). Biologische condities zijn o.a. mannelijk geslacht, moeilijk temperament en impulsiviteit (zie bv. Van Swieten et al., 2024). Levenservaringen in de interactie met ouders, leeftijdgenoten en maatschappelijke instituties (bijvoorbeeld school) kunnen eveneens een risico verhogende factor vormen. Delictplegers met een LVB zijn in hun jeugd relatief vaak verwaarloosd en/of mishandeld (zie o.a. Boertjes & Lever, 2007; De Vogel & Didden, 2022; Tenneij & Koot, 2006). Symptomen van een posttraumatische stressstoornis gaan vaak samen met agressief gedrag bij cliënten met een LVB (zie Versluis et al., 2024). Middelenmisbruik (Van der Nagel et al., 2020) en werkloosheid (Verbruggen et al., 2011) hangen samen met het risico op agressie. Mensen met een LVB wonen vaak in een woonwijk met diverse infrastructurele en maatschappelijke tekortkomingen en groeien vaak op in gezinnen met een lage sociaaleconomische status (zie o.a., Koolhof et al., 2007; Neijmeijer, 2020).

Een tweede model is het Risk, Needs en Responsivity model (zie Bonta & Andrews, 2023). Vooral dynamische risicofactoren ('needs') zijn van belang omdat deze veranderbaar zijn door behandeling (Didden & Moonen, 2017; Turhan et al., 2023). Taylor en Novaco (2023) noemen cognitieve en emotionele processen, zoals woede, arousal, cognitie en inhibitie (zelfcontrole), als veranderbare risicofactoren. Ook iemands sociale kennis (scripts over hoe men zich dient te gedragen in sociale situaties), cognitieve vertekeningen, normen en waarden en de mate waarin iemand agressief gedrag goedkeurt (attitude), zijn factoren waarop kan worden ingegrepen (Taylor et al., 2016). Gedragmatige factoren betreffen het aangeleerde reactiepatroon op een provocatie of dreiging. Hoe de context reageert op agressief gedrag bepaalt de kans dat agressie wordt bestendigd of uitdooft (zie Didden et al., 2020).

Een derde model is het sociaal informatieverwerkingsmodel (SIV) van Crick en Dodge (1994) en de bewerking ervan door Lemerise en Arsenio (2000). In dit model wordt agressief gedrag verklaard aan de hand van de cognitieve stappen waarin sociale gebeurtenissen worden verwerkt en die resulteren in bepaald gedrag. Studies bij cliënten met een LVB en agressief (delict) gedrag laten zien dat veel cliënten een 'cognitieve bias' hebben en dat het SIV-model agressief gedrag kan verklaren en dat een behandeling gebaseerd op dit model kan leiden tot een reductie van agressief gedrag (zie o.a. Saad & Hassanein, 2020; Schmidt & Vereenoghe, 2021; Van Rest et al., 2020).

3.3 Aan te pakken factoren

GoA richt zich op het veranderen van dynamische risicofactoren voor agressief gedrag, die cognitief, emotioneel en gedragmatig van aard zijn. Het doel van GoA is het verminderen en voorkomen van agressief (delict) gedrag en recidive. De programmadoelen van GoA zijn geformuleerd op basis van de

kennis van dynamische risicofactoren voor agressief (delict) gedrag. Uit de voorgaande paragrafen kunnen de volgende dynamische risicofactoren bij personen met een LVB en agressief gedrag worden afgeleid:

- context: relatief vaak in aanraking komen met gebeurtenissen en situaties die stress oproepen;
- cognitieve processen: problemen met het accuraat interpreteren van andermans bedoelingen;
- cognitieve processen: automatische gedachten en attitudes die agressief gedrag uitlokken;
- cognitieve en emotionele processen: een gebeurtenis als bedreigend of onrechtvaardig ervaren (perceptie), hetgeen samenhangt met een verhoogd arousalniveau;
- cognitieve processen en agressief gedrag: relatief vaak agressieve oplossingen genereren en kiezen;
- cognitieve processen: problemen in het evalueren van de consequenties van mogelijke oplossingen;
- gedrag: beperkte zelfcontrole (impulsiviteit) bij de keuze voor agressief gedrag;
- gedrag: tekorten in sociale vaardigheden.

In onderstaande tabel worden deze aan te pakken factoren en bijbehorende subdoelen kort beschreven.

Aan te pakken factor	Programmadoelen GoA
Tekort aan cognitie rondom eigen agressieve probleemgedrag	1. Cliënt kent en erkent zijn eigen agressief gedrag, kan dit benoemen, ziet de ernst van eigen probleemgedrag in, acht zich verantwoordelijk voor dit gedrag en vertoont geen agressief gedrag;
Tekort aan kennis over risicofactoren voor eigen (dreigend) agressief gedrag	2. Cliënt kan de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag benoemen;
Onvoldoende herkennen van signalen van dreigend agressief gedrag en hier passend mee omgaan	3. Cliënt kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag en kan deze benoemen (bij gebruikmaking van de spanningspiramide, spanningsthermometer, eerste hulpkaart en signaleringsplan) en kan deze verwerken in een G-schema;
De cliënt herkent eigen agressief gedrag onvoldoende, en heeft geen adequate oplossingen om dit te doorbreken	4. Cliënt kan de aanloop tot zijn agressief gedrag in een vroeg stadium herkennen en doorbreken, adequate oplossingen bij conflicten bedenken, geringe stressoren doorstaan, en heeft een verminderde algemene neiging om boos of vijandig te reageren, en kan gedragsalternatieven overwegen;
Onvoldoende alternatieve vaardigheden boven gebruik van agressief gedrag	5. Cliënt geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven agressief gedrag, cliënt houdt rekening met belangen, gevoelens en rechten van anderen;
Onvoldoende sociale en assertieve vaardigheden	6. Cliënt heeft zijn sociale en assertieve vaardigheden verbeterd, hij houdt rekening met belangen, gevoelens en rechten van anderen, stelt zich doorgaans coöperatief op en heeft voldoende coping vaardigheden om geringe stressoren zonder problematische gevolgen te doorstaan.

3.4 Verantwoording

Binnen GoA-K wordt gebruik gemaakt van ervaringsleren en vormen van Cognitieve Gedragstherapie (CGT) en vaktherapie, aangepast aan de LVB doelgroep.

Cognitieve gedragstherapie voor agressief gedrag

Diverse systematische reviews hebben laten zien dat Cognitieve gedragstherapie (CGT) in veel gevallen effectief is voor het verminderen van agressief gedrag bij mensen met (en zonder) een LVB (Browne, & Smith, 2018; Graser et al., 2022; Prior et al., 2023; Royston et al., 2023). Bij CGT wordt getracht emotionele, cognitieve en gedragsmatige factoren die samenhangen met agressie te veranderen (Heinemann et al., 2016). Centraal voor de toepassing van CGT bij agressief gedrag (anger control; woedebeheersing) is dat de emotie 'woede' voortkomt uit de betekenis die de persoon aan een gebeurtenis geeft. CGT in het kader van agressief gedrag grijpt in op de manier waarop personen informatie verwerken in situaties die stress (arousal) oproepen en hoe zij hiermee omgaan (Taylor & Novaco, 2023). Gedragstherapie is gericht op het veranderen van gedrag van

cliënten waarbij gedrag wordt veranderd door het manipuleren van uitlokkende en bekrachtigende gebeurtenissen. Bij cognitieve therapie ligt de focus meer op (negatief getinte of disfunctionele) gedachten, opvattingen en attitude en wordt getracht deze cognities te veranderen zodat ze meer functioneel worden. Voorts wordt getracht de client vaardigheden aan te leren ter verbetering van de emotieregulatie. Agressief (delict) gedrag kan worden verminderd door uitlokkende en bekrachtigende gebeurtenissen weg te nemen en disfunctionele cognities te vervangen door functionele en ongewenst gedrag door adaptief gedrag (zie Taylor & Novaco, 2023).

De afgelopen twee decennia is het aantal studies naar de effectiviteit van CGT bij mensen met een LVB fors toegenomen – vooral gericht op agressief (delict) gedrag (zie Prior et al., 2023; Royston et al., 2023). Zo liet een gecontroleerd onderzoek onder 65 delinquenten met een LVB niet alleen zien dat CGT effectief is in het verminderen van agressief gedrag maar bleef ook het effect na een follow-up van 12 maanden behouden (Taylor, Novaco, & Johnson, 2009). Een studie van Taylor et al. (2016) liet eveneens zien dat bij 50 patiënten met een LVB die waren opgenomen in een forensisch psychiatrische instelling de agressie en geweldsincidenten verminderde na CGT die individueel werd gegeven. Ook op de langere termijn bleek het effect behouden. Een studie van Taylor en Novaco (2023) liet zien dat CGT kan leiden tot vermindering van agressie bij volwassenen met een LVB die in beveiligde forensische setting verbleven. Daarbij waren er aanwijzingen dat de effecten iets groter waren bij ervaren therapeuten in vergelijking met onervaren therapeuten. In een meta-analyse van studies bij volwassenen met een LVB werd gevonden dat CGT effectief voor de vermindering van boosheid en agressie (Graser et al., 2022). Een Cochrane review (zie Prior et al., 2023) omvatte 15 studies naar het effect van verschillende typen van (cognitief) gedragstherapeutische interventies voor agressief gedrag bij kinderen en volwassenen met een LVB. De analyses lieten zien dat dergelijke interventies gemiddeld genomen leiden tot een vermindering (in ernst) van agressie. De conclusies moeten worden beschouwd in het licht van methodologische tekortkomingen van de geïncludeerde studies. Prior et al. merken op dat er aanwijzingen zijn dat de effecten op agressie iets gunstiger lijken te zijn als CGT wordt gecombineerd met een of meerdere andere interventies, waaronder vaktherapeutische interventies.

Vaktherapeutische methodieken voor boosheid en agressie

Woede (anger) is een belangrijke risicofactor voor agressief gedrag. Technieken om woede en boosheid te verminderen zijn dus een belangrijk onderdeel van een interventie, zo ook van GoA. Een recente meta-analyse liet zien dat een variëteit aan technieken woede kan reduceren, waaronder ademhalingsoefeningen, ontspanningsoefeningen enzovoorts (zie Kjaervik & Bushman, 2024). Psychomotore therapie (PMT) is een interventie waarbij dit soort technieken centraal staat. PMT voor agressief gedrag is o.a. gericht op het herkennen van emoties en lichamelijke signalen van boosheid en woede. Het is gericht op het herkennen van emoties en lichamelijke signalen en het leren omgaan (coping) hiermee in een poging om te voorkomen dat de client overgaat tot agressief gedrag. Er zijn zeer weinig studies gedaan naar de werkzame factoren en effectiviteit van PMT en dramatherapie bij mensen met een LVB. Een review naar technieken die binnen PMT veel worden gehanteerd, zoals relaxatie en andere spanningsverminderende technieken, laat zien dat deze gemiddeld genomen effectief zijn in het verminderen van spanning en boosheid; ook ervaringen van cliënten met PMT voor agressie en boosheid zijn positief (zie Bellemans, 2021).

Principes voor interventies bij mensen met een LVB

De opbouw van de modulen binnen GoA sluit aan bij de opeenvolgende fasen van leren zoals die bijvoorbeeld door Kolb (2015) wordt onderscheiden. Volgens Kolb vindt een leerproces plaats als er vier fasen worden doorlopen: concrete ervaring, observeren en reflecteren op de ervaring, een theorie vormen en experimenteren. De ervaringsgerichte vaktherapeutische module van GoA, waarin een grote nadruk ligt op interventies van PMT en dramatherapie, doet een sterk beroep op ervarend leren van cliënten, terwijl andere modules zijn gericht op het toepassen van het geleerde in andere situaties (generaliseren) en op terugvalpreventie.

Bij de ontwikkeling van GoA is gebruik gemaakt van handreikingen voor programma's voor delinquentie onder jeugdigen met een LVB (Boertjes & Lever, 2007) en richtlijnen voor mensen met een LVB (o.a. De Wit et al., 2023; Nijman, Didden & Hesper, 2017). Door deze handreikingen als uitgangspunt te nemen wordt eraan bijgedragen dat cliënten van het aangeboden behandelprogramma zoveel mogelijk kunnen profiteren. Deze werkwijze draagt ook bij aan het vergroten van de motivatie voor deelname van cliënten aan het programma. Het betreft onder andere de aandacht voor:

- leren door doen en zien (ervaren);
- het zorgdragen voor succeservaringen;
- aansluiten bij het cognitief en emotioneel niveau van functioneren;
- vereenvoudiging en herhaling van de materie;

- directieve methode/benaderingswijze;
- generalisatie naar verschillende contexten.

Bij een behandelprogramma voor cliënten met een forensische achtergrond zijn de What Works of Risk-Need-Responsivity principes (RNR; Bonta & Andrews, 2023) van belang. Voor personen met een LVB is het principe van Responsiviteit extra belangrijk (zie Didden et al., 2020; Lindsay, Craig & Griffith, 2020). Doordat personen met een LVB vooral leren van voorbeelden en oefeningen die voor hen herkenbaar zijn en bij voorkeur voortkomen uit hun eigen situatie is voortdurende afstemming op de individuele cliënten binnen de eigen context essentieel. Responsiviteit betekent dat de behandeling moet aansluiten bij de persoonlijke leerstijl, emotioneel niveau van functioneren en vaardigheden van de cliënt (zie Nijman et al., 2017).

De intensiteit van GoA wordt vergroot door veel aandacht te besteden aan de generalisatie: het leren toepassen in het dagelijks leven ('real life') van wat in een (niet-natuurlijke) behandelsituatie is geoefend. Om de kans op generalisatie zo groot mogelijk te maken, wordt de cliënt gemotiveerd om de in de behandeling geleerde vaardigheden in het dagelijks leven te oefenen, in de vorm van huiswerkopdrachten.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

a) Delforterie, M., & Niehoff, H. (2024). *Procesevaluatie Grip op Agressie – Klinisch*. Zwolle: Trajectum

b) Aan deze procesevaluatie hebben in totaal negen trainers en 28 deelnemers deelgenomen. Trainers zijn bevraagd door middel van een enquête tijdens de terugkomdag in maart 2024 over hun waardering, programma-integriteit en bereik van de doelgroep in de afgelopen 5 jaar. In augustus en september 2024 hebben trainers van Trajectum een monitoringslijst (zie Programma- en evaluatiehandleiding) ingevuld over hun co-trainer om de programma-integriteit te beoordelen. Om het drop-out percentage te berekenen is de reden van uitval genoteerd voor deelnemers aan de effectiviteitsstudie GoA (zie ook 4.2). De enquêtes die deelnemers na elke module invullen zijn van één GoA-K-trainer verzameld.

c) *Waardering en ervaring GoA-K van trainers*

Uit de terugkomdag van maart 2024 blijkt dat trainers ($n = 5$) tevreden zijn over GoA-K, met cijfers tussen de 7,7 en 9 voor hoe uitvoerbaar GoA-K is, hoe goed het aansluit op de doelgroep en hoe goed de doelen worden behaald. Wat betreft de randvoorwaarden voor het uitvoeren van GoA-K zijn nog verbeteringen mogelijk. Cijfers liggen tussen 6,3 en 8, waarbij de selectie en aanmelding en accommodatie en benodigde materialen met een 8 worden gewaardeerd, maar zaken zoals (te weinig) opgeleide (co-)trainers en het systematisch rapporteren en evalueren van GoA-K met een 6,3.

Programma-integriteit

Uit de terugkomdag van maart 2024 gaven trainers ($n = 5$) aan de programma-integriteit goed te bewaken, met cijfers van 7,7 op timing en snelheid tot een 9 op controle van het leerproces.

Uit de monitoringslijst die vier trainers hebben ingevuld over hun collega blijkt ook dat zij de programma-integriteit goed bewaken, met gemiddelde scores van 3 tot 5 op een schaal van 1 tot 5. De laagste score die werd gegeven (3) betekent dat de situatie of vaardigheid van de trainer voldoet. Deze score werd gegeven voor de uitvoering van de werkvorm: Werken met individuele deelnemerskaart en bijeenkomstdoelen. De hoogste score (5) betekent dat de situatie of vaardigheid van de trainer van hoog niveau is. Deze score werd gegeven voor de trainingsvaardigheid: Warm, oprechte en empathische stijl.

Bereik van de doelgroep

Trainers van de terugkomdag ($n = 5$) hebben de afgelopen 5 jaar aan meer dan 100 cliënten (een module van) GoA-K gegeven. Van deelnemers die meededen aan de lopende effectiviteitsstudie GoA-K ($n = 16$) in de periode september 2023 – augustus 2024 was er bij 2 sprake van drop-out (12,5%).

Waardering en ervaring van deelnemers

Deelnemers waren op een schaal van 1 tot 5 overwegend positief over de module. De module helpt de deelnemer om te gaan met zijn boosheid (score: 4,25). Het helpt ook om problemen te voorkomen (score: 3,92). Daarnaast vonden deelnemers het leuk om de module te doen (score: 4,55) en was de module goed geregeld (score: 4,55).

Deelnemers gaven daarnaast aan dat ze leerden om te gaan met hun boosheid, (opbouw in) spanning te herkennen en situaties die leiden tot boosheid beter te begrijpen. Deelnemers vonden het tijdens de modules leuk om samen te werken. Deelnemers vonden het niet leuk als een sessie niet doorging. De meeste deelnemers konden niks aangeven dat niet hielp. Eén deelnemer gaf aan dat sommige dingen bij PMT niet hielpen, zoals over balkjes lopen, en een andere deelnemer gaf aan dat soms op de situatie instappen niet hielp. Er werden verder door enkele deelnemers nog tips gegeven:

- Graag zoveel mogelijk gebruik maken van vaste trainers;
- Meer rollenspellen

Aanpassingen GoA-K

Bovenstaande bevindingen geven geen concrete aanwijzingen om de inhoud van GoA-K aan te passen. Aanpassingen die worden doorgevoerd zijn gericht op het benadrukken van de voordelen van een vast systeem van rapporteren en evalueren van de voortgang. Dit zal worden doorgevoerd in de scholing en tijdens de terugkomdag. Daarnaast zal de feedback van deelnemers na elke module systematischer worden teruggekoppeld aan de ontwikkelaars tijdens de landelijke terugkomdag, om zorg te dragen zo goed mogelijk aan te sluiten op de leefwereld van de deelnemers.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Er zijn diverse lopende studies naar de effectiviteit van GoA-K, welke hieronder kort worden toegelicht.

Effectiviteitsstudie GoA-K o.l.v. M. Delforterie

Het doel van dit project is om vast te stellen of het behandelprogramma Grip op Agressie Klinisch (GoA-K) effectief is in het verminderen van (risicofactoren voor) agressief gedrag van cliënten met een licht verstandelijke beperking (LVB; IQ 50 – 85) die zijn opgenomen vanwege risicovol (delict) gedrag.

Tot op heden is er nog geen wetenschappelijke effectiviteitsstudie afgerond naar het effect van GoA-K op (risicofactoren voor) agressief gedrag bij deze doelgroep, en of een eventuele reductie tevens leidt tot een geringer risico op recidive. Voor deze effectiviteitsstudie hebben we een multiple baseline design opgezet, waarbij het streven is om 30 cliënten te includeren, verdeeld over drie organisaties waar GoA-K reeds wordt aangeboden (i.e., Trajectum, Ipse de Bruggen [behandelcentrum Middenweg] en Fivoor [Wier]).

Het onderzoek bestaat uit een voor-, tussen- en nameting en een follow-up met een vragenlijst over emotieregulatie ingevuld door de cliënt, dynamische risicofactoren (DROS 2.0) ingevuld door de behandelaar van de cliënt, en het behalen van de doelen ingevuld door de GoA-K trainer. Daarnaast worden er dagelijkse agressieregistraties gedaan door groepsleiding tijdens het volgen van GoA-K en worden wekelijks metingen gedaan met stresshorloges in periodes van 8 weken voor, tijdens en na het volgen van GoA-K. Ten slotte wordt er onderzoek gedaan naar recidive bij cliënten die GoA-K in het verleden hebben afgerond en worden een aantal cliënten gevraagd om mee te doen aan een exit interview.

Resultaten zijn naar verwachting beschikbaar in 2026.

Wearables in Practice (WIP) o.l.v. P. de Looff

In vervolg op het project 'Biosensoren voor Iedereen' wordt onderzocht hoe het gebruik van biosensoren geïntegreerd kan worden in het behandelaanbod van De Borg. Door biosensoren te integreren in de behandeling sluit deze beter aan bij de individuele cliënt, zo is het uitgangspunt. Daarnaast is de verwachting dat het gebruik van biosensoren de zelfredzaamheid van cliënten vergroot. Voor dit onderzoek is gekozen hiermee te starten met de behandelmodule Grip op Agressie Klinisch (GoA-K).

Neurofeedback kan worden gebruikt om de activiteit van corticale hersengebieden te meten en is gebruikt als een veelbelovende techniek voor de behandeling van verschillende psychische stoornissen, waaronder gedragsstoornissen. Samenvattend willen we daarom onderzoeken of een HRV biofeedback (in combinatie met

neurofeedback) interventie bijdraagt aan een verhoogde regulatie van emoties. Daarnaast willen we onderzoeken of de biofeedback-interventies het bewustzijn van lichamelijke en fysiologische signalen voorafgaand aan woede en agressief gedrag kunnen vergroten. De verwachting is dat het geven van biofeedback (GoA-K +) een extra effect heeft op algemene zelfregulerende vaardigheden bovenop de standaard GoA-K zonder biofeedback (of GoA-K -) behandeling. De secundaire vraag is of het toevoegen van biofeedback effect heeft op boosheid en op het leren herkennen van lichamelijke signalen die wijzen op boosheid.

Gezien de specifieke aard van GoA-K is de verwachting dat zelfregulerende vaardigheden in de loop van de tijd zullen verbeteren in zowel GoA-K + als GoA-K -. De toename van zelfregulerende vaardigheden in de GoA+ groep in de loop van de tijd zal na verwachting steiler en hoger zijn dan in de GoA-K - groep. Tijdens de GoA-K modules "Omgaan met gedachten en gevoelens" krijgen cliënten wekelijks biofeedback aangeboden als onderdeel van PMT gedurende een periode van 16 weken. Cliënten moeten tweewekelijks een vragenlijst invullen over algemene zelfregulerende vaardigheden, boosheid en het herkennen van fysieke signalen die wijzen op boosheid.

Streven is om in totaal 48 cliënten die GoA-K volgen te includeren, voor de duur van de betreffende module. Resultaten zijn naar verwachting beschikbaar in 2025.

Kwalitatieve longitudinale studie o.l.v. R. Didden

In een kwalitatieve longitudinale studie brengen we de ervaringen van cliënten met het volgen van het GoA-K programma in kaart. Deelnemers worden op 3 momenten geïnterviewd: 2 weken voor de start van GoA-K, na afronding van de 3^e module en 4 weken na afronding van de laatste module. Alle interviews worden geanalyseerd met behulp van Interpretative Phenomenologische Analyse. Vraag is in hoeverre GoA-K hen heeft geholpen de agressieproblematiek te verminderen en wat daar eventueel aan heeft bijgedragen. Een contextuele analyse wordt gedaan door ook hun sociotherapeuten te interviewen en rapportages van sociotherapeuten en GoA-K trainers te analyseren. Resultaten zijn naar verwachting beschikbaar in het najaar van 2025.

5. Samenvatting Werkzame elementen

De werkzame elementen van GoA-K die bepalend zijn voor het behalen van de doelen bij de LVB doelgroep zijn:

- Uitgangspunten voor forensische zorg (RNR-principes)
- Cognitieve gedragstherapie
- Vaktherapie
- Richtlijnen effectieve interventies LVB
 - o leren door doen en zien (ervaren);
 - o het zorgdragen voor succeservaringen;
 - o aansluiten bij het cognitief en emotioneel niveau van functioneren;
 - o vereenvoudiging van de geboden materie;
 - o herhaling van de geboden materie;
 - o directieve methode/benaderingswijze;
 - o generalisatie naar context.

De intensiteit van GoA-K wordt vergroot door veel aandacht te besteden aan de generalisatie: het leren toepassen in het dagelijks leven ('real life') van wat in een (niet-natuurlijke) trainingssituatie is geoefend. Generalisatie van de binnen GoA-K geleerde vaardigheden wordt nagestreefd in de leefgroep. Hiertoe wordt gewerkt met huiswerkopdrachten (zie Programma- en evaluatiehandleiding) die in de leefgroep gemaakt worden. Ook door de vormgeving van het leefklimaat wordt generalisatie bewerkstelligd. Binnen het leefklimaat worden de nieuwe vaardigheden geoefend, herhaald en getoetst op adequaat gebruik binnen de natuurlijke leefomgeving. Aanvankelijk betreft dit de woongroep of afdeling waar de cliënt verblijft. Na verloop van tijd worden de nieuwe vaardigheden zo mogelijk ook toegepast en getoetst binnen een omgeving met meer bewegingsvrijheid. Zo kan bij de doelgroep generalisatie van de geleerde vaardigheden naar de natuurlijke leefomgeving stapsgewijs worden bereikt. Bovendien draagt deze manier van werken bij aan de continuïteit: de GoA-vaardigheden komen niet alleen aan bod tijdens de modulebijeenkomsten, maar ook op de leefgroep.

De GoA-K-bijeenkomsten zijn zodanig vormgegeven dat generalisatie voor deelnemers eenvoudig(er) wordt. Diverse reviews wijzen uit dat het gebruik van praktische voorbeelden en rollenspellen de effectiviteit van CGT vergroot (zie Didden e.a., 2020). Binnen GoA-K gaat het daarbij om het gebruik van voorbeelden/rollenspellen die aansluiten bij de dagelijkse leefsituatie en belevingswereld van de deelnemers, met als gevolg dat nieuwe vaardigheden worden aangeleerd, gegeneraliseerd en behouden blijven.

De gebruikte technieken en interventies binnen GoA-K sluiten aan bij de leerstijl van de specifieke doelgroep door met name: leren door ervaren, aansluiten bij het (cognitieve) ontwikkelingsniveau. Ervaringsgerichte technieken vanuit het vaktherapeutische aanbod van PMT en dramatherapie hebben hierdoor een prominente plaats binnen de start en gedurende het aanbod van GoA-K.

6. Aangehaalde literatuur

- Arensbergen, C. & Liefhebber, S. (2005). *Landelijk competentieprofiel beroepskrachten primair proces gehandicaptenzorg*. Utrecht: NIZW.
- Bellemans, T. (2021). *Psychomotor therapy for clients with mild intellectual disability and aggressive behavior*. PhD thesis, Radboud University, Nijmegen.
- Boertjes, M., & Lever, M. (2007). *LVG en Jeugdcriminaliteit*. Diemen: Expertisecentrum Jeugdzorg-Gehandicaptenzorg William Schrikker.
- Bonta, J., & Andrews, D. (2023). *The psychology of criminal conduct (7th ed)*. London: Routledge.
- Browne, C., & Smith, I. (2018). Psychological interventions for anger and aggression in people with intellectual disabilities in forensic service. *Aggression and Violent Behavior*, 39, 1-14.
- Crick, N., & Dodge, K. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Crocker, A., Mercier, C., Lachapelle, Y., Brunet, A., Morin, D., & Roy, M. (2006). Prevalence and types of aggressive behavior in adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 652-661.
- De Looft, P., Nijman, H., Didden, R., & Embregts, P. (2018). Burnout symptoms in forensic psychiatric nurses and their associations with personality, emotional intelligence and client aggression: A cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25, 506-516.
- De Vogel, V., & Didden, R. (2022). Victimization history in female forensic psychiatric patients with intellectual disabilities: Results from a Dutch multicenter comparative study. *Research in Developmental Disabilities*, 122, 104179.
- De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2023). *Richtlijn Effectieve Interventies (herziene versie)*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Delforterie, M., Hesper, B., Nijman, H., Korzilius, H., Turhan, A., & Didden, R. (2023). The predictive value of the Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) for recidivism in (forensic) clients with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 36, 750-757.
- Delforterie, M. & Niehoff, H. (2024). *Procesevaluatie Grip op Agressie - Klinisch*. Zwolle: Trajectum.
- Didden, R., & Moonen, X. (2017). Gedragsinterventies. In: H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (Red.), *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtssketen* (pp. 227-239). Den Haag: Boom criminologie.
- Didden, R., Nijman, H., Delforterie, M., & Keulen-De Vos, M. (2020). Treatment of anger and violence of individuals with intellectual disabilities. In W. Lindsay, L. Craig & D. Griffith (Eds.), *What works for individuals with intellectual and developmental disabilities: Theory, research and practice* (pp. 297-309). London: Wiley.
- Drieschner, K. H., & Hesper, B. L., & Delforterie, M. J. (2019). *Dynamic Risk Outcome Scales 2.0*. Zwolle: Trajectum.
- Dodge, K. A., & Pettit, G. S. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349 – 371.
- Graser, J., Goeken, J., Lyons, N., Ostermann, T., & Michalak, J. (2022). Cognitive-behavioral therapy for adults with intellectual disabilities: A meta-analysis. *Clinical Psychology – Science and Practice*, 29, 227-242.
- Heinemann, A., Neumann, C., van der Waa, A., & Kok, L. (2016). Cognitieve gedragstherapie. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen, & W. Groen (red.). *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (pp. 397 – 407). Utrecht: De Tijdstroom.
- Kjaervik, S., & Bushman, B. (2024). A meta-analytic review of anger management activities that increase or decrease arousal: What fuels or douses rage? *Clinical Psychology Review*, 109, 102414.
- Kolb, D. A. (2015). *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development (2nd ed)*. Prentice Hall.
- Koolhof, R., Loeber, R., & Collot d'Escury, A. (2007). Eerst tot tien tellen! Of is dat voor een LVG- jongere niet genoeg? Is de LVG-jongere extra kwetsbaar om delinquent gedrag te ontwikkelen? *Onderzoek & Praktijk*, 5, 15-20.
- Lemerise, E., & Arsenio, W. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social

- information processing. *Child Development*, 71, 107-118.
- Lindsay, W., Craig, L., & Griffith, D. (Eds.) (2020). *What works for offenders with intellectual and developmental disabilities*. London: Wiley.
- Neijmeijer, L. (2020). *(Flexible) Assertive Community Treatment for people with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning and mental health problems or challenging behaviour*. PhD thesis, Radboud University.
- Neimeijer (2021). *Close(d) care. Group climate in a secure forensic setting for individuals with mild intellectual disability*. PhD thesis, Radboud University.
- Nieuwenhuis, J., Lepping, P., Mulder, C., Nijman, H., & Noorthoorn, E. (2022). Aggressive behaviour of psychiatric patients with mild and borderline intellectual disabilities in general mental health care. *PLOS One*, 17, 0272502.
- Nijman, H., Didden, R., & Hesper, B. (2017). *Richtlijn risicomanagement LVB*. Utrecht: KFZ.
- Prior, D., Win, S., Hassiotis, A., Hall, I., Martiello, M., & Ali, A. (2023). *Behavioural and cognitive behavioural interventions for outwardly directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities*. Cochrane Database of Systematic Reviews, issue 2.
- Richards, D., Oswald, T., & Fedoroff, J. (2020). Biopsychosocial assessment approach for offenders with intellectual disabilities. In: W. Lindsay, L. Craig & D. Griffith (Eds.), *What works for offenders with intellectual and developmental disabilities* (pp. 219-237). London: Wiley.
- Royston, R., Naughton, S., Hassiotis, A., Jahoda, A., Ali, A., Chauhan, U., ... & Rapaport, P. (2023). Complex interventions for aggressive challenging behaviour in adults with intellectual disability: A rapid realist review informed by multiple populations. *PLoS one*, 18(5), e0285590.
- Saad, M., & Hassanein, H. (2020). The effect of social information processing (SIP) model intervention on reducing challenging behavior in children with mild to borderline intellectual functioning. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 18, 327-344.
- Schmidt, N., & Vereenoghe, L. (2021). Interpersonal cognitive biases in children and young people with neurodevelopmental disorders: A systematic review. *Current Developmental Disorders Reports*, 8, 219-235.
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., Bogaerts, S. (2014). *Handleiding en methodologische verantwoording HKT-R, Historisch, Klinische en Toekomstige-Revisie*. Groningen: Dr. van Mesdag kliniek.
- Taylor, J., & Novaco, R. (2023). Cognitive behavioural anger treatment for adults with intellectual disabilities: Effects of therapist experience on outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 51, 533-542.
- Taylor, J. L., Novaco, R. W., & Brown, T. (2016). Reductions in aggression and violence following cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Disabilities Research*, 60, 126-133.
- Taylor, J., Novaco, R., & Johnson, L. (2009). Effects of intellectual functioning on anger treatment for adults with learning disabilities in secure settings. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*, 3, 51-56.
- Tenneij, N., & Koot, H. (2006). *Doelgroep in beeld, een nauwkeurige omschrijving van mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek*. Den Dolder: De Borg.
- Turhan, A., Delforterie, M., Roest, J., Van der Helm, P., Neimeijer, E., & Didden, R. (2023). Relationships between dynamic risk factors for externalising problem behaviour and group climate in adults with mild intellectual disability in forensic treatment. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 36, 641-652.
- Van den Akker, N., Kroezen, M., Wieland, J., Pasma, A., & Wolkorte, R. (2021). Behavioural, psychiatric, and psychosocial factors associated with aggressive behaviours in adults with intellectual disabilities: A systematic review and narrative analysis. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 34, 327-389.
- Van der Nagel, J., Van Duijvenbode, N., & Didden, R. (2020). Assessment of alcohol use disorder and alcohol-related offending behaviour. In: W. Lindsay, L. Craig & D. Griffith (Eds.), *What works for offenders with intellectual and developmental disabilities* (pp. 181-191). London: Wiley.
- Van Rest, M., Van Nieuwenhuizen, M., Kupersmidt, J., Vriens, A., Schuengel, C., & Matthys, W. (2020). Accidental and ambiguous situations reveal specific social information processing biases and deficits in adolescents with low intellectual level and clinical levels of externalizing

- behaviors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48, 1411-1424.
- Van Swieten, M., De Looff, P., VanDerNagel, J., & Didden, R. (2024). The association between aggressive behaviour and SNNI and shared risk factors in adults with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 37, e13288.
- Verbruggen, J., Blokland, A. & Geest, V.R. van der (2011). Werk, werkduur en criminaliteit. Effecten van werk en werkduur op criminaliteit in een hoogrisicogroep mannen en vrouwen van 18 tot 32 jaar. *Tijdschrift voor Criminologie*, 53, 116-139.
- Versluis, A., Mevissen, L., de Jongh, A., Schuengel, C., & Didden, R. (2024). Reliability and validity of the Diagnostic Interview Trauma and Stressors-Intellectual Disability in adults with mild intellectual disabilities or borderline intellectual functioning. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 1-17.

Samenwerking erkenningstraject

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

