

Interventie

Agressieregulatie op maat (residentieel)

Samenvatting

Doelgroep

ARopMaat is bedoeld voor meisjes en jongens met ernstige agressieproblematiek van 16 tot 21 jaar met een IQ boven de 70. De jongeren verblijven in een residentiële voorziening (JeugdzorgPlus instelling of een Justitiële Jeugdinrichting) wegens gedragsproblemen. De jongeren vertonen antisociaal gedrag en reactieve en/of instrumentele agressie. Bij hen is sprake van een matig of (zeer) hoog recidiverisico.

Doel

Het primaire doel van ARopMaat is tweeledig. Enerzijds gaat het om het verminderen of stoppen van agressief gedrag in het heden. Dit betekent onder andere dat het aantal agressie incidenten en gevoelens die leiden tot agressie afnemen. Anderzijds dient de recidive (terugval) op gewelddadig gedrag in de toekomst te zijn verminderd.

Aanpak

ARopMaat is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness oefeningen) waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Voor het leveren van maatwerk wordt een set van standaard en optionele modules aangeboden. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van vijf maanden tot ongeveer anderhalf jaar. Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een (zeer) hoog recidiverisico. Er is ook een groepsmodule die bestaat uit 12 tot 14 bijeenkomsten van anderhalf uur.

Materiaal

De interventie bestaat uit diverse handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een programma- en managementhandleiding voor de behandelaar en managers van een inrichting. Verder is de inhoud van het programma voor de jongere en de behandelaar nauwkeurig beschreven in elf standaard en optionele modules. Daarnaast bestaat er een opleidingshandleiding.

Onderbouwing

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag worden verklaard vanuit het transactionele ontwikkelingsmodel (Sameroff & Fiese, 2000). De theorie is gebaseerd op de gedachte dat noch het individu noch de omgeving alleen de ontwikkelingsuitkomst bepaalt. Dit betekent dat chronische agressie volgens deze theorie het product is van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). Zo laten diverse onderzoeken zien dat chronisch agressief gedrag een lange voorgeschiedenis heeft en samenhangt met een combinatie van risicovolle individuele (biologische en psychologische; voornamelijk psychologische factoren, zoals cognitieve en emotionele processen en gezins- en omgevingsfactoren (gezin, netwerk en leeftijdsgenoten).

Onderzoek

Er heeft een evaluatieonderzoek naar de effecten van ARopMaat in een Justitiële Jeugdinrichting plaatsgevonden (quasi-experimenteel). De resultaten wezen uit dat de experimentele groep vergeleken met de controlegroep bij eindmeting een significante verbetering liet zien op recidiverisico, agressief gedrag (waaronder aantal geregistreerde incidenten), copingvaardigheden, responsiviteit en cognitieve vervormingen (met uitzondering van negatieve attitude). De daadwerkelijke geweldsrecidive verminderde significant bij geweldsdelicten na twee en drie jaar. Ook werd er een significant effect gevonden bij vermogensdelicten (na twee jaar) en algemene recidive na een follow-up van een, twee en drie jaar. Na een follow-up van

drie jaar is te zien dat de ARopMaat-groep de helft minder recidiveerde (23.6%) met geweldsdelicten.

Erkenning

Erkend door

Deelcommissie justitie d.d 12-02-2016

Oordeel: Effectief volgens goede aanwijzingen

Toelichting:

Agressieregulatie op Maat zit goed in elkaar. Het is een flexibele interventie die aanvullend op maat kan worden aangeboden en die, indien nodig, extra ruimte biedt voor het inslijten van gedragsverandering.

De referentie naar dit document is:

Dr. L.M. Hoogsteder

(december 2015). Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Agressieregulatie op maat (residentieel)'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van www.nji.nl/jeugdinterventies

1. Probleemomschrijving

1.1 Probleem

Agressie kan worden opgevat als het inadequaat uiten van woede d.m.v. slaan, trappen en schelden, of iemand bespotten, afkraken, bedreigen of bang maken, maar ook als gedrag dat bedoeld is om een ander daadwerkelijk (fysiek) te schaden of eigen voordeel mee te halen (Anderson & Bushman, 2002). Bij adolescenten die agressief gedrag vertonen, wordt onderscheid gemaakt tussen agressief gedrag dat in de vroege kindertijd begint, niet vanzelf stopt en lastig behandelbaar is, en agressief gedrag dat tijdens de adolescentie begint en daarna geleidelijk afneemt. De eerste vorm wordt Life Course Persistent (LCP) of chronische agressie genoemd. De tweede wordt Adolescence Limited (AL) agressie genoemd (Aguilar, Sroufe, Egeland, & Carlson, 2000; Moffitt, Caspi, Harrington, & Milne, 2002). Bij de ARopMaat doelgroep gaat het om chronische agressie, met andere woorden er is intensieve behandeling nodig om het gedrag om te kunnen buigen. Chronische agressie gaat gepaard met psychische problemen (Brand, a'Campo & Van den Hurk, 2013; Coccaro, Lee & McCloskey, 2014) en verschillende criminogene risicofactoren waaronder problematische middelengebruik (Plattner et al., 2012) en gedragsstoornissen (Andrews & Bonta, 2010). Binnen de geestelijke gezondheidszorg worden gedragsstoornissen aangeduid met de psychiatrische diagnoses 'Conduct Disorder' (CD: gedragsstoornis) en 'Oppositional Defiant Disorder (ODD: oppositioneel-opstandige gedragsstoornis), zoals beschreven in de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5: APA, 2013). Vanuit CD kan op volwassen leeftijd een antisociale persoonlijkheidsstoornis ontstaan; er is dan sprake van een pervasief patroon van veronachtzaming en schending van de rechten van anderen.

Specifieke kenmerken gericht op ernst, spreiding en prevalentie

Agressie is één van de meest voorkomende gedragsproblemen bij adolescenten en volwassenen (e.g., Blake & Hamrin, 2007). Bij ongeveer 80% van de jongeren die in aanmerking komen voor de ARopMaat is het agressieve gedrag gerelateerd aan een gedragsstoornis. Bij ca. 50% gaat het om een antisociale gedragsstoornis, terwijl dit bij ongeveer 5,6% van de Nederlandse jongeren vanaf 13 jaar voorkomt. Bij mannelijke adolescenten is vaker sprake van antisociaal gedrag dan bij meisjes. Er zijn weinig verschillen in de aard en ernst van gedragsproblemen tussen landen en culturen. Wel komt het relatief vaker voor in lagere sociaaleconomische klassen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014).

Ondanks het gegeven dat het aantal misdaden de laatste jaren is gedaald, is er een toename zichtbaar in aan agressie gerelateerde misdrijven door jongeren, zoals bedreiging, mishandeling, vernieling en verstoring van de openbare orde (Wartna et al., 2014; Tollenaar, Van Dijk & Alblas, 2009). Verder blijkt dat het algemene recidivepercentage van ex-justitiabelen van JJI's van 59,2% in 2002 naar 57,8% in 2010 is gedaald (1,4%; Wartna et al., 2012). In 2012 wordt echter een hele kleine stijging waargenomen in vergelijking tot het jaar daarvoor (Wartna et al., 2014). Dit betekent dat succesvol behandelen van jongeren afkomstig uit een JJI erg lastig is. Bij een substantieel deel van deze groep is sprake van agressieproblemen.

Uit ervaring blijkt dat ongeveer 40% van de jongeren binnen de JJI of een gesloten JeugdzorgPlus instelling geïndiceerd zouden kunnen zijn voor de interventie ARopMaat. Jongeren verblijven echter vaak niet lang genoeg in een inrichting, waardoor er niet gestart wordt met de interventie. Dit kan verholpen worden door transmuraal te behandelen (intramuraal starten en ambulantly voortzetten). Er bestaat immers ook een erkende ambulante versie van de ARopMaat (Hoogsteder, 2014). De ARopMaat-doelgroep bestaat zowel uit Nederlandse jongeren als jongeren van verschillende etnische afkomst, in het bijzonder Surinaams, Antilliaans, Marokkaans en Turks.

1.3 Gevolgen

De agressieproblematiek heeft bij de AR-doelgroep al geleid tot geweldsdelicten, zoals bedreiging, mishandeling, zware mishandeling, poging tot doodslag, doodslag, poging tot moord en moord. Niets doen betekent dat de kans op terugval hoog is, ook op volwassen leeftijd (Garrido & Morales, 2007; Schubert, Mulvey, Loughran, & Loyosa, 2012; Wartna, et al., 2010; Wartna et al., 2014). Daarnaast wordt de agressieproblematiek in detentie versterkt (Gatti, Tremblay, & Vitaro, 2009). Bovendien blijken Nederlandse vrouwelijke en mannelijke adolescenten die in een justitiële jeugdinrichting zijn geplaatst

latere leeftijd meer problemen te hebben op het gebied van gezondheid, relaties, werk en huisvesting dan de gemiddelde Nederlandse bevolking (Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving (NSCR) & Vrije Universiteit Amsterdam, 2013).

2. Beschrijving interventie

2.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

ARopMaat is bedoeld voor meisjes en jongens met ernstige agressieproblematiek van 16 tot 21 jaar met een IQ boven de 70. De jongeren verblijven in een residentiële voorziening (JeugdzorgPlus instelling of een Justitiële Jeugdinstelling) wegens gedragsproblemen. De jongeren vertonen antisociaal gedrag en reactieve en/of instrumentele agressie. Bij hen is sprake van een matig of (zeer) hoog recidiverisico. Bij deze doelgroep is het toepassen van agressief gedrag tijdens het ervaren van problemen en conflicten een hardnekkig gedragspatroon geworden. De jongeren worden gekenmerkt door een geringe impulscontrole, cognitieve vervormingen die leiden tot agressief gedrag en problemen in het verwerken van sociale informatie.

Intermediaire doelgroep

Nvt

Selectie van doelgroepen

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

Algemene criteria

1. De jongere beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate, zodat hij de gegeven instructies en aanwijzingen kan begrijpen.
2. De jongere heeft een IQ van 70 of hoger (*) en heeft de leeftijd van 16 tot en met 21 jaar.
3. De jongere heeft een matig of (zeer) hoog recidiverisico gemeten door de SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth).

Verdiepingscriteria

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

1. Uit het persoonlijkheidsonderzoek is gebleken dat de jongere een geringe agressieregulatie heeft.
2. De agressie wordt wekelijks geuit naar andere personen of materialen (verbaal en/of fysiek) Dit wordt zichtbaar via groepsrapportage en registratie TULP.
3. De jongere is meer dan twee keer in zijn leven "blind" van woede geworden en weet dan niet meer wat hij doet.
4. Het agressieve gedrag van de jongere heeft in het recente verleden en/of het heden voor problemen gezorgd op minimaal twee leefgebieden.
5. Het agressieve gedrag van de jongere heeft geleid tot een residentiële plaatsing.
6. De jongere scoort bij de SAVRY hoog op tenminste drie items van de volgende risicofactoren: negatieve gedachten, impulsiviteit, aandachtstekort, problemen met hanteren van boosheid, ervaren stress en geringe copingvaardigheden.
7. De jongere scoort in totaal een score van 40 of hoger op de V-LIG (Verkorte-Lijst Irrationale Gedachten) op de schaal Agressie en Wantrouwen.

Contra-indicaties

1. Primaire verslaving.
2. Acute psychose of een ernstig trauma.
3. Agressie die uitsluitend op zichzelf wordt gericht (automutilatie).

De contra-indicaties worden vastgesteld op grond van dossierinformatie, de gebruikte screeningsinstrumenten van de instelling gericht op het signaleren van primaire verslaving en acute psychose) en klinische blik van de behandelverantwoordelijke bij aanmelding van een jongere voorafgaand aan de ARopMaat-intake.

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

2.2 Doel

Hoofddoel

Het primaire doel van AROPmaat is tweeledig. Enerzijds gaat het om het verminderen of stoppen van agressief gedrag in het heden. Dit betekent dat het aantal agressie incidenten afneemt, de jongere minder agressieve gevoelens en gedachten ervaart en het agressieve gedrag tot minder conflicten leidt op verschillende leefgebieden (leefgroep, school/werk, gezin). Anderzijds dient de recidive (terugval) op gewelddadig gedrag in de toekomst te zijn verminderd. Dit wordt gemeten met de SAVRY, een risicotaxatie instrument voor het meten van gewelddadig gedrag in een residentiële setting.

Subdoelen

Hieronder worden de concrete subdoelen beschreven die helpen om het hoofddoel te realiseren. De subdoelen zijn gekoppeld aan de modules die binnen AROPmaat worden aangeboden. Of een doel bereikt is, wordt per module aan de hand van vaste criteria geëvalueerd. Daarnaast worden aan het begin en aan het einde van de behandeling verschillende vragenlijsten afgenomen die het agressieve gedrag (Incidenten registratiesysteem; BDHI-D: Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch; AR-vaardighedenlijst), de copingvaardigheden (UCL: De Utrechtse Coping Lijst en AR-vaardighedenlijst) en de aanwezige cognitieve vervormingen (HID: Hoe Ik Denk; V-LIG) in kaart brengen. Elke vier maanden worden de AR-vaardighedenlijst door de jongere, behandelaar en mentor op de leefgroep ingevuld en de V-LIG door de jongere.

Mocht een jongere niet geïndiceerd zijn voor de optionele modules (denk aan stressreductie en emotieregulatie) dan is het volgen van de standaard modules voldoende om het primaire doel te realiseren. De AROPmaat werkt aan de volgende subdoelen/programmadoelen:

1. De jongere is gemotiveerd om de behandeling te doorlopen. Dit betekent bijvoorbeeld dat de jongere zicht heeft op de nadelen voor zichzelf van agressief handelen;
2. De jongere kan adequate (geweldloze) oplossingen bedenken voor verschillende situaties die hij/zij lastig vindt;
3. De jongere is in staat tot het innemen van perspectief. Dit betekent o.a. dat de jongere lastige gebeurtenissen vanuit verschillende kanten kan bekijken en dat een jongere kan bedenken hoe een ander over een situatie denkt;
4. De jongere neemt verantwoording voor eigen gedrag. Dit betekent o.a. dat een jongere ook kijkt naar zijn eigen aandeel en de schuld niet bij een ander legt;
5. De interactie tussen opvoeder(s) en de jongere is verbeterd. Opvoeder(s) en jongere beschikken over vaardigheden voor het verbeteren van het contact en het adequaat hanteren en oplossen van conflicten. Dit betekent o.a. dat de opvoeder kan valideren (begrip aan de jongere toont over zijn gevoelens en gedachten) en conflictremmers kan toepassen;
6. De jongere reduceert gevoelens van stress, boosheid, spanningen en agressie en past regelmatig functionele copingvaardigheden toe;
7. De jongere kan eigen impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen;
8. De jongere beschikt over adequate beheersingsvaardigheden (trucs om zichzelf in te houden om agressief gedrag te voorkomen);
9. De jongere hanteert minder cognitieve vervormingen die agressief gedrag in stand houden. Dit betekent o.s. dat de jongere functionele (helpende) gedachten kan toepassen;
10. De jongere kan het gedrag van anderen objectief waarnemen en via rationele gedachten interpreteren;
11. De jongere kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is;
12. De jongere is in staat om assertief te handelen. Dit betekent o.a. dat een jongere rekening kan houden met de ander zonder agressief te doen (ook als hij boos is). Daarnaast blijkt dat de jongere weerbaar is (nee zegt) tegen de negatieve invloed van leeftijdsgenoten;
13. De jongere beschikt over adequate vaardigheden in het omgaan met conflicten. Dit betekent o.a. dat de jongere adequaat (assertief) met autoriteiten om kan gaan en kritiek kan ontvangen zonder boos te worden.

2.3 Aanpak

Opzet van de interventie

Algemeen

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

Fasering

AROPmaat bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. Indiceren. Deze fase bestaat uit risicotaxatie en assessment en de intake;
2. Pre-behandeling. Deze fase is gericht op het aangaan van contact, motiveren, empoweren, het opstellen van een veiligheidsplan, psycho-educatie, inzicht krijgen in de agressieketen en het indiceren van optionele modules;
3. Behandeling. Het aanbieden van de standaard modules en de geïndiceerde modules;
4. Afronding van de behandeling. De doelen van de behandeling zijn behaald. Dit wordt bevestigd door de aanwezigheid van een terugvalpreventieplan en het aanbieden van een certificaat;
5. Nazorg.
 - a) Als de jongere de behandeling afrondt met een certificaat, maar hij/zij nog niet op STP (scholings- en trainingsprogramma) of proefverlof gaat, wordt tenminste drie maanden lang, elke maand een individuele terugkomsessie aangeboden, waarin de aangeleerde vaardigheden worden geëvalueerd en eventueel aanvullende oefeningen worden meegegeven. Mocht een jongere vervallen in oud gedrag, dan wordt de individuele begeleiding geïntensiveerd.
 - b) Als een jongere de inrichting heeft verlaten krijgt elke jongere standaard om de week telefonische begeleiding van de behandelaar voor de duur van drie maanden. Dit wordt geïntensiveerd als er terugval dreigt.

Standaard en optionele modules

Voor het bieden van maatwerk bestaat het programma van AROPmaat uit een set standaard modules (Intake en Motiveren, Agressieketen, Beheersingsvaardigheden, Invloed van het denken, en de Groepsmodule) en een aantal optionele modules (Stressreductie, Impulscontrole, Waarnemen en Interpreteren, Emotieregulatie, Conflictantering en Gezin in Beeld (wordt altijd aangeboden als de jongere weer naar huis terugkeert)). Om te bepalen of de optionele modules zijn geïndiceerd, worden concrete indicatiecriteria gebruikt. De module Impulscontrole is bijvoorbeeld geïndiceerd als er sprake is van ADHD en de module Emotieregulatie als de jongere last heeft van sterke stemmingswisselingen.

Individuele versus groepsbehandeling

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

Continuïteit

Opvoeders (indien de jongere terugkeert naar huis) en groepsleiders (mentor) worden bij de behandeling betrokken. Er worden hen vaardigheden aangeleerd die helpen de jeugdige te ondersteunen. Bij ouders gebeurt dit via de module Gezin in Beeld, bij de groepsleiders door de basistraining YOUTURN aangevuld met (onderdelen uit) de Mentale Weerbaarheidstraining. De mentor van de jongere op de leefgroep krijgt een centrale rol bij de uitvoering van het signaleringsplan, het doen van huiswerk en het evalueren van de voortgang.

Frequentie en duur

Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. Dit geldt bij een matig recidiverisico en een grote responsiviteit (ontvankelijkheid) om te leren / veranderen. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een (zeer) hoog recidiverisico en een jongere die langzaam leert (bijvoorbeeld door een laag IQ of ADHD). De groepstraining bestaat minimaal uit 12 tot 14 bijeenkomsten van anderhalf uur. De duur van de interventie kan afhankelijk van het leertempo en de ernst en/of hardnekkigheid van de problematiek variëren van vijf maanden tot ongeveer anderhalf jaar. De praktijk leert dat jongeren gemiddeld genomen 102 minuten per week behandeld worden voor de duur van 47 weken.

Elke module bestaat uit enkele bijeenkomsten. Eén bijeenkomst kan per keer worden behandeld. Afhankelijk van het leertempo en de responsiviteit kan een jongere hier ook twee of drie keer overdoen (er kunnen ook extra oefeningen worden aangeboden). Een bijeenkomst bestaat uit een redelijk vaste structuur, er wordt begonnen met een vaste vragenronde (o.a. gericht op het valideren en ventileren van de boosheid en het bedenken van oplossingen m.b.t. lastige situaties), het geven van uitleg over het thema van de bijeenkomst, het stellen van enkele inzichtgevende vragen, het doen van oefeningen en het nabespreken van de bijeenkomst. Bedoeling is om hierbij telkens te letten op de leerstijl van de jongere. Als de jongere een doener is, wordt er bijvoorbeeld meer geoefend en wordt uitleg gegeven tijdens het oefenen.

Locatie en uitvoerders

Zie boven.

Inhoud van de interventie

De inhoud van de AROPmaat wordt bepaald door het toepassen van verschillende basisvaardigheden door de behandelaar,

zoals het valideren en het kunnen opschorten van het eigen oordeel, zodat het mogelijk is om een werkaliantie op te bouwen. Daarnaast heeft een jongere altijd bij start van een bijeenkomst de mogelijkheid om situaties in te brengen die boosheid of irritatie hebben opgeroepen. Een jongere kan op die manier zijn gevoelens beter reguleren, maar bedenkt ook met de behandelaar adequate oplossingen / reacties voor als het nogmaals voorkomt. Naast dit onderdeel worden er verschillende modules aangeboden die elk gericht zijn op het behalen van een subdoel. De standaard modules en de geïndiceerde modules worden indien mogelijk in een vaste volgorde aangeboden (zie onderstaand overzicht). Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, heeft immers invloed op de leerbaarheid. Als een jongere bijvoorbeeld nog niet in staat is tot het verminderen van gevoelens van stress, dan zal het werken aan beheersingsvaardigheden minder effect hebben dan wanneer een jongere dit wel kan. In het kader van de responsiviteit kan hier echter van worden afgeweken, bijvoorbeeld als een jongere weerstand toont tegen een specifieke module en een andere wel graag wil doen. De module 'Gezin in beeld' neemt een bijzondere plaats in. De eerste zes hoofdstukken zijn grotendeels bedoeld voor de opvoeder(s) van de jongere. Deze worden aangeboden, zodra bekend is dat een jongere over ca. drie maanden met verlof naar huis gaat. Na deze zes bijeenkomsten, komt de jongere erbij. In gezamenlijkheid wordt er dan voornamelijk gewerkt aan het verbeteren van het contact en het verminderen van onderlinge conflicten.

Overzicht van de modules in de meest wenselijke volgorde:

Pre-behandeling: modules / subdoelen

1. Motiveren en agressieketen (standaard).

Deze module staat in het teken van het motiveren, inzicht krijgen in de eigen agressieketen, veiligheidsmanagement en het opbouwen van een behandelrelatie. In deze module wordt bijvoorbeeld als oefening aan de hand van kaartjes waar gevoelens op staan doorgenomen welke gevoelens bij de jongeren leiden tot / geuit worden in agressie.

N.B. Verslavingszorg of en/of trauma-interventie kan parallel aan de AROPmaat worden ingezet als er sprake is van traumagerelateerde klachten.

Behandeling: modules / subdoelen

Alle modules:

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

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

2. Module Stressreductie, inclusief signaleringsplan (optioneel).

De jongere leert meer greep te krijgen op eigen spanningen en stress en past vaardigheden toe om stress te verminderen. Hierdoor zal de informatieverwerking beter verlopen en neemt het agressieve gedrag af. Er wordt tijdens deze module o.a. gewerkt met diverse ontspanningsoefeningen, bewerkte mindfulness oefeningen en de oefening wisselen van aandacht met als doel het snel verminderen van boosheid / hoge arousal. Bedoeling is dat de jongere minimaal twee tot drie oefeningen kan toepassen en dit ook doet waardoor de chronische stress verdwijnt en spanning gereduceerd kan worden.

3. Module Impulscontrole (optioneel).

De impulscontrole wordt verbeterd door onder andere te werken met bewerkte mindfulness oefeningen gericht op het leren aandacht richten (langer kunnen concentreren). De jongere leert zijn impulsen beter te herkennen en oefent met vaardigheden om deze gemakkelijker te kunnen uitstellen en te beheersen.

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

4. Module Beheersingsvaardigheden (Standaard).

Er wordt geoefend met het toepassen van diverse beheersingstrucs. Hierbij oefent de jongere (in overleg) met triggers die boosheid oproepen. De moeilijkheidsgraad wordt hierbij langzaam opgevoerd. Bedoeling is dat de jongere uiteindelijk minimaal twee trucs kan toepassen die hem helpen zichzelf te beheersen in verschillende situaties die hem agressief gedrag oproepen.

Let op: de module invloed van het denken, start gelijk met de groepsmodule!

5. Module Invloed van het denken (standaard):

Via CGT-technieken wordt er gewerkt aan het verminderen van cognitieve vervormingen. De invloed van het denken op emoties en gedrag wordt uitgelegd (RET) met het model van de vijf G's. De jongere wordt gestimuleerd om helpende gedachten toe te passen in diverse situaties. Ook wordt de jongere uitgedaagd zich te identificeren met iemand die

tegenovergesteld denkt aan zichzelf. Dit helpt om meer flexibiliteit in denken te realiseren.

6. Groepsmodule (standaard):

Er wordt gewerkt met thema's en onderwerpen die bij een groot deel van de AROPmaat-doelgroep extra aandacht behoeven. De thema's waarmee gewerkt wordt zijn enerzijds gebaseerd op de algemene risicofactoren (Andrews & Bonta, 2010), anderzijds zijn het grotendeels thema's die de jongeren zelf hebben uitgekozen en gelabeld als interessant. Als rode draad van de groepsmodule wordt er specifiek aandacht besteed aan het verminderen van cognitieve vervormingen (bijvoorbeeld gerelateerd aan wraak en omgang met beledigende opmerkingen over een familielid) en het verbeteren van oplossingsvaardigheden gerelateerd aan situaties die in de ogen van de doelgroep al snel vragen om het toepassen van geweld. Jongeren oefenen met het praatprogramma (discussiëren over stellingen, bedenken oplossingen en proberen deze uit).

7. Module Juist Waarnemen en Interpreteren (optioneel)

De module is gericht op leren kennen van verschil tussen te snel oordelen en het onderbouwd een mening vormen. Verder is er aandacht voor bewustwording van niet-helpende gedachten die het waarnemen en interpreteren negatief beïnvloeden. Daarnaast wordt er geoefend met het neutraler interpreteren van de bedoelingen van anderen. Bijvoorbeeld door naar een filmfragment te kijken en vervolgens na te denken over mogelijke interpretaties.

8. Module Emotieregulatie (optioneel).

Het doorlopen van deze module draagt bij aan het verminderen van stemmingswisselingen en/of het beter kunnen differentiëren en vormgeven/uiten van emoties die gerelateerd zijn aan boosheid en agressie. De module helpt om emoties beter te leren herkennen (bij de jongere zelf en bij anderen), meer grip te krijgen op emoties en emoties gemakkelijker los te kunnen laten. Een oefening is bijvoorbeeld het leren benaderen van een situatie vanuit het "emotionele denken en het 'verstandige' denken.

9. Module Assertiviteit (standaard).

De jongere leert het verschil kennen tussen subassertief, assertief en agressief reageren. Vervolgens wordt geleerd om conflicten of lastige situaties op assertieve wijze op te lossen en te benaderen door te kijken naar voorbeelden en het zelf uit te proberen. De jongere probeert ook assertieve (niet agressieve) reacties uit na confrontatie met beledigende opmerkingen. Tevens worden er assertieve oplossingen bedacht en uitgetoetst voor gewelddadige gedragingen (delict) die in het verleden hebben plaatsgevonden.

10. Module Conflictantering (optioneel).

In deze module wordt gewerkt aan diverse vaardigheden, die nodig zijn om op een constructieve wijze conflicten te hanteren. Denk aan het adequaat communiceren, omgaan met autoriteiten, omgaan met kritiek. Het leren toepassen van conflictremmers en het leren herkennen van eigen conflictaanagers. De jongere leert eveneens om conflicten of lastige situaties op assertieve wijze te benaderen. Ook wordt aandacht besteed aan het leren herkennen (en daar waar nodig) van eigen conflictstijl aan de hand van verschillende contexten.

11. Module Gezin in Beeld (optioneel)

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

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

Wat moet er minimaal worden gedaan

In principe krijgt de jongere de inhoud aangeboden van de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules en doet hij ook de oefeningen die hierbij horen. Er kunnen extra oefeningen worden gedaan als een jongere meer tijd nodig heeft om de doelen van een module te behalen. Deze staan aan het einde van elke module.

Werving

Aangezien de AROPmaat in een gesloten setting wordt aangeboden is werving geen onderdeel. Als een gesloten inrichting besluit om de interventie aan te bieden, is het noodzakelijk dat de interventie op een goede manier wordt geïmplementeerd.

2.4 Ontwikkelgeschiedenis

Betrokkenheid doelgroep

Tijdens het (door)ontwikkelen van AROPmaat is de doelgroep intensief betrokken. Vooraf zijn er verschillende jongeren (N = 18) benaderd voor het bedenken van voorbeeldsituaties en stellingen. Zo zijn de stellingen waarover gediscussieerd wordt tijdens de groepsmodule allemaal bedacht door de jongeren. Zo ook de conflictsituaties die gebruikt kunnen worden om mee te oefenen. Na de erkenning zijn er drie keer kleine cliëntengroepen (2 tot 4 jongeren) samengesteld die uitgebreid feedback hebben gegeven op het programma nadat zij het hadden doorlopen. Dit heeft bijvoorbeeld geleid tot veranderingen in opzet van het terugvalpreventieplan (simpeler), het veranderen van de plaatjes en gebruik van minder kleur in de werkboeken voor de jongeren (bleek te kinderachtig). Ook zijn er ouders benaderd. Hun feedback heeft ertoe geleid dat er in de module gezin in beeld meer aandacht is besteed aan conflictantering. Hierdoor is het werken met conflictremmers en conflictaanjagers toegevoegd. Verder wordt standaard na het afsluiten van de behandeling aan de jongere gevraagd om een evaluatieformulier in te vullen.

2.5 Vergelijkbare interventies

3. Onderbouwing

3.1 Oorzaken

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag worden verklaard vanuit het transactionele ontwikkelingsmodel (Sameroff & Fiese, 2000). De theorie is gebaseerd op de gedachte dat noch het individu noch de omgeving alleen de ontwikkelingsuitkomst bepaalt. Dit betekent dat chronische agressie volgens deze theorie het product is van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). Zo laten diverse onderzoeken zien dat chronisch agressief gedrag een lange voorgeschiedenis heeft en samenhangt met een combinatie van risicovolle individuele (biologische en psychologische; voornamelijk psychologische factoren, zoals cognitieve en emotionele processen (McGuire, 2008) en gezins- en omgevingsfactoren (gezin, netwerk en leeftijdsgenoten; Andrews & Bonta, 2010; Loeber, Slot, & Stouthamer-Loeber, 2008).

Individuele kindfactoren

Individuele criminogene risicofactoren bestaan uit emotionele, cognitieve, fysieke en sociale factoren die het resultaat kunnen zijn van genetische, fysiologische, neurologische, neuropsychologische en psychosociale kenmerken (Koot et al., 2008). Het blijkt dat voornamelijk individuele risicofactoren, die betrekking hebben op iemands houding en denkwijze (cognitieve vervormingen; Wallinius, Johansson, Lardén, & Dernevik, 2011), direct samenhangen met delinquent gedrag en recidive bij adolescenten vanaf 14 jaar (Van der Put, et al., 2012). Verder is bekend dat ernstig probleemgedrag in de kindertijd en daarna in de adolescentiefase zelden optreedt zonder dat genetische factoren daarin een aandeel hebben. Bij jongeren met agressieproblematiek gaat het onder andere om een tekort aan executieve functies (Koot et al., 2008; Syngelaki et al., 2009). Executieve functies zijn cognitieve processen die nodig zijn om doelgericht, efficiënt en sociaal aangepast gedrag te organiseren in nieuwe, onbekende situaties (Huizinga, 2007). Diamond (2013) verdeelt de executieve functies onder in werkgeheugen, cognitieve flexibiliteit en inhibitie. Ook leiden verstoringen in de sociale informatieverwerking (Andrews & Bonta, 2010; Crick & Dodge, 1994) tot een verhoogde kans op agressief gedrag. Deze kinderen vertonen tekorten en vervormingen in hun sociale informatieverwerking. Jongeren vertonen tekorten en vertekeningen in hun sociale verwerking die normaal gesproken in verschillende stappen verloopt. Grofweg komt het er op neer dat ze het gedrag van de ander niet goed kunnen interpreteren door o.a. cognitieve vervormingen, ze hebben te weinig zelfcontrole en vaak de sociale vaardigheden niet om passend te reageren.

Stoornissen in de sociale verwerking worden overigens versterkt door een tekort aan executieve functies en het onvermogen tot het innemen van perspectief (mentaliseren; Jolliffe & Farrington, 2004). Ook speelt de criminogene risicofactor 'een tekort aan copingvaardigheden' hierbij een rol (Bell & Deater-Deckard, 2007). Het gaat hierbij om copingvaardigheden die een beroep doen op de executieve functies, namelijk het kunnen reguleren van emoties; het kunnen toepassen van oplossingen en passende sociale vaardigheden (Van der Laan & Blom, 2006) en het adequaat omgaan met stress* (Kovacs et al., 2006). Het niet adequaat omgaan met (chronische) stress belemmert de ontwikkeling van de zelfregulatie.

Gezins- en omgevingsfactoren

Negatieve ouder-kind interacties vergroten het risico op het ontwikkelen en in stand houden van agressief gedrag (e.g., Kawabata, Alink, Tseng, Van IJzendoorn, & Crick, 2011). Uit het onderzoek van Van Doorn, Branje en Meeus (2008) kwam bovendien naar voren dat adolescenten die veel conflicten met hun ouders rapporteerden, hogere niveaus van delinquent en agressief gedrag lieten zien dan adolescenten die aangaven weinig conflicten met hun ouders te hebben. Verder blijkt dat de kwaliteit van ouder-kind relaties vooral tijdens de adolescentiefase samenhangt met de mate van delinquent en agressief

gedrag van jongeren (Hoeve et al., 2009; Keijsers et al., 2011).

Als de relatie met opvoeders slecht is en er geen positieve ondersteuning van een andere volwassene aanwezig is, dan is dit een extra risicofactor (Scholte, Van Lieshout, & Van Aken, 2001) voor het ontwikkelen van gedragsproblemen, waaronder agressief gedrag.

Uit Nederlands onderzoek blijkt dat het hebben van een deviante vriendengroep verband heeft met het tonen van delictgedrag (Rakt et al., 2005). Het hebben van een deviante vriendengroep versterkt de (al aanwezige) problematiek (Vitaro, Brendgen, & Tremblay, 2000). Delinquente jongeren overtreden de wet zelden alleen. Co-offending is inherent aan delinquentie (met agressieproblematiek) bij jongeren, zij zijn dus gevoelig voor groepsdruk.

Verder blijkt de aanwezigheid van schulden op latere leeftijd en problematisch middelengebruik een risicofactor te zijn (Fischer et al., 2012).

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

3.2 Aan te pakken factoren

Het transactionele ontwikkelingsmodel gaat ervan uit dat de kans op chronische agressie steeds groter wordt als er meer dan één stressfactor en/of criminogene risicofactor aanwezig is. Elke extra stressfactor of criminogene risicofactor vergroot de kans sprongsgewijs op het ontwikkelen van (ernstige) agressieproblematiek (Murray & Farrington, 2010). De draaglast wordt dan namelijk steeds kleiner, tenzij er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de draaglast te compenseren. In de meeste gevallen bestaan beschermende factoren uit het tegengestelde van risicofactoren: het risico is afwezig of er is sprake van een positieve tegenhanger.

Dit betekent dat AROPMaat zowel gericht is op het verminderen van dynamische (veranderbare) criminogene risicofactoren (DCRF) als het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren (Loeber et al., 2008). Hieronder wordt kort beschreven welke criminogene risicofactoren worden aangepakt. Per factor wordt benoemd welke modules er worden ingezet om een factor te verminderen of te versterken.

De aanwezigheid van een antisociale vriendenkring: de jongere leert in de module Assertiviteit weerbaarder te worden tegen de negatieve invloed van leeftijdgenoten.

Het aanwezigheid van een negatieve interactie (teveel aan conflicten en slecht contact) met opvoeder(s): de module Gezin in beeld.

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen: die leiden tot negatieve emoties en/of agressief gedrag: de module Invloed van het denken.

De aanwezigheid van sociale vaardigheden gericht op conflicthantering (ook beschermend): de groepsmodule en Module Conflicthantering.

De aanwezigheid van een stoornis in de sociale informatieverwerking: er wordt gewerkt aan het verbeteren van de verschillende stappen die doorlopen worden tijdens het verwerken van sociale informatie. Dit wordt gedaan tijdens de groepsmodule, module Juist waarnemen en interpreteren, Module Assertiviteit, en de Module Conflicthantering.

De aanwezigheid van executief disfunctioneren (vooral gericht op een beperkte impulscontrole en emotieregulatie en een tekort aan oplossingsvaardigheden): de modules Stressreductie, Impulscontrole, Behersingsvaardigheden, en Emotieregulatie.

3.3 Verantwoording

Om zorg te dragen voor een effectieve behandeling heeft de AROPMaat relevante interventie-onderdelen geïntegreerd die uit verschillende meta-analyses als recidive-verlagend naar voren komen bij adolescenten met (ernstige) agressieproblematiek. Zo is de interventie gebaseerd op de RNR principes (risk-need-responsivity; Andrews & Bonta, 2010) die leiden tot significant meer recidivevermindering in vergelijking tot interventies die geen gebruik hebben gemaakt van deze principes (Bonta & Andrews, 2007).

Volgens de RNR-principes is het van belang dat de intensiteit van de behandeling (frequentie en duur) is afgestemd op het recidiverisico (risicoprincipe). Dit betekent dat de behandeling van cliënten met een hoog recidiverisico vraagt om een meer intensieve en langdurige behandeling in vergelijking tot cliënten met een matig recidiverisico. Daarnaast dienen de behandeldoelen gerelateerd te zijn aan de dynamische criminogene risicofactoren (behoefteprincipe) die een rol spelen bij de cliënt. Dit kan dus bijvoorbeeld betekenen dat een cliënt met ernstige agressieproblematiek ook behandeling moet krijgen aangeboden gericht op het verminderen van traumagerelateerde klachten, ADHD en problematisch middelengebruik. Vervolgens is het relevant dat er rekening wordt gehouden met de ontvankelijkheid van een individu voor een bepaalde interventie (Menger & Krechtig, 2008; Verdonck & Jaspaert, 2009; responsiviteitsbeginsel). Het responsiviteitsbeginsel is onder te verdelen in algemene en specifieke responsiviteit. Algemene responsiviteit is gericht op het toepassen van technieken die bij een soortgelijke AROPMaat-doelgroep effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2007). Specifieke responsiviteit staat voor het

zorgdragen voor een goede werkaliantie en afstemming tussen de jongere en de behandelaar (Menger & Krechtig, 2008). Om dit te realiseren is het van belang dat je als behandelaar kijkt naar de persoonlijkheid (Van den Hurk & Nelissen, 2004), de intellectuele cognitieve en sociale (on)mogelijkheden (Verdonck & Jaspaert, 2009), de aard van de problematiek (Bonta & Andrews, 2007), de behandelmotivatie en de leerstijl van de jongere (Menger & Krechtig, 2008).

ARopMaat bestaat verder grotendeels uit een intensief individueel behandelaanbod (Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey, Landenberger, & Wilson, 2007; McGuire, 2008) en werkt met elementen uit de cognitieve gedragstherapie (CGT; Lipsey, 2009; Litschge, Vaughn, & McCrea, 2010). Naast het bieden van CGT-elementen wordt veel nadruk gelegd op doe-opdrachten, onder andere aan de hand van aangepaste mindfulness-oefeningen (gericht op bewustwording, ontspanning en het focussen van de aandacht). Er is veel aandacht voor het verbeteren van executieve functies (Syngelaki et al., 2009). Dit gebeurt door te werken aan stressreductie (Deffenbacher, 2011), een verbeterde impulscontrole en emotieregulatie (Landenberger & Lipsey, 2005). Om de responsiviteit (ontvankelijkheid) voor de interventie te vergroten, wordt er geprobeerd belemmerende factoren, zoals demotivatie, wantrouwen, aandachtstekort en een geringe impulscontrole, positief te beïnvloeden. Voor het verminderen van demotivatie en wantrouwen is het aangaan van contact, het opbouwen van een werkbare behandelrelatie en het valideren (empathie tonen en het onder woorden brengen wat de ander voelt en denkt (Linehan et al., 1999) essentieel. Daarnaast wordt er aandacht besteed aan het vergroten van het geloof in eigen kunnen (Bandura, 1997).

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de ARopMaat

De RNR-principes zijn zo vormgegeven dat er enerzijds een behandeling op maat kan worden aangeboden die aansluit bij de problematiek en leerstijl van een jongere, en anderzijds gebruik maakt van werkzame elementen (wat blijkt uit diverse meta-analyses).

A: Risicobeginsel

Het is van belang dat de behandelaar met dit instrument ontrafelt hoe de verschillende criminogene risico- en protectieve factoren op elkaar hebben ingespeeld en hebben geleid tot een matig of hoog risicoprofiel. Aan de hand van de uitkomst, wordt de intensiteit van de behandeling bepaald.

B: Behoeftebeginsel

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

C. Responsiviteitsbeginsel

Algemeen responsiviteitsprincipe

Om zorg te dragen voor de algemene responsiviteit maakt de ARopMaat gebruik van technieken die bij een soortgelijke ARopMaat-doelgroep effectief blijken te zijn (Andrews & Bonta, 2010) en dus leiden tot het realiseren van de doelen. Hieronder wordt beschreven om welke technieken het gaat:

a. Cognitief Gedragstherapeutische Elementen (CGT-elementen)

Uit verschillende meta-analyses en studies over het behandelen van (ernstige) agressieproblematiek blijkt dat jongeren responsief zijn voor een behandelaanbod met cognitieve gedragstherapeutische (CGT) elementen (e.g. Foolen, Ince & de Baat, 2012; Lipsey, Landenberger & Wilson, 2007; Litschge, Vaughn, & McCrea, 2010).

De belangrijkste werkzame CGT-elementen zijn het kunnen herkennen van cognitieve vervormingen (irrationele gedachten) in combinatie met het aanleren van helpende gedachten, het werken aan probleemoplossingsvaardigheden (Blake & Hamrin, 2007) en het toepassen van dramatherapeutische technieken, waaronder rollenspellen (Lipsey, 2009). Verder blijkt dat het werken aan de executieve functies relevant is, onder andere door stressreductie (Deffenbacher, 2011), een verbeterde impulscontrole en emotieregulatie (Landenberger & Lipsey, 2005).

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

Om stressreductie te realiseren wordt er o.a. gewerkt met (bewerkte) elementen uit de mindfulness-based-stress-reduction (MBSR), deze is ontwikkeld door Kabat-Zinn (1998). Mindfulness heeft als doel het verminderen van stress door het leren richten van de aandacht (focussen) en het bewust worden van dat wat je waarneemt en doet. Hierdoor heeft mindfulness in potentie een gunstige invloed op het werkgeheugen en een verminderd vermogen tot inhibitie. Uit onderzoek van Davidson et al. (2003) blijken mindfulness oefeningen te leiden tot het verbeteren van stemmingen en volgens Chiesa en Serretti (2009) leidt het tot een vermindering van stress. Tevens zijn er recent enkele single-subject studies uitgevoerd waarin gesteld wordt

dat mindfulness een reducerende werking zou hebben op boosheid en agressie (Deffenbacher, 2011). Het is echter nog veel te vroeg om te spreken over generaliseerbare effect-sizes (Fix & Fix, 2013).

Verandering ontstaat door het geven van inzicht en het toepassen van ervaringsgerichte oefeningen (rollenspellen, relaxation, mindfulness), er wordt dan concreet geoefend met diverse vaardigheden, zoals het innemen van verschillende perspectieven, rolleving in een persoon die tegenovergesteld denkt aan de jongere, ontspanningsoefeningen, oefeningen ter beheersing van de impulsen, imaginatie oefeningen en het oefenen met het toepassen van helpende-gedachten.

Specifieke responsiviteitsprincipe

a. Sensitief voor een responsief aanbod

ARopMaat bestaat verder grotendeels uit een intensief individueel behandelaanbod (Landenberger & Lipsey, 2005; Lipsey, Landenberger, & Wilson, 2007; McQuire, 2008). Dit blijkt effectiever en maakt het makkelijker om responsief te behandelen. ARopMaat voldoet aan het specifieke responsiviteitsprincipe door het werkmateriaal en de inhoud van de behandeling af te stemmen op de behandelmotivatie, cognitieve capaciteiten, leerstijl en leertempo van de jeugdige. Het werkmateriaal is bijvoorbeeld geschikt voor zowel jeugdigen met een lage intelligentie als voor jeugdigen met een hoge intelligentie.

Rollenspellen kunnen variëren in moeilijkheidsgraad, bovendien worden er in de modules diverse oefeningen beschreven voor het behalen van hetzelfde subdoel. De behandelaar kiest samen met de jeugdigen voor oefeningen die het beste aansluiten op de leerstijl en interesses. De duur van de module wordt bepaald door het leertempo van de jeugdige. Tevens kan worden gekozen voor verschillende thuisopdrachten, wederom afhankelijk van leerstijl en de hulpvraag.

b. Verbeteren van zelfeffectiviteit

De theorie van Bandura (1997) wordt als onderdeel ingezet om verandering te bereiken. Bandura stelt dat verbetering in 'zelfeffectiviteit' een belangrijk mechanisme is voor het veranderen van gedrag. Een goede en realistische zelfeffectiviteit vergroot de leerbaarheid, waardoor nieuw gedrag gemakkelijker aan te leren is. Zelfeffectiviteit gaat over het geloof in het eigen kunnen op het gebied van de zelfregulatie en de mate van motivatie. Zelfeffectiviteit wordt gevormd door ervaring, sociale modellen, kerngedachten, de mate van ervaren stress en negatieve emoties (Bandura, 1997).

c. Doorlopend motiveren

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

1. Het aangaan van contact en het opbouwen van een werkaliantie.
2. Er wordt aangesloten bij het eigenbelang van de jongere. Tot welke nadelen leidt het agressieve gedrag voor de jongere?
3. Er wordt actief met de jongere gezocht naar motivatoren (redenen die voor de jongere kloppen en maken dat het volgen van de ARopMaat als voordelig wordt gezien).
4. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit.

3.4 Werkzame elementen

1. Toepassen van het RNR-model (Andrews & Bonta, 2010; Hoogsteder et al., 2015).
2. Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie / werkaliantie.
3. Valideren (empathie tonen en oordeelsvrij benoemen wat de ander voelt en denkt; Linehan et al., 1999).
4. De behandelaar is in staat zijn/haar waardeoordeel op te schorten als dit nodig is om te voorkomen dat de jongere zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met deze denkwijze.
5. Doorlopend motiveren door het toepassen van de ARopMaat-motivatietechnieken.
6. Het kunnen herkennen van cognitieve vervormingen (irrationele gedachten) in combinatie met het aanleren van helpende gedachten (CGT-techniek).
7. Het werken aan probleemoplossingsvaardigheden (Blake & Hamrin, 2007). De jongere wordt elke bijeenkomst gestimuleerd om over mogelijke oplossingen na te denken (CGT-techniek).
8. Het aanbieden van ervaringsgerichte oefeningen (dramatherapeutische technieken, denk aan rollenspellen; Andrews & Bonta, 2010; Landenberger & Lindsey, 2005).
9. Grotendeels individueel behandelaanbod (Lipsey, Landenberger, & Wilson, 2007; McQuire, 2008).
10. Toepassen van bewerkte mindfulness-oefeningen (gericht op bewustwording, ontspanning en het focussen van de aandacht).
11. Veel aandacht voor verminderen van executieve functies, waaronder stressreductie (Deffenbacher, 2011) en

impulscontrole.

4. Uitvoering

4.1 Materialen

De interventie is ooit beschreven volgens de richtlijnen van de Justitiële Erkeningscommissie en bevat om die reden verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding.
2. Handleiding voor de behandelaar gericht op de individuele modules. Deze handleiding bevat ondersteunende informatie over het aanbieden van de individuele modules en de module gezin in beeld.
3. Handleiding voor de behandelaar gericht op de groepsmodule.
4. Een werkboek voor jongeren met daarin opgenomen de standaard modules (intake en motivatie, agressieketen, beheersingsvaardigheden, invloed van het denken, groepsmodule en assertiviteit).
5. Een werkboek voor jongeren met daarin opgenomen de optionele modules (stressreductie, impulscontrole, juist waarnemen en interpreteren, emotieregulatie en gezin in beeld).
6. Managementhandleiding. Deze handleiding biedt zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord.
7. Opleidingshandleiding. Deze handleiding beschrijft de nodige eisen omtrent de opleiding en competenties. Eveneens wordt in deze handleiding het aanbod van de driedaagse basisopleiding voor toekomstige AROPmaat-behandelaren beschreven.
8. Mentale weerbaarheidstraining. Deze training kan aangeboden worden aan groepsleiders en andere begeleiders van de jongeren. Zij leren hoe zij op professionele wijze kunnen reageren op het agressieve gedrag van jongeren en hoe zij ondersteuning kunnen bieden in het minderen van het probleemgedrag.

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

4.2 Type organisatie

AROPmaat is bedoeld voor jongeren die verblijven in een residentiële voorziening. Concreet gaat het over Justitiële Jeugdinrichtingen en Jeugdzorg Plus instellingen. De interventie kan eventueel ook door een ambulante forensische zorginstelling worden aangeboden door gecertificeerde behandelaars die voor de behandeling naar de locatie komen.

4.3 Opleidingen en competenties

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

Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

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

De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het geven van trainingen en/of het behandelen van jongeren met ernstige agressieproblematiek;

? De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directe) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen, hierbij zijn sensitiviteit, geduld en doorzettingsvermogen relevant;

? De behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder het valideren (o.a. tonen van empathie);

? De behandelaar kan zijn/haar eigen waardeoordeel opschorten als dit nodig is om te voorkomen dat de jongere zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met een antisociale denkwijze;

? Ervaring in het toepassen van dramatherapeutische technieken is een pre. Mocht dit niet het geval zijn, dan is het belangrijk om na te gaan of een behandelaar geen problemen heeft met het doen van rollenspelen en andere doe-opdrachten.

4.4 Kwaliteitsbewaking

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

1. Per inrichting / kliniek wordt een programmaverantwoordelijke (PV) aangesteld die verantwoordelijk is voor de programma-

integriteit. De PV volgt jaarlijks minimaal twee PV-dagen en krijgt naar behoefte begeleiding van de ontwikkelaar;

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

4.5 Randvoorwaarden

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

1. Per inrichting / instelling zijn minimaal twee AROPmaat-behandelaren actief;
2. De AROPmaat-behandelaren voldoen aan de minimale eis om vier uur per week AROPmaat aan te bieden (indirecte en directe uren);
3. De AROPmaat-behandelaren dienen indirecte tijd (zie paragraaf over de kosten) te krijgen voor het afstemmen met de behandelverantwoordelijke en overige begeleiders (groepsleiders) en behandelaren in de inrichting;
4. De PV krijgt twee tot drie uur per week extra tijd voor het verrichten van ondersteunende werkzaamheden, zoals het begeleiden van beginnende AROPmaat-behandelaren (naast de intervisie), het zorgdragen voor de (interne) PR, het laten invullen van nul- en eindmetingen en evaluatieformulieren (ROM-en);
5. De behandelingsruimte moet groot genoeg zijn om met de behandelaar/behandelaren en de jongere(en) rondom tafels te kunnen zitten. Dit is vooral een issue als het gaat om het groepsonderdeel. Daarnaast moet ruimte zijn voor het doen van de verschillende oefeningen.
6. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen.
7. Voor elke deelnemer is er werkmateriaal (de modules), schrijfwaar en papier.
8. Er zijn een fysiobal, gevoelswereldspel, kwaliteitspel en vaardighedenspel aanwezig. Daarnaast enkele gezelschapsspelen, waaronder Jenga, vieropeenrij.

4.6 Implementatie

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:

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

Ondersteuning tijdens de opstartfase:

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden door behandelaren als zij de basisopleiding hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken immers al over behandelervaring, bovendien bieden de modules en de handleidingen voldoende houvast. In de opstartfase is het echter wel essentieel dat de behandelaar vaker werkbegeleiding aanbiedt en dat er tweewekelijks intervisie plaatsvindt, zodat de behandelaar het materiaal voldoende leert kennen en kan toepassen. In deze periode is er rekening gehouden met extra begeleiding vanuit de ontwikkelaar aan de programmaverantwoordelijke voor het beantwoorden van alle vragen. Ook is er een terugkomdag na drie maanden voor alle

behandelaren waarin aandacht is voor de vragen en ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan.

4.7 Kosten

Totale tijdsinvestering (personele kosten) van een AR-behandelaar per jongere is:

Behandelduur (directe tijd) X 1,75 (indirecte tijd, zoals voorbereiding, verslaglegging, evalueren, intervisie, overdracht en afstemming met groepsworkers, hoofdbehandelaar en mede-behandelaren en reclassering als deze in beeld komt = ..

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

Extra tijdsinvestering programma-verantwoordelijke:

Een PV besteedt naast de kosten die gemaakt worden als AR-behandelaar (zie hierboven) in het eerste jaar drie uur per week aan extra taken (zoals zorgdragen voor werkbegeleiding en PR). Daarna twee uur per week. Dit betekent dat er het eerste jaar rekening moet worden gehouden met de volgende kosten:

3 uur X 48 weken X uurloon bruto met alle werkgeverslasten = ..

Kosten opleiding

Het kost 575 euro (exclusief btw) per persoon om iemand te certificeren in ARopMaat. Er kan ook een incompany opleiding worden aangeboden. Deze kost 4000 euro (exclusief btw). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de opleiding (ontwikkelaar of een ervaren PV) door één trainer wordt aangeboden aan een groep die niet groter is dan tien personen. De behandelaar is drie dagen kwijt (uit de productie door het volgen van deze opleiding). Daarna gaat het jaarlijks om het volgen van een booster. Dit kost per groep 900 euro (exclusief btw) of als er aangesloten wordt bij een reguliere training voor diverse instellingen 150 euro per persoon (exclusief btw).

Kosten materiaal

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

6. Onderzoek naar effectiviteit

6.1 Onderzoek in Nederland

Onderzoek naar de uitvoering

A. Uitvoering van de gedragsinterventie Agressie Regulatie op Maat.

Beerthuizen, M.G.C.J., de Wied, M.A., & Orobio de Castro, B.

Universiteit van Utrecht in opdracht van het WODC

2011

B. Het betreft kwalitatief onderzoek waarbij ingegaan wordt op de volgende twee onderzoeksvragen:

- 1). Waarom wordt Agressie Regulatie op Maat zo weinig uitgevoerd binnen de JJI's?
- 2). Welke belemmeringen worden er gevonden voor een goede uitvoering van de interventie?

C. In het rapport wordt beschreven dat de ARopMaat in 2009 en 2010 binnen de JJI's (met uitzondering van De Doggershoek) nog nauwelijks is geïmplementeerd. Dit lijkt vooral te wijten aan de lage instroom binnen de JJI's en de onrustige tijd door de invoering van de nieuwe basismethodiek en de (dreigende) sluiting van diverse instellingen. Volgens de onderzoekers heeft het echter ook te maken met een onduidelijke taakverdeling bij de uitvoering van de ARopMaat, onduidelijkheid over de verhouding tot de basismethodiek en onduidelijkheid over de afstemming van vervolgotrajecten na verblijf in de JJI's. Genoemde belemmeringen die gerelateerd zijn aan de ARopMaat, zijn o.a. de interventieduur (doordat er relatief veel jongeren maar kort verblijven in de inrichting, wordt het maar aan een hele kleine groep aangeboden), de achterdocht van de doelgroep, de complexiteit van de handleidingen en het responsief behandelen (dit leidt tot vrijblijvendheid, verschil in interpretatie over de uitvoering). In het onderzoek wordt gesteld dat de instroom en de implementatiekwaliteit van ARopMaat voorsnog te laag is voor het doen van een procesonderzoek en effectonderzoek in verschillende JJI's. Voldoende instroom en een goede programma-integriteit kan volgens hen wel worden gerealiseerd. Bijvoorbeeld als de JJI's een betere screening toepassen voor het indiceren en door het aanbieden van een intensievere opleiding (is inmiddels gerealiseerd).

A. De programma-integriteit en de doeltreffendheid van de AR op Maat. Onderzoeksrapport voor de (voormalige) Erkenningscommissie Justitie over de uitvoering van de doeltreffendheid van de AROPmaat om te kunnen beoordelen of een verlenging van de erkenning geëigend is.

Hoogsteder, L.M. & Stams, G.J.J.M.

Go op Maat!

2012 en 2013

B. Dit onderzoek betreft een procesonderzoek in combinatie met een onderzoek naar de doeltreffendheid van de AROPmaat. Tijdens het procesonderzoek is getoetst of er voldaan is aan alle randvoorwaarden. Hierbij werd uitgebreid stilgestaan bij de wijze van instroom (en uitval), de vraag of de beoogde doelgroep daadwerkelijk is bereikt en of de behandelaars voldeden aan de opleidingseisen. Ook is onderzocht of in voldoende mate aan de programma-integriteit was voldaan. Om de programma-integriteit te beoordelen is onder andere stilgestaan bij de gebruikte behandelmethoden, de duur van de bijeenkomsten, de fasering en intensiteit van het programma, de behandelde thema's, en de wijze waarop de handleiding werd gehanteerd. Voor beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van meerdere methoden gebruikt, namelijk vragenlijsten / interviews met jongeren en behandelaars over uitgevoerde therapie sessies, observaties van individuele bijeenkomsten en groeps sessies (steekproefsgewijs), de analyse van gegevens van de selectie-instrumenten en de uitkomst van de reguliere evaluatieformulieren die bij de interventie horen om de programma-integriteit te kunnen waarborgen. Om de doeltreffendheid te beoordelen werden diverse valide testinstrumenten gebruikt (zowel zelfrapportage als lijsten die werden ingevuld door groepsleiding en de behandelcoördinator).

De informatie die in dit onderzoek wordt weergegeven, is gebaseerd op gegevens die in JJI De Doggershoek zijn verzameld in de periode van januari 2007 tot en met februari 2011. Er werden hierbij 63 jongeren betrokken en zes AROPmaat-behandelaars.

C. Samenvattend kan worden gesteld dat er aan de randvoorwaarden was voldaan, de AROPmaat werd aangeboden aan de beoogde doelgroep en dat de programma-integriteit in orde was. Uit de beoordeling van de uitvoering van de therapie sessies kwamen weinig aandachtspunten naar voren. Een enkele keer werd duidelijk dat de behandelaar vaker rollenspelen en ervaringsgerichte opdrachten had moeten aanbieden of meer had moeten valideren.

De uitkomst van de evaluatieformulieren die aan het einde van de behandeling werden ingevuld, geven een indruk over de programma-integriteit op metaniveau. Gemiddeld genomen gaven de jongeren de AROPmaat een 7.3 (SD 1.066). Uit deze formulieren bleek dat alle jongeren (n = 60) vonden dat er was voldaan aan de basiskennmerken van de interventie, denk aan het valideren, evalueren en het doen van ervaringsgerichte oefeningen. Ook uit de evaluatielijsten die door de behandelaars waren ingevuld, bleek dat de programma-integriteit voldoende was. Wel kwam naar voren dat in bijna een kwart (n=13; 23,6%) van de behandelingen onvoldoende overdracht plaatsvond tussen de AR-behandelaar en de andere behandelaars van de jongere. Verder werd als verbeterpunt genoemd (n=9; 16,3%) dat de mentor van de leefgroep, de jongere niet of onvoldoende heeft ondersteund in het werken aan leerpunten die nodig waren om AR-doelen beter te realiseren.

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

Onderzoek naar behaalde effecten

A. Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART).

Hoogsteder, L.M., Kuijpers, N., Stams, G.J.J.M., van Horn, J.E., & Hendriks, J.

Universiteit van Amsterdam

2014

B. Dit onderzoek betreft een evaluatieonderzoek naar de effecten van AROPmaat in een residentiële setting. Hierbij werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign.

Er is gebruik gemaakt van diverse meetinstrumenten, namelijk:

1. De Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY; Lodewijks, de Ruiters, & Doreleijers, 2003). Dit is een risicotaxatie instrument voor de residentiële setting om de kans op algemeen gewelddadig gedrag bij adolescenten in te schatten en werd tijdens het onderzoek door de behandelcoördinator ingevuld (dit was niet de AROPmaat-behandelaar, maar wel een gedragsdeskundige);
2. Het aantal agressie-incidenten werden gegenereerd uit het justitiële registratiesysteem TULP-Jeugd en de reguliere incidentenregistratie-formulieren;
3. De Buss-Durkee Hostility Inventory-Dutch (BDHI-D; Lange, Hoogendorn, Wiederspahn, & De Beurs, 2005) werd gebruikt om hostiliteit en de neiging tot agressief gedrag te meten;

4. De AR-lijst (Hoogsteder, 2014) is een gevalideerde lijst om in kaart te brengen in hoeverre een jongere beschikt over vaardigheden die gerelateerd zijn aan zelfcontrole en assertiviteit;
5. De Utrechtse Coping Lijst (UCL: Schreurs, Willige, Brosschot, Tellegen, & Graus, 1993) werd gebruikt om coping-gedrag te meten;
6. De Lijst Irrationale Gedachtes (LIG; Hoogsteder, Wissink et al., 2014) en de Hoe ik Denk (HID; Barriga, Gibbs, Potter, & Liao, 2001; Nas, Brugman, & Koops, 2008) werden ingezet om verschillende cognitieve vervormingen te kunnen meten die leiden tot subassertief gedrag, wantrouwen, agressie of antisociaal gedrag.

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

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

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

82,5% van de jongeren uit de experimentele groep vond dat ze door de behandeling minder vaak boos of geïrriteerd waren. 90,5% zegt dat de AROPmaat geholpen heeft. 74,6% denkt dat zij nu niet of minder vaak in aanraking zullen komen met politie/justitie.

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

A. Agressie Regulatie op Maat: Een Evaluatie Studie in een Justitiële Jeugdinstelling met harde uitkomstmaten.
Hoogsteder, L.M., Stams, G.J.J.M., & Bonnes, D.
Universiteit van Amsterdam.
Het artikel wordt begin 2016 ter publicatie aangeboden.

B. Dit onderzoek betreft een evaluatieonderzoek naar de effecten van AROPmaat in een residentiële setting in termen van (risico op) recidive. Hierbij werd gebruik gemaakt van een quasi-experimenteel onderzoeksdesign.

Er is gebruik gemaakt van twee meetinstrumenten, namelijk:

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

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

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

De resultaten van het onderzoek toonden aan dat de AROPmaat-groep significant beter scoorde dan de TAU-groep op risico van geweldsrecidive bij nameting. De daadwerkelijke geweldsrecidive verminderde significant bij geweldsdelicten na twee en drie jaar. Ook werd er een significant effect gevonden bij vermogensdelicten (na twee jaar) en algemene recidive na een follow-up van een, twee en drie jaar. Na een follow-up van drie jaar is te zien dat de AROPmaat-groep ruim de helft minder recidiveerden (24.6%) met geweldsdelicten (AROPmaat-groep: 23.8%; TAO-groep: 53.6%). Voor algemene recidive was het gevonden verschil nog groter, namelijk 34.2%. AROPmaat leidde echter geenszins tot vermindering van vermogensdelicten met geweld. Het onderzoek toonde eveneens aan dat de gerecidiveerde jongeren uit de experimentele groep in een periode van drie jaar significant minder delicten pleegden dan de gerecidiveerde jongeren uit de controlegroep. Echter, er werd geen significant verschil gevonden in ernst van de gepleegde delicten onder de gerecidiveerde jongeren van beide groepen. Wel bleek het effect van AROPmaat niet afhankelijk te zijn van etniciteit, leeftijd en intelligentie. Met andere woorden allochtone en autochtone jongeren profiteerden evengoed van het inhoudelijke aanbod. Ook maakte het voor de resultaten niet uit of jongeren tussen de 16 en 18 jaar zijn of tussen de 18 en 21 jaar waren. Ten slotte bleek AROPmaat zowel voor jongeren met een LVV (IQ-score tussen de 70-85 en problemen met de zelfredzaamheid) te werken als voor jongeren zonder een LVV. Dit onderzoek is een eerste verkenning over de effecten van AROPmaat. Aangezien het onduidelijk is of de resultaten te generaliseren zijn, dienen de resultaten met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. De resultaten van dit onderzoek zijn echter veelbelovend, zeker omdat het verschil in geweldsrecidive en algemene recidive tussen beide groepen erg groot is. De power is vrij klein om moderator effecten op te sporen. Dit kan geleid hebben tot een onderschatting van de effecten.

7. Overige informatie

7.1 Ontwikkeld door

Dr. Larissa Hoogsteder
Hoofd Behandelzaken Jeugd en Agressie en Vermogen
De Waag, onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten
Oudlaan 9
3515 GA Utrecht
Tel.: 06-29082293
E-mail: lhoogsteder@dewaagnederland.nl
Info: www.dewaagnederland.nl

7.2 Websites

www.behandelingopmaat.nl

8. Aangehaalde literatuur

- Aguilar, B., Sroufe, L.A., Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early-onset/persistent and adolescent-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and Psychopathology*, 12, 109-132.
- Anderson, C.A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). *Rehabilitating criminal justice policy and practice*. Psychology, Public Policy, and Law. Vol. 16(1), 39-55. Ottawa: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy; the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Barriga, A.Q., Gibbs, J.C., Potter, G.B., & Liau, A.K. (2001). *How I Think (HIT) Questionnaire manual*. Champaign, IL: Research Press.
- Beerhuizen, M.G.C.J., De Wied, M.A., & Orobio de Castro, B. (2011). *The implementation of the Responsive Aggressive Regulation Therapy for Juveniles*. Utrecht: WODC.
- Bell, M. A., & Deater-Deckard, K. (2007). Biological systems and the development of self-regulation: Integrating behavior, genetics, and psychophysiology. *Journal of Deviant Behavior Pediatrics*, 28, 409-420.
- Blake, C.S., & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 209-221.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. (User Report

- 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Borum, R. Bartel, P., & Forth, A. (2002). *Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Tampa: University of South Florida.
- Brand, E.F.J.M., a'Campo, A.M.G., Hurk, van den, A.A. (2013). 15 jaar PIJ-ers in beeld: Kenmerken en veranderingen van jeugdigen die de PIJ-maatregel opgelegd kregen in de periode 1995-2010. *Dienst Justitiële Inrichtingen*: Den Haag.
- Chiesa A., & Serretti A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2009, 15, 593-600.
- Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74 - 101.
- Coccaro. E.F., Lee. R., & McCloskey. M.S. (2014). Relationship between Psychopathy, Aggression, Anger, Impulsivity and Intermittent Explosive Disorder. *Aggressive Behavior*, 40, 526-536.
- Davidson, R.J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Deffenbacher, J.L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 212-221.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.
- Fischer, T.F.C., Captein, W.J.M., Zwirs, B.W.C. (2012) *Gedraginterventies voor volwassen justitiabelen*. Erasmus Universiteit Rotterdam en WODC. Boom Lemma: Den Haag.
- Fix, R.L. & Fix, S.T. (2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 219-227.
- Foolen, N., Ince, D., & Baat, M. de (2012). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Garrido, V., & Morales, L. A. (2007). Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treat. *Campbell Systematic Reviews* 2007:7.
- Gatti, U., Tremblay, R.E., & Vitaro, F. (2009) Iatrogenic effect of juvenile justice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(8), 991-998.
- Granic, I., & Patterson, G.R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: a dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113, 101-131.
- Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., Van der Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775.
- Hoogsteder, L.M. (2014). *Coming on strong: Is Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) a promising intervention?* (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Hoogsteder, L.M., Hendriks, J., Horn, van, J., & Wissink, I. (2012). *Agressie Regulatie op Maat: een evaluatiestudie in een justitiële jeugdinrichting*. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 51, 481- 493.
- Hoogsteder, L.M., Horn, van, J.E., Stams, G.J.J.M., Wissink, I.B., & Hendriks, J. (2015). The relationship between the level of program integrity and pre-post-test changes of Responsive Aggression Regulation Therapy (re-ART) Ambulant: a pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. doi: 10.1177/0306624X14554828
- Hoogsteder, L.M., Kuijpers, N., Stams, G.J.J.M., Horn, van, J.E., & Hendriks, J. (2014). Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 25-35.
- Hoogsteder, L.M. & Stams, G.J.J.M. (2012 en 2013) *De programma-integriteit en de doeltreffendheid van de ARopMaat*. *Onderzoeksrapport voor de (voormalige) Erkenningscommissie Justitie over de uitvoering de doeltreffendheid van de ARopMaat om te kunnen beoordelen of een verlenging van de erkenning geëigend is*. Castricum: Go op Maat!
- Hoogsteder, L.M., Stams, G.J.J.M., & Bonnes, D. (2016) *Agressie Regulatie op Maat: Een Evaluatie Studie in een Justitiële Jeugdinrichting met harde uitkomstmaten*. Manuscript submitted for publication.
- Hoogsteder, L.M., Wissink, I.B., Stams, G.J.J.M., Horn, van, J.E., & Hendriks, J. (2014) A validation Study of the Brief Irrational Thoughts. *Inventory Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 32, 216-232.
- Huizinga, M. (2007). De ontwikkeling van executieve functies tussen kindertijd en jongvolwassenheid. *Neuropraxis* 3, 74-82.
- Hurk, A. A., van den, & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What Works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 441-476.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T.G., Hosmer, D., & Bernhard, J. (1998). Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kawabata, Y., Alink, L. R., Tseng, W. L., Van IJzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31(4), 240-278.
- Keijsers, L., Loeber, R., Branje, S., & Meeus, W. (2011). Bidirectional links and concurrent development of parent-child

relationships and boys' offending behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 878-889.

Koot, H. M., Oosterlaan, J., Jansen, L. M., Neumann, A., Luman, A., & Lier, P. A. C. van (2008). Individual factors. In R. Loeber, N. W. Slot, P. H. van der Laan & M. Hoeve (Eds.), *Tomorrow's criminals - The development of child delinquency and effective interventions* (pp. 75-89). Farnham: Ashgate Publishing.

Kovacs, M., Sherrill, J., George, C. J., Pollock, M., Tumuluru, R. V., & Ho, V. (2006). Contextual emotion-regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (8), 892-903.

Laan, van der, A. M., Blom, M., Verwers, C., & Essers, A. A. M. (2006). *Jeugddelinquentie: Risico's en bescherming*. Bevingingen uit de WODC monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit 2005.

Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, & A. Beurs, E. de. (2005). *Buss-Durkee Hostility Inventory - Dutch, BDHI-D*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Landenberger, N.A., & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.

Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter J., Comtois, K.A. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal of Addictions*, 8, 279- 292.

Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. In: *Victims and Offenders*, 4, 124-147.

Lipsey, M.W., Landenberger, N.A., & Wilson, S.J. (2007). *Effects of Cognitive Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Philadelphia, Pennsylvania: Campbell Collaboration.

Litschge, C.M., Vaughn, M.G., & McCrea, C. (2010). The empirical status of treatments for children and youth with conduct problems. *Research on Social Work Practice*.

Loeber, R., Slot, W., & Stouthamer-Loeber, M. (2008). A cumulative developmental model of risk and promotive factors. In Loeber, R., Slot, W. Laan, P.H. van der en Hoeve, M. (red.) *Tomorrow's criminals: The development of child delinquency and effective interventions*. Ashgate: Ashgate Press.

Lodewijks, H., Doreleijers, T., & Ruiter de, C. (2008). Savvy risk assessment in violent Dutch adolescents - Relation to sentencing and recidivism. *Criminal Justice And Behaviour*, 35, 696-709. Amsterdam: SAGE.

Lodewijks, H.P.B., Ruiter de, C., & Doreleijers, Th.A.H. (2003). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Tijdschrift voor Directieve Therapie* 23, 25-42.

McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence, *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2577-2597.

Menger, A., & Krechting, L. (2008). *The delict as basic assumption: methodology for working in an forced setting*. Amsterdam: Publisher SWP/Probation Netherland.

Miller, D.B. and O'Callaghan, J.P. (2002) *Neuroendocrine Aspects of the Response to Stress*. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 51, 5-10.

Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B.J. (2002) Males of the life-course persistent and adolescence limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years, *Development Psychopathology*, 14(1), 179-207.

Murray, J., & Farrington, D.P. (2010), Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry* 55, 633-42.

Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Gedragsstoornissen*. Verkregen op 12 december 2015 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychischestoornissen/gedragsstoornissen/>.

Nas, C.N., Brugman, D., & Koops, W. (2008). Measuring self-serving cognitive distortions with the "How I Think" Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* 24, 181-189.

Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving & Vrije Universiteit Amsterdam. (2013). *Vallen en opstaan*. Verkregen op 12 februari 2015 via <http://www.nscr.nl/index.php/nl/nieuws-nscr/1549-vaakproblemen-na-verblijf-in-justitiele-jeugdinstelling>.

Plattner, B., Giger, J., Bachmann, F., Brühwiler, K., Steiner, H., Steinhausen, H.C., Bessler, C. & Aebi, M. (2012). Psychopathology and offense types in detained male juveniles. *Psychiatry Research*, 198, 285-90.

Rakt, M. van de, Weerman, F., & Need, A. (2005). Delinquent gedrag van jongens en meisjes: het (anti)sociaal kapitaal van vriendschapsrelaties. *Mens en Maatschappij*, 80, 328-352.

Rovers, B. 2010. *Motiveren en motivatieproblematiek*. Integraal motiveren in het jongerenwerk van de Twern, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.

Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In: J.P. Shonkoff, & S.J. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: University Press.

Scholte, R. H. J., Van Lieshout, C. F. M., & Van Aken, M. A. G. (2001). Relational support in adolescence: Factors, types, and adjustment. *Journal of Research in Adolescence*, 11, 71-94.

Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrecht Coping Inventory*: UCL.

Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.

- Schubert, C. A., Mulvey, E.P., Loughran, T.A., & Loyosa, S.H. (2012). Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39. Doi: 10.1177/0093854811426710
- Syngelaki, E.M., Moore, S.C., Savage, J.C., Fairchild, G., & Van Goozen, S.H.M. (2009). Executive functioning and risky decision making in young male offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 1213-1227.
- Tollenaar, N, Dijk, van. J., & Alblas, J.W. (2009). Monitor multi-offenders. National Government: WODC.
- Van der Put, C.E., Stams, G.J.J.M., Dekovic, M., Hoeve, M., Van der Laan, P.H., Spanjaard, H., & Barnoski, R., (2012). Criminogenic needs during adolescence: Changes in the relative importance of dynamic risk factors for recidivism during adolescence. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56, 296-316.
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). Motivatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld. Leuven: Leuvens Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Vitaro, F., Brendgen, M., & Tremblay, R.E. (2000). Influence of deviant friends on delinquency: Searching for moderator variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 28, 313-325.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Alma, S.M., Essers, A.A.M., & Bregman, I.M. (2010). Recidivism report 1997-2007: Trends in the reconviction rate of Dutch offenders. Fact sheet 2010-6a. The Hague: WODC.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Verweij, S., Alberda, D.L., & Essers, A.A.M. (2012). Recidivebericht 2012. Landelijke cijfers met betrekking tot de strafrechtelijke recidive van justitiabelen uit de periode 2002-2009. Den Haag: WODC. Factsheet 2012-6.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., & Homburg, G.H.J. (2014). Terugval in recidive. Exploratie van de daling in de recidivecijfers van jeugdigen en ex-gedetineerden bestraft in de periode 2002-2010. Den Haag: WODC.
- Wallinius, M., Johansson, P., Lardén, M., & Dernevik, M. (2011). Self-serving cognitive distortions and antisocial behaviour among adults and adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 286-301.

Samenwerking erkenningstraject

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

