



## Interventie

# Forensische Ambulante System Therapie (FAST)

---

**Erkenning**

Erkend door Deelcommissie Justitiële Interventies d.d 02-12-2016

Oordeel: Goed onderbouwd

De referentie naar dit document is: Dr. Larissa Hoogsteder (mei 2016).

Databank effectieve jeugdinterventies: beschrijving 'Forensische Ambulante Systeem Therapie (FAST)'. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut. Gedownload van [www.nji.nl/jeugdinterventies](http://www.nji.nl/jeugdinterventies).

## Inhoud

Samenvatting .....	4
<b>1. Uitgebreide beschrijving .....</b>	<b>6</b>
1.1 Doelgroep .....	6
1.2 Doel.....	8
1.3 Aanpak .....	10
<b>2. Uitvoering .....</b>	<b>18</b>
<b>3. Onderbouwing.....</b>	<b>23</b>
<b>4. Onderzoek.....</b>	<b>32</b>
<b>5. Samenvatting Werkzame elementen .....</b>	<b>34</b>
<b>6. Aangehaalde literatuur.....</b>	<b>35</b>

## Samenvatting

### Korte samenvatting van de interventie

FAST is bedoeld voor meisjes en jongens van 12 tot en met 18 jaar die (ernstig) antisociaal en/of grensoverschrijdend gedrag vertonen. De jongeren zijn vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie, de Raad voor Kinderbescherming of Jeugdzorg. Het gaat om jongeren met een matig of hoog recidiverisico. Het primaire doel van FAST is gericht op het verminderen of stoppen van de ernstige gedragsproblemen waarmee de jongere is aangemeld om zo (opnieuw) dreigende uithuisplaatsing te voorkomen en de (kans op) recidive te verminderen. Dit gebeurt door zowel aan de persoonsfactoren als de gezinsfactoren te werken en aan systeemfactoren buiten het gezin. FAST is een outreachende behandeling die gebruik maakt van een systeemgerichte en cognitieve gedragsmatige aanpak in combinatie met de methode Nieuwe Autoriteit. De interventie start intensief, na twee maanden wordt de duur en intensiteit afgestemd op de ernst van de problematiek en het leertempo van de jongere. De behandelfase kan variëren van drie maanden tot negen maanden, exclusief de nazorg.

### Doelgroep

FAST is bedoeld voor jongeren van 12 tot en met 18 jaar die (ernstig) antisociaal en/of grensoverschrijdend gedrag vertonen met een matig of hoog recidiverisico. Er is sprake van verstoorde gezinsrelaties, (sterke trekken van) ODD of CD al dan niet gecombineerd met een tekort aan executieve functies (waaronder een beperkte impulscontrole en emotieregulatie). De jongeren zijn vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie, de Raad voor Kinderbescherming of CJG / Jeugdzorg. Vaak is er sprake van dreigende uithuisplaatsing of (dreigende) uitval op school. FAST kan echter ook ingezet worden bij jongeren die al uit huis zijn geplaatst en binnen twee maanden terugkeren naar huis.

### Doel

Het primaire doel van FAST is tweeledig. Enerzijds gaat het om het minderen of stoppen van antisociaal/delinquent gedrag in het heden, waardoor de jongere (opnieuw) thuis kan blijven wonen. Anderzijds gaat het om het verminderen van de (kans op) recidive van antisociaal gedrag (waaronder delictgedrag) in de toekomst.

### Aanpak

FAST is een op maat gesneden behandeling die in gaat op de gezins- en kindfactoren die het probleemgedrag in stand houden. Met het gezin wordt elke twee weken besproken welke algemene en optionele FAST-subdoelen de meeste prioriteit hebben. De ingezette interventies voor het behalen van deze subdoelen worden bepaald door het toepassen van de analysecirkel. Als de geprioriteerde subdoelen behaald zijn, worden er nieuwe doelen geprioriteerd. Interventies die worden ingezet komen uit de gezinsmodule die gebaseerd is op elementen uit de systeemtherapie, de methode Nieuwe Autoriteit (Geweldloos Verzet) en de cognitieve gedragstherapie. Indien van toepassing wordt er ook met enkele modules gewerkt uit de erkende gedragsinterventie ARopMaat. In de laatste fase van de behandeling wordt een toekomstplan ontwikkeld gericht op het voorkomen van terugval.

## **Materiaal**

Het materiaal van de interventie bestaat uit diverse handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een programma- en managementhandleiding voor de behandelaar en managers van een instelling. Verder is de inhoud van het programma voor het gezin en de behandelaar nauwkeurig beschreven in de gezinsmodule en een vijftal optionele modules voor de jongere en een tweetal modules voor de opvoeder(s). Er bestaan ook videofragmenten die ter ondersteuning van de behandeling gebruikt kunnen worden. Daarnaast is er een beknopte opleidingshandleiding. Voor de werving kan er gebruik gemaakt worden van een folder en een PowerPointpresentatie.

## **Onderbouwing**

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van antisociaal gedrag worden verklaard vanuit het sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel voor probleemgedrag (Van der Ploeg, Scholte & Nijkerk, 1990). Volgens dit model spelen zowel individuele risicofactoren (biologisch en psychisch) als omgevingsgebonden risicofactoren (gezin en sociale omstandigheden) een rol bij de ontwikkeling van probleemgedrag (zoals antisociaal gedrag c.q. delictgedrag). Het sociaal-ecologisch model is transactioneel van aard: het model houdt rekening met veranderingen in het kind / jongere en in zijn omgeving, en de wisselwerkingen hiertussen die gedurende de ontwikkeling plaatsvinden. Deze wederzijdse beïnvloeding vindt plaats binnen verschillende socialisatiekaders (sociaal-ecologische ringen).

Binnen FAST wordt het wederkerig proces tussen de intrapsychische factoren van de jongere en de verschillende socialisatiekaders verder uitgewerkt aan de hand van de systeemtheorie en het cognitief gedragstherapeutische model met aandacht voor de theorie over de sociale informatieverwerkingsproces, welke onder andere verstoord wordt door een tekort aan executieve functies.

## **Onderzoek**

Er heeft een procesevaluatie plaatsgevonden naar de uitvoering van FAST bij de Waag (forensische ambulante zorginstelling; Hoogsteder, 2016). Bij het onderzoek waren 33 gezinnen en 7 behandelaren betrokken. De resultaten toonden aan dat de beoogde doelgroep grotendeels is bereikt en dat de programma-integriteit redelijk in orde was. De behandelaren voldeden aan de basisvoorwaarden qua opleiding, het volgen van intervisie, de eisen omtrent de caseload en de opgedane ervaring in het werken met de doelgroep. De score van de evaluatieformulieren die gebruikt werden om de programma-integriteit te toetsen was voldoende: op het formulier dat elke maand werd ingevuld, is een score van 74,5% gehaald (moest minimaal 70% zijn) en op het formulier dat aan het einde van de procesevaluatie werd ingevuld, is een score van 77,7% gehaald (moest wederom minimaal 70% zijn). Behandelaren zijn overwegend positief over de interventie. Jongeren beoordelen de interventie tijdens dit onderzoek met een 7.8 en opvoeders met een 7.6.

# 1. Uitgebreide beschrijving

## 1.1 Doelgroep

### *Uiteindelijke doelgroep*

FAST is bedoeld voor meisjes en jongens van 12 tot en met 18 jaar die (ernstig) antisociaal en/of grensoverschrijdend gedrag vertonen. Denk hierbij aan externaliserende gedragsproblemen zoals vandalisme, het vertonen van agressief gedrag, veelvuldig spijbelen, het plegen van delicten, en problematisch middelengebruik. De gedragsproblemen zijn zichtbaar op minimaal twee levensgebieden (gezin, school, vrije tijd). Er is sprake van verstoorde gezinsrelaties, (sterke trekken van) de Oppositionele-Opstandige Stoornis (ODD) of Normoverschrijdend-gedragsstoornis (CD). Externaliserende gedragsproblemen gaan vaak gepaard met een tekort aan executieve functies en comorbiditeit. De jongeren zijn vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie, de Raad voor Kinderbescherming of CJG / Jeugdzorg. Vaak is er sprake van (dreigende) uithuisplaatsing of (dreigende) uitval op school. Ook komt het voor dat jongeren al gesloten zijn geplaatst en dat FAST bij uitstroom / ontslag wordt ingezet om terugval te voorkomen. Het gaat om jongeren met een matig of hoog recidiverisico. Het gezin is in eerste instantie niet bereid of in staat om voor behandeling naar de polikliniek te komen.

### *Intermediaire doelgroep*

FAST richt zich naast de jongere voor een substantieel deel op de opvoeder(s) van de jongere.

### *Selectie van doelgroepen*

Het gezin wordt (in overleg) via een verwijzer aangemeld bij een forensische zorginstelling. Het is dan vaak al duidelijk dat het waarschijnlijk om een FAST-gezin gaat. Om die reden volgt zo spoedig mogelijk na de aanmelding een intakegesprek door een FAST-behandelaar. Tijdens dit gesprek en het multidisciplinaire teamoverleg wordt er onderzocht of FAST voorlopig geïndiceerd is. Zo ja, dan volgt een initieel behandelplan die geldt voor de pré-behandeling. Tijdens deze periode (een maand) vindt onder andere het motiveren, assessment en risicotaxatie plaats, de definitieve indicatiestelling en het opstellen van een definitief behandelplan. De FAST-behandelaar die de risicotaxatie-gesprekken heeft gevoerd, bespreekt de bevindingen in het reguliere multidisciplinaire teamoverleg in aanwezigheid van de hoofdbehandelaar en specialist. De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de definitieve indicatiestelling. De uitvoerende FAST-behandelaar zorgt ervoor dat de bevindingen worden teruggekoppeld aan het gezin. Het kan dus voorkomen dat een gezin na de fase van de pré-behandeling toch voor een andere behandeling geïndiceerd blijkt te zijn. In de praktijk komt dit echter zelden voor, aangezien al vrij snel duidelijk is of onderstaande indicatiecriteria van toepassing zijn.

### *Indicatiecriteria*

1. De jongere heeft een minimale IQ-score van 80. Indien er geen recente IQ-gegevens zijn, wordt dit in eerste instantie geschat met de SCIL. Als de SCIL uitwijst dat de IQ-score mogelijk lager is dan 80, dan wordt er een passende IQ-test afgenomen;
2. De jongere heeft de leeftijd van 12 tot en met 18 jaar;

3. De jongere heeft een matig of hoog recidiverisico gemeten door de RAF-GGZ Jeugd en/of de LIJ<sup>1</sup>.
4. Het externaliserende probleemgedrag van de jongere heeft in het recente verleden en/of het heden voor problemen gezorgd op minimaal twee leefgebieden;
5. De jongere en het gezin scoort matig of hoog bij de RAF GZZ Jeugd op het domein Gezin. Er is sprake van ouder-kind relatieproblemen;
6. Volgens de DSM-5 is er sprake van (sterke trekken van) de Oppositionele-Opstandige Stoornis (ODD) of Normoverschrijdend-gedragsstoornis (CD) al dan niet in combinatie met ADHD en/of problematisch middelengebruik en/of een stemmings- of angststoornis en/of een tekort aan executieve functies.
7. Het gezin is in eerste instantie niet te motiveren voor behandeling op locatie van de behandelinstelling.

*Voorwaarden:*

1. De jongere beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate om de aanwijzingen van de FAST-behandelaar te begrijpen;
2. Opvoeder(s) lijken volgens de klinische blik van de FAST-behandelaar in voldoende mate te kunnen profiteren van de FAST-behandeling. Zij hoeven echter de Nederlandse taal niet te beheersen. Er kan dan met een (telefonische) talk worden gewerkt;
3. Er is sprake van een dwingend kader waarbinnen de behandeling kan plaatsvinden (dit kan een wettelijk kader zijn zoals OTS/JR) of een vrijwillig kader. In het laatste geval wordt er door de opvoeder(s) een te grote opvoedingsbelasting ervaren;
4. De jongere woont bij de opvoeder(s) of keert naar verwachting binnen twee maanden terug (dit is van toepassing als een jongere bijvoorbeeld nog residentieel is geplaatst).

*Contra-indicatie:*

1. Ernstige psychiatrische problematiek bij de jongere die vraagt om opname;
2. Het probleemgedrag van de jongere komt voort uit een primaire verslavingsproblematiek;
3. Structurele weigering door de opvoeder(s) om met FAST aan de slag te gaan, ook nadat de FAST-behandelaar diverse motivatietechnieken heeft toegepast. Let op: dit kan pas tijdens de pré-behandeling worden beoordeeld. De FAST-behandelaar moet hier eerst in kunnen investeren.
4. De veiligheid van de FAST-behandelaar of de gezinsleden kan niet voldoende worden gegarandeerd. Dit is bijvoorbeeld aan de orde als er sprake is van fysiek agressief gedrag door een gezinslid en het niet mogelijk (b)lijkt om met een veiligheidsplan te werken.

De contra-indicatie wordt vastgesteld op grond van dossierinformatie die afkomstig is van de verwijzer, de informatie verkregen uit het intakegesprek, de pre-behandelingsfase en de klinische blik van de FAST-behandelaar.

---

<sup>1</sup> Beide instrumenten, de RAF-GGZ Jeugd (Risicotaxatie voor de Ambulante Forensische GGZ Jeugd en de LIJ (landelijk instrumentarium jeugdstrafrechtketen) zijn bruikbaar om te beoordelen in welke mate er sprake is van (dreigend) delictgedrag en om te inventariseren welke factoren behandeld moeten worden om de kans op instandhouding / terugval te voorkomen.

### *Betrokkenheid doelgroep*

Tijdens het (door)ontwikkelen van FAST is de doelgroep betrokken. FAST is ontwikkeld door in eerste instantie gebruik te maken van de ervaringen en de feedback van jongeren en opvoeder(s) over de erkende interventies MST en Topzorg. Uit deze feedback bleek bijvoorbeeld dat sommige jongeren (maar ook opvoeders) graag een eigen behandelaar willen met wie ze kunnen oefenen en die ze in vertrouwen kunnen nemen. Om die reden biedt FAST nu de mogelijkheid om met twee behandelaren te werken. Eén voor het gezin en eentje alleen voor de jongere. (In het onderdeel over de inhoud en kwaliteitsbehoud wordt beschreven wanneer dit aan de orde is en hoe dit wordt vormgegeven). Veel ouders hebben aangegeven dat zij het prettig vinden om concrete handvatten te krijgen in de wijze waarop ze de onderlinge interactie kunnen veranderen. Dit is een reden geweest om interventies van de methode Nieuwe autoriteit te integreren en opvoeders de mogelijkheid te bieden om te werken met de module Beheersingsvaardigheden en Stressreductie, zodat ze rustig kunnen blijven reageren naar hun kind. Uit de procesevaluatie van FAST blijkt dat opvoeders tevreden zijn. Ze vinden het werken met de gezinsmodule prettig. Jongeren vinden het fijn om ook zonder hun ouders te praten met de behandelaar.

## **1.2 Doel**

### *Hoofddoel*

Het primaire doel van FAST is tweeledig. Enerzijds gaat het om het minderen of stoppen van antisociaal/delinquent gedrag in het heden, waardoor de jongere (weer) thuis kan (blijven) wonen en/of niet van school gestuurd wordt. Dit doel wordt gerealiseerd door zowel aan risicovolle persoonsfactoren en risicovolle gezinsfactoren te werken en relevante systeemfactoren buiten het gezin. Anderzijds gaat het om het verminderen van de (kans op) recidive van antisociaal gedrag (waaronder delictgedrag) in de toekomst. Om te bepalen of de hoofddoelen worden behaald, wordt gebruik gemaakt van de uitkomst van de RAF GGZ Jeugd (risicotaxatie instrument), de Child Behavior Checklist, en de Youth Self-Report. Op een later moment zullen de recidivecijfers worden opgevraagd bij het WODC.

### *Subdoelen*

Hieronder worden de concrete subdoelen beschreven die helpen om het hoofddoel van FAST te realiseren. Er wordt alleen aan de optionele subdoelen gewerkt als deze van toepassing zijn. Deze zijn gekoppeld aan de optionele modules die binnen FAST worden aangeboden.

*Algemene FAST-doelen gericht op de jongere en de opvoeder(s):*

1. De opvoeder/jongere is gemotiveerd om aan de behandeling te werken. Ze zijn bereid om te werken aan verandering en doen hun best;
2. De jongere en het gezin ontvangen meer steun van beschermende systemen uit (vernieuwd) netwerk;
3. De jongere en de opvoeder(s) hebben minder vaak conflicten. De ruzies komen minder vaak voor en zijn minder ernstig.
4. De kwaliteit van het contact tussen de jongere en de opvoeder(s) is verbeterd. Ze doen vaker gezamenlijk activiteiten, ze geven elkaar meer complimenten en luisteren beter naar elkaar.



*Algemene FAST-doelen gericht op de opvoeder(s):*

1. Opvoeder(s) beschikken over meer copingvaardigheden, in het bijzonder over meer oplossingsvaardigheden in het omgaan met hun kind;
2. De opvoedingscompetentie van opvoeder(s) zijn verbeterd, ze hebben meer gezag, maar tonen ook (meer) begrip en zijn in staat tot valideren (actief luisteren en aandacht voor de denkwijze en emoties van hun kind).

*Algemene FAST-doelen gericht op de jongere:*

1. De jongere gaat naar school of heeft werk en houdt dit ook vol.
2. De jongere heeft meer prosociale vrienden en laat zich minder negatief beïnvloeden door risicovol gedrag van (een deel van) zijn vriendenkring;
3. De AS I-problematiek (bijvoorbeeld ADHD, middelenaafhankelijkheid, en traumagerelateerde klachten) van de jongere is meer onder controle en versterkt het externaliserende probleemgedrag niet;

*Optionele doelen voor de jongere gericht op het verminderen van agressief gedrag en/of het verbeteren van een tekort aan executieve functies*

1. De jongere reduceert gevoelens van stress en boosheid; er is geen sprake van chronische stress en agressief gedrag;
2. De jongere kan eigen impulsen beter waarnemen en deze uitstellen/stoppen;
3. De jongere beschikt over meer adequate beheersingsvaardigheden (manieren om zichzelf in te houden om agressief gedrag te voorkomen);
4. De jongere hanteert minder cognitieve vervormingen die het antisociale gedrag in stand houden en/of leiden tot vijandige interpretaties. Dit betekent o.a. dat de jongere functionele (helpende) gedachten kan toepassen;
5. De jongere kan zijn emoties beter reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is.

*Optionele doelen voor de opvoeder(s) gericht op het verminderen van agressief gedrag*

1. De opvoeder reduceert gevoelens van stress en boosheid; er is geen sprake van chronische stress en agressief gedrag;
2. De opvoeder beschikt over meer adequate beheersingsvaardigheden (manieren om zichzelf in te houden om agressief gedrag te voorkomen).

Met het gezin wordt er elke twee weken besproken welke algemene of optionele subdoelen het meeste prioriteit hebben. Er wordt per twee weken aan minimaal drie doelen gewerkt. Hierbij is er bij voorkeur aandacht voor het realiseren van veranderingen gericht op het gezin / opvoeder(s) in combinatie met het sociale domein (opleiding en de omgang met vrienden) en eventuele individuele risicofactoren. De ingezette interventies voor het behalen van de doelen die de meeste prioriteit hebben, worden geformuleerd door het toepassen van de analysecirkel. Als de subdoelen met de hoogste prioriteit behaald zijn, worden er nieuwe FAST-doelen geprioriteerd.

Voor het evalueren van het behalen van de algemene en optionele FAST-subdoelen wordt gebruik gemaakt van diverse vragenlijsten, namelijk de RAF-GGZ Jeugd, de FAST-doelenlijst, de externaliserende schaal van de Child Behavior Checklist en de Youth Self-

Report, de Verkorte Lijst Irrationele Gedachten (V-LIG), de OBVL (vragenlijst om de opvoedingsbelasting mee te meten) en de BRIEF (een gedragsvragenlijst voor het meten van executieve functies).

### 1.3 Aanpak

#### *Opzet van de interventie*

##### *Algemeen*

FAST is een op maat gesneden behandeling die in gaat op de gezins- en kindfactoren die het probleemgedrag van de jongere in stand houden. Er wordt nauw samengewerkt met de omgeving van het gezin, zoals onderwijsinstellingen, politie, buurtwerk, sportvoorzieningen, etc. Bij FAST staat het gezin centraal. De behandelaar bezoekt het gezin vooral thuis en op tijden die gunstig zijn voor de gezinsleden.

##### *Fasering*

FAST bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. Voorlopige indicatie. Deze fase bestaat uit de aanmelding, inclusief het inzien van dossierinformatie, het voeren van gesprekken met de verwijzer en het verzorgen van een intakegesprek;
2. Pré-behandeling. Deze fase is gericht op het aangaan van contact, motiveren, empoweren, het opstellen van een behandelplan en een EIS (Empirische Interventiecycle Samenvatting). In de EIS wordt een probleem- of functieanalyse beschreven, de kans op recidive wordt vastgesteld en vervolgens gemonitord, zo ook de veiligheid voor de jongere, opvoeder(s) en behandelaren en de mate van de motivatie. Er is in te zien welke doelen de meeste prioriteit hebben. Vervolgens wordt met de analysecirkels inzichtelijk gemaakt welke interventies het meest passend zijn en de komende twee weken worden ingezet.
3. Behandeling. Het aanbieden van behandeling op maat door te werken aan de reguliere en optionele FAST-doelen (zie inhoud van de interventie). De EIS wordt elke twee weken geëvalueerd met het gezin en tijdens de FAST-intervisie om de kwaliteit en de rode draad van de behandeling te bewaken. Ook wordt dan beoordeeld of de interventies daadwerkelijk hebben geleid tot verandering en of ze nog langer ingezet moeten worden.
4. Afronding van de behandeling. De doelen van de FAST-behandeling die van toepassing waren op de jongere en het gezin (grotendeels) zijn behaald. Dit wordt bevestigd door de aanwezigheid van een toekomstplan (gericht op terugvalpreventie) en behaalde resultaten die (h)erkend worden door de FAST-behandelaar, de opvoeder(s), verwijzer en de jongere;
5. Nazorg. In de nazorgfase werkt het gezin aan hun toekomstplan met steun van belangrijke personen uit hun omgeving. De FAST-behandelaar toetst in deze fase of de jongere en de opvoeder(s) in staat zijn om zich te houden aan het toekomstplan en de behaalde resultaten vast te houden.

##### *Frequentie en duur*

De duur en intensiteit is vormgegeven op basis van ervaringen die zijn opgedaan zijn bij het behandelen in een forensische zorginstelling.

De eerste twee fasen zijn binnen een maand afgerond. Er wordt dan per week gemiddeld 3 uur aan directe behandeltijd geïnvesteerd. Na de eerste twee fasen volgt de behandel fase. Ook dan is er gemiddeld genomen drie uur per week (face tot face)

contact met het gezin (omgerekend gaat het dan om ongeveer 7 uur per week (50% indirecte en 50% directe tijd + reistijd). Voor behoud van de continuïteit is het mogelijk om ook gebruik te maken van beeldbellen. De sessies worden aan de jongere en de opvoeder(s) aangeboden eventueel in combinatie met individuele behandeling gericht op de jongere en/of de ouder(s). De wijze waarop de tijd wordt verdeeld, hangt af van de problematiek, de mogelijkheden van het gezin en de motivatie van de jongere/opvoeder(s). Over het algemeen gaat het om een wekelijkse sessie met de opvoeder(s), een wekelijkse sessie met de jongere en om de week een sessie met de jongere en de opvoeder(s) samen. Als er geen individuele tijd wordt gestoken in het behandelen van de jongere, dan gaat het meestal om twee gesprekken per week met de opvoeder(s).

Na twee maanden volgt een tussenevaluatie en wordt bekeken of de behandelfase afgerond kan worden en er overgegaan kan worden op de nazorgfase. Als blijkt dat de behandelfase verlengd moet worden (in de praktijk is dit vaak nodig), dan gaat het in eerste instantie om een verlenging van twee maanden die even intensief is of met een gehalveerde intensiteit. Na deze periode volgt opnieuw een evaluatie. Het is dan wederom mogelijk om de behandelfase te verlengen (dit is aan de orde bij complexe en/of hardnekkige problematiek). In totaal kan er drie keer verlengd worden, dit betekent dat de behandelfase maximaal acht maanden duurt. De meeste gezinnen redden het met een behandelfase van vier maanden. Als de behandelfase is afgerond volgt de nazorgfase. De duur en frequentie die tijdens de nazorgfase wordt toegepast, is afgestemd op het recidiverisico. Bij een lage tot matige recidive duurt de nazorg een maand en is er elke week contact. Als bij afsluiting van de behandeling de kans op recidive matig tot hoog is, bestaat de nazorgfase uit twee tot drie maanden. Dit laatste kan aan de orde zijn als er sprake was van een hoog risicoprofiel bij aanvang van de behandeling en relatief veel statische risicofactoren.

### *Inhoud van de interventie*

De behandeling start met het zorgvuldig in kaart brengen van de antisociale gedragingen van de jongere.

Hierbij is van belang dat helder is hoe het specifieke gedrag eruit ziet, hoe vaak het voorkomt en hoe lang.

De behandelaar kijkt naar welke reguliere en optionele FAST-subdoelen aansluiten bij de problematiek van het gezin en de jongere en welke hiervan als eerste aangepakt moeten worden. Dit kan door te kijken naar de score op de FAST-doelenlijst of door een analysecirkel te maken (wordt verderop uitgelegd). Er wordt per twee weken aan minimaal drie doelen gewerkt. Hierbij is er aandacht voor het realiseren van veranderingen gericht op het gezin / opvoeder(s) in combinatie met het sociale domein (opleiding/werk en de omgang met vrienden) en eventuele individuele risicofactoren. Als algemene richtlijn geldt dat er altijd vanaf het begin gewerkt wordt aan het minderen van conflicten (indien dit vaak voorkomt), het verbeteren van het contact en het realiseren van een meer steunend netwerk en het zorgdragen van een dagbesteding als een jongere dit niet heeft.

Zodra duidelijk is welk doel prioriteit heeft, wordt er gebruik gemaakt van de analysecirkel. Bij een analysecirkel staat een probleem centraal dat gerelateerd is aan een FAST-subdoel. Als het bijvoorbeeld gaat om het doel: het realiseren van voldoende dagbesteding, dan zou het probleemgedrag kunnen zijn: het structureel spijbelen. Rondom dit probleem wordt vervolgens een analysecirkel gemaakt. Dit betekent dat op

papier het probleem 'het aldoor spijbelen' in een cirkel wordt geplaatst en dat dan rechts de factoren worden beschreven die negatief bijdragen aan het probleemgedrag (het wordt er erger door) en links de factoren die het doen verminderen. Het kan dan gaan om factoren uit diverse systemen rondom de jongere. Deze manier van werken zorgt voor inzicht rondom het probleemgedrag, maar zorgt ook voor commitment en het bepalen van richting. Door aan gezinsleden te vragen aan welke factor(en) zij het liefste willen werken, het meest op de voorgrond staan en/of het makkelijkst te beïnvloeden zijn, kan worden bepaald met welke interventies (acties / handelingen) het probleemgedrag van de jongere doorbroken gaat worden. Het gaat hierbij vrijwel altijd om interventies die in de gezinsmodule staan beschreven of de optionele AROPMaat-modules.

De FAST-behandelaar bespreekt de voortgang van een gezin elke twee weken tijdens de FAST-intervisie onder begeleiding van de FAST-programmaverantwoordelijke (PV). Ook wordt de voortgang met het gezin besproken. Als de interventies blijken te werken, wordt er een volgende stap gezet richting het realiseren van de reguliere en geïndiceerde optionele FAST-doelen en start er een nieuwe cyclus. Als de ingezette interventies niet aanslaan, wordt er bekeken wat er alsnog nodig is om het doel te bereiken. Zodra er een FAST-doel behaald is of er een duidelijke verbetering zichtbaar is, wordt hiervan een positieve gedragscirkel ontwikkeld. Hierdoor wordt duidelijk welke aspecten hebben bijgedragen aan het terugdringen van het oorspronkelijke probleemgedrag. Deze zienswijze is helpend voor de opvoeder(s) en de jongere, omdat ze zo precies weten wat hen te doen staat als er terugval dreigt of hier al sprake van is.

In de laatste fase van de behandeling wordt een toekomstplan ontwikkeld dat gericht is op het voorkomen van terugval. Tijdens het opstellen van dit plan wordt rekening gehouden met mogelijke lastige situaties in de toekomst. Met de jongere en de opvoeder(s) worden deze besproken en oefenen zij hoe hier het beste mee om te gaan. In de nazorgfase werkt het gezin zoveel mogelijk zelfstandig aan hun toekomstplan, ondersteund door belangrijke personen uit hun eigen omgeving. De FAST-behandelaar bezoekt het gezin in deze fase veel minder en onderhoudt vooral telefonisch contact of via beeldbellen. Als er geen nieuwe problemen zijn ontstaan, kan de nazorgfase worden afgesloten.

Samenvattend ziet de FAST-behandeling er als volgt uit:

- Outreachende contacten bij gezin thuis of op de school van de jongere en het realiseren van een goede samenwerking met ketenpartners.
- Uitgangspunt van de behandeling zijn de tien FAST-basisprincipes. Deze principes bepalen hoe de behandeling wordt vormgegeven (zie verderop in deze paragraaf);
- Elke twee weken wordt er minimaal aan drie algemene of optionele FAST-doelen gewerkt die de meeste prioriteit hebben. Focus ligt altijd op het verbeteren van de sociale steun en de kwaliteit van het contact tussen opvoeder(s) en de jongere, het verminderen van conflicten en het zorgdragen en onderhouden van een dagbesteding voor de jongere. Om te bepalen welke interventies het beste aansluiten bij het gezin, de problematiek en het succes zullen hebben, wordt er als kapstok van de behandeling gebruik gemaakt van de analysecirkel. De interventies die vervolgens worden toegepast komen uit:
  - De gezinsmodule FAST (jongere en opvoeder) die gebruikt maakt van onderdelen uit de systeemtherapie, cognitieve gedragstherapie en de methode Nieuwe

Autoriteit (hierover wordt meer uitleg gegeven in het onderdeel over de theoretische onderbouwing).

- De Optionele modules van de gedragsinterventie AROPmaat:
  - Module Stressreductie (jongere en/of opvoeder)
  - Module Impulscontrole (jongere)
  - Module Beheersingsvaardigheden (jongere en/of opvoeder)
  - Module Juist Waarnemen en Interpretieren (jongere)
  - Module Emotieregulatie (jongere)
- Indien nodig: behandeling van trauma's (met EMDR), ADHD (Module Impulscontrole en behandeling door jeugdpsychiater), ASS en problematisch middelengebruik (zie optionele hoofdstuk uit de gezinsmodule).

### De ingezette kerninterventies: de FAST-gezinsmodule

#### *Methodische uitgangspunten*

De interventies die voortkomen uit de analysecirkel en die tijdens de behandeling worden toegepast, komen grotendeels uit de gezinsmodule FAST. Binnen de gezinsmodule zijn essentiële onderdelen uit de cognitieve gedragstherapie, de gezinsmodule van de AROPmaat en de methode 'Nieuwe Autoriteit' (Geweldloos Verzet door ouderlijke aanwezigheid) geïntegreerd. De laatstgenoemde methode ondersteunt bij het stoppen van agressief en/of opstandig gedrag van de jongere zonder dat dit tot escalatie leidt (Lebowitz, Dolberger, Nortov, & Omer, 2012). De methode helpt opvoeder(s) bij het krijgen van concrete handvatten om de communicatie met hun kind te verbeteren en een nieuwe vorm van gezag te realiseren. De interventies die horen bij de methode Nieuwe Autoriteit zijn echter uitgebreid met extra interventies vanuit de CGT en de gezinsmodule van de AROPmaat zodat opvoeder(s) meer handvatten krijgen aangereikt om de nodige vaardigheden aan te leren en verandering te kunnen realiseren. Om de basisprincipes (het leren communiceren en begrenzen zonder agressie) uit de methode te realiseren, worden de volgende elementen aangeboden:

- 1.** De aandacht en betrokkenheid naar de jongere toe vergroten. Ook worden opvoeder(s) en de jongere gestimuleerd om daadwerkelijk meer tijd met elkaar door te brengen. De rol van opvoeder met aandacht uitoefenen. Dit onderdeel wordt in de gezinsmodule uitgewerkt onder het onderdeel interesse tonen;
- 2.** Het structureel valideren (met begrip en erkenning reageren op de gedachten en emoties van de jongere en moeite doen om deze te willen begrijpen), maar tegelijkertijd het begrenzen van het agressieve gedrag (als hier sprake van is);
- 3.** Het structureel reageren vanuit de rol van volwassene en opvoeder: dit betekent dat machtsstrijd en provocaties ('rode knoppen' en conflictaanjagers) worden vermeden en geen enkele vorm van fysieke of verbale agressie gebruikt mag worden. Ook niet als de jongere de opvoeder triggert ('een rode knop indrukt'). Soms kan het nodig zijn dat ook opvoeders ondersteunende technieken aanleren die helpen bij het reduceren van stress en het vergroten van zelfbeheersingsvaardigheden en het kunnen toepassen van adequate conflictvaardigheden. Mocht de opvoeder nog over onvoldoende vaardigheden

beschikken dan wordt er in eerste instantie met de time-out procedure gewerkt en wordt er ook gestart met de module beheersingsvaardigheden;

**4.** Het radicaal doorbreken van de gewoonte om tegemoet te komen aan de eisen van de jongere die (al of niet met dreigementen of agressie) worden afgedwongen.

#### *Inhoud van de gezinsmodule*

Tijdens de gezinsmodule is allereerst aandacht voor het realiseren van veiligheid (inzet veiligheids- en crisisplan, leren toepassen time-out procedure en/of signaleringsplan). Tijdens het opstellen van een veiligheids- en crisisplan wordt aan de jongere medegedeeld dat het antisociale gedrag niet langer wordt geaccepteerd. De jongere wordt gevraagd om mee te denken over een oplossing die leidt tot verandering van zijn/haar gedrag. Er wordt vervolgens psycho-educatie gegeven over een gedragsstoornis en het voorkomen van agressie en/of autisme. Dit wordt alleen behandeld als de opvoeder hier behoefte aan heeft of als de behandelaar dit passend vindt. Verder ligt de focus op het verkrijgen van meer steun uit de omgeving en het verbeteren van de opvoedingsvaardigheden. Zoals al eerder aangegeven wordt er ingegaan op het aanleren van valideren, het interesse tonen (onder andere door meer zicht te hebben op wat je kind doet, vaker samen activiteiten te ondernemen en elkaars positieve eigenschappen te benoemen door gebruik te maken van het kwaliteitenspel en het opvoedingsspel), grenzen stellen, leren onderhandelen als het om onderwerpen gaat waarbij dit kan, en omgaan met eisen (van je kind, maar ook vanuit de opvoeder). Om conflicten te verminderen, wordt er eerst gewerkt aan het (h)erkennen van elkaars rode knoppen. Dit inzicht helpt om ermee te kunnen stoppen, maar ook om te onderzoeken welke beheersingsvaardigheden (knoppenkrakers) werken om niet meer getriggerd te raken (door de rode knoppen). Mocht het nodig zijn dan kan er ook worden geoefend met vaardigheden die helpen om adequaat met conflicten om te gaan door het wederzijds inzetten van de-escalerende technieken (conflictremmers). Er wordt standaard gewerkt met het toe leren passen van helpende gedachten die ervoor zorgen dat de opvoeder(s) en de jongere minder negatief over elkaar denken. Ook wordt besproken welke gedachten helpen om minder snel ruzie te hebben en om specifieke vaardigheden gemakkelijker aan te leren.

Een hoofdstuk uit de gezinsmodule gaat in op het thema vriendschappen van de jongere. Dit hoofdstuk wordt alleen behandeld als de jongere zich negatief laat beïnvloeden door vrienden en opvoeder(s) of als opvoeder(s) de neiging hebben de schuld van het probleemgedrag van hun kind bij de vrienden te leggen, waardoor er nog meer verwijdering plaatsvindt en de jongere juist naar zijn vrienden toetrekt. Verder wordt er indien nodig aandacht besteed aan het realiseren van een zinvolle dagbesteding en krijgen ouders adviezen voor het verminderen van spijbelgedrag. Tevens is er een hoofdstuk gericht op psycho-educatie over problematisch middelengebruik en interventies die ondersteunen bij het stoppen van (problematisch) middelengebruik.

#### De ingezette optionele interventies: de AROPmaat-modules (allen optioneel):

##### **1. Module Stress- en boosheidsreductie (voor de jongere en de opvoeder)**

De jongere en/of de opvoeder leert meer greep te krijgen op eigen stress en boosheidsgevoelens en past vaardigheden toe om stress en boosheid 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 verminderen van boosheid / hoge arousal. Bedoeling is dat de jongere / opvoeder regelmatig twee tot drie oefeningen toepast die helpen om chronische stress te laten verdwijnen. Ook wordt er gezocht naar oefeningen die helpen om aanhoudende boosheid te reduceren.

## **2. Module Impulscontrole (voor de jongere)**

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 zijn impulsen gemakkelijker te kunnen uitstellen en te beheersen.

N.B. Als sprake is van ADHD dan kan ook parallel een behandeling door een psychiater ingezet worden..

## **3. Module Beheersingsvaardigheden (voor de jongere en de opvoeder)**

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

## **4. Module Juist Waarnemen en Interpreteren (voor de jongere)**

De module is gericht op het leren kennen van het verschil tussen het te snel oordelen en onderbouwd een mening vormen. Verder is er aandacht voor bewustwording van niet-helpende gedachten die het waarnemen en interpreteren negatief beïnvloeden. 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.

## **5. Module Emotieregulatie (voor de jongere)**

Het doorlopen van deze module draagt bij aan het verminderen van stemmingswisselingen en/of het beter kunnen differentiëren en 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). Hierbij wordt vaak gebruik gemaakt van de kaartjes met gevoelens die horen bij het gevoelswereldspel. Verder wordt er gewerkt aan het meer greep krijgen op eigen emoties en het gemakkelijker los kunnen laten van een emotie. Een oefening is bijvoorbeeld het leren benaderen van een situatie vanuit het 'emotionele denken' en het 'verstandige' denken.

### Indiceren van de optionele modules

De optionele modules zijn geïndiceerd als uit de FAST-doelenlijst blijkt dat hier aandacht voor nodig is (een score van 1 tot en met 4). Ook geldt dat jongeren die matig of hoog scoren op Ervaren stress en/of Geringe coping gemeten door de RAF-GGZ Jeugd geïndiceerd zijn voor de module 'Het verminderen van stress en boosheid'. Bij opvoeder(s) is de module Stressreductie voor volwassenen van toepassing als stress en spanningen de kans op conflicten en ruzie met hun kind vergroten. Jongeren bij wie ADHD is vastgesteld en/of op de RAF GGZ Jeugd matig tot hoog scoren op impulsief gedrag, zijn geïndiceerd voor de module 'Impulsen de baas'. Jongeren die in totaal 50 of

meer scoren op de V-LIG of op één schaal > dan 30, zijn geïndiceerd voor de module 'Waarnemen en interpreteren'. Jongeren komen in aanmerking voor de module 'Emoties de baas' als er volgens de DSM-IV of 5 sprake is van borderline trekken. Jongeren en opvoeders bij wie sprake kan zijn van agressief gedrag zijn geïndiceerd voor de module Beheersingsvaardigheden.

Voor het indiceren van de modules is onderstaand tabel eveneens helpend om te bepalen of het toepassen van een module aan de orde is.

#### *Wat moet er minimaal worden gedaan*

Het probleemgedrag van de jongere is beter te begrijpen als het bekeken wordt binnen de systemen waarin de jongere zich begeeft en in de natuurlijke context. Om die reden wordt het gezin tijdens de eerste twee maanden van de behandelfase altijd thuis bezocht, wordt voor het probleemgedrag in diverse systemen naar oorzaken gezocht en wordt er met verschillende systemen rondom de jongere samengewerkt om het probleemgedrag te verminderen. Daarnaast is het relevant dat de standaard hoofdstukken uit de gezinsmodule worden aangeboden, zodat er in voldoende mate aan de reguliere FAST-doelen kan worden gewerkt en (wederom) een uithuisplaatsing kan worden voorkomen. Focus ligt altijd op het minderen van de conflicten, het verbeteren van het contact, waardoor een jongere begrenzings gemakkelijker zal accepteren. Ook is het verkrijgen van steun essentieel. Een jongere of opvoeder krijgt alleen de inhoud van de AROPMaat-modules aangeboden als deze geïndiceerd zijn. Net zoals bij de reguliere interventie AROPMaat wordt in het formulier 'Modules in Beeld' van de programmahandleiding aangegeven welke oefeningen essentieel zijn om te doen. Er worden extra oefeningen gedaan als een jongere meer tijd nodig heeft om de doelen van een module te behalen of als deze beter aansluiten bij zijn/haar leerstijl.

#### De tien FAST-principes die leidend zijn voor de FAST-behandeling:

- 1.** Het is van belang om inzicht krijgen in de samenhang tussen bepaalde gedragingen en hun bredere systemische context. Hiervoor wordt als analyse-instrument de analysecirkel gebruikt;
- 2.** De FAST-behandelaren maken gebruik van de krachten van een gezin en zijn systeem. Er wordt gezocht naar interventies die snel leiden tot succeservaringen om de motivatie te versterken. Hier helpt het maken van de analysecirkel bij, omdat er ook gekeken wordt naar factoren die (soms) aanwezig zijn en die het probleem verminderen;
- 3.** De ingezette interventies leiden tot meer beschermende factoren en geven de jongere en de opvoeder(s) en andere betrokken systeemleden meer handvatten om de negatieve spiraal te doorbreken en meer verantwoordelijk gedrag te laten zien;
- 4.** De interventies zijn gericht op het hier en nu, op concrete acties en hebben betrekking op specifieke en helder omschreven problemen die door het gezin worden herkend;
- 5.** De interventies zijn responsief. Ze sluiten aan bij het ontwikkelingsniveau en de ontwikkelingsbehoeften van de jongere en de opvoeder(s), maar ook bij de mate van motivatie, de leerstijl en culturele achtergrond;
- 6.** Belangrijke basisvoorwaarden van FAST zijn overgenomen van de methode Nieuwe Autoriteit. Tijdens de behandeling is altijd aandacht voor het zorgdragen van veiligheid, het realiseren van voldoende steun van belangrijke systeemleden en het leren communiceren en begrenzen zonder agressie. De interventies zijn daarom vanaf het begin gericht op het verbeteren van de interacties binnen en tussen diverse systemen. Focus ligt in eerste instantie op het verminderen van conflicten en het verbeteren van



de kwaliteit van het contact. Opvoeders kunnen zonder het bijzijn van de jongere oefenen met verschillende vaardigheden;

- 7.** Een deel van de interventies zijn gericht op individuele risicofactoren. Dit betekent dat een jongere ook zonder opvoeder(s) gezien kan worden door een FAST-behandelaar. Als de jongere ook individuele behandeling krijgt aangeboden, dan kan dit door een tweede behandelaar worden uitgevoerd. Dit is aan de orde als:
  - de jongere erg wantrouwend is en/of zelf aangeeft dat hij liever een eigen behandelaar heeft;
  - het door de dynamiek/complexiteit van het gezin voor de behandelaar onmogelijk is om het principe van de meervoudige partijdigheid te waarborgen;
  - de behandelcontext erg complex is, waardoor het voor de kwaliteit en de veiligheid van de behandelaar beter is als er een tweede behandelaar wordt toegevoegd.
- 8.** De interventies vereisen een regelmatige (dagelijkse of wekelijkse) inspanning van de jongere en de systeemleden, zodat de continuïteit wordt gestimuleerd en de kans op verandering wordt vergroot. Dit kan eventueel extra worden gestimuleerd door toepassing van blended care;
- 9.** De effectiviteit van de behandeling/interventies wordt elke twee weken vanuit verschillende perspectieven geëvalueerd aan de hand van het EIS-formulier; de behandelaar poogt belemmeringen voor succes weg te nemen;
- 10.** De ingezette interventies zijn gericht op generalisatie en handhaving van de gerealiseerde veranderingen door 'empowering' (competentievergroting) van de jongere en de opvoeder(s) en het versterken van steunende systemen.

## 2. Uitvoering

### *Materialen*

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding. Deze handleiding bevat vrijwel alle informatie die ook in dit werkblad is te vinden.
2. Programma handleiding voor de behandelaar. Deze handleiding bevat ondersteunende informatie over het aanbieden van FAST met specifieke aandacht voor de wijze waarop de problematiek van een jongere en het gezin wordt geanalyseerd en aangepakt. Verder biedt het verdiepende kennis m.b.t. de basistechnieken van een FAST-behandelaar, het behandelen van bijvoorbeeld agressieproblematiek, traumagerelateerde klachten, cliënten met een LVB, verminderen van problematisch middelengebruik, etc. Ook worden er in een hoofdstuk de richtlijnen beschreven die voor een behandelaar nodig zijn om met de gezinsmodule te kunnen werken. In een ander hoofdstuk wordt ingegaan op het werken met de modules van de AROPmaat die door FAST worden gebruikt;
3. Gezinsmodule voor de opvoeders, de jongere en de behandelaar: met specifiek aandacht voor psycho-educatie, de wijze waarop de methode Nieuwe Autoriteit is geïntegreerd, het werken met de analysecirkel, het verkrijgen van steun, het aanleren van essentiële opvoedingsvaardigheden, zoals het valideren, het tonen van interesse en het begrenzen en het leren kennen van elkaars rode knoppen. Ook wordt er aandacht besteed aan het stoppen/minderen van spijbelgedrag en problematisch middelengebruik;
4. Modules voor de jongeren en de behandelaar afkomstig uit de AROPmaat-methodiek. Het gaat om de modules die gericht zijn op het verminderen van boosheid en het verbeteren van de executieve functies. Namelijk de module Verminderen van stress en boosheid, Impulsen de baas, Beheersingsvaardigheden, Juist waarnemen en interpreteren en Emotieregulatie.  
**N.B.** De gezinsmodule en de AROPmaat-modules zijn geschreven voor de cliënten, maar bieden ook houvast voor de behandelaar. Aan de hand van de module met het hoofdstuk in de algemene programma handleiding over de modules, krijgt de behandelaar een duidelijk beeld en kader aangereikt over de inhoud. Door de uitgewerkte modules wordt het duidelijk welke theorie er wordt behandeld, welke oefeningen er worden gedaan en hoe deze kunnen worden aangeboden;
5. Modules voor opvoeder(s) en de behandelaar afkomstig van de AROPmaat-methodiek voor volwassenen met daarin opgenomen twee modules gericht op het verbeteren van een tekort aan executieve functies (Module Stressreductie en Beheersingsvaardigheden);
6. Managementhandleiding voor de behandelaar en managers van de instelling. 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 in grote lijnen het aanbod van de basisopleiding voor toekomstige FAST-behandelaren beschreven.

Verder bestaat er een PowerPoint die gebruikt kan worden om de behandeling intern of aan ketenpartners uit te leggen. Ook is er een folder / factsheet over FAST leverbaar. Dit kan gebruikt worden om FAST op de kaart te zetten bij de gemeenten, maar ook binnen

de JJI's en de gesloten Jeugdzorg. De interventie kan immers ook worden ingezet als een transmurale behandelvorm.

### *Locatie en type organisatie*

De interventie kan worden uitgevoerd door een forensische ambulante zorginstelling die beschikt over de inzet van een kinder- en jeugd psychiater, en over voldoende jeugdbehandelaren die thuis zijn in het systemisch en outreachend werken en kennis hebben van de cognitieve gedragstherapie. De forensische ambulante zorginstelling kan FAST starten bij gezinnen van jongeren die (nog) gesloten zijn geplaatst als zij binnen twee maanden weer naar huis terugkeren. FAST wordt grotendeels uitgevoerd in de leefomgeving van de jongere (thuis, op school, in de buurt). De FAST-behandelaar is onderdeel van een behandelteam van minstens drie behandelaren, waaronder een FAST-PV.

### *Opleiding en competenties van de uitvoerders*

Als vooropleiding dient een FAST-behandelaar universitair (psychologie of orthopedagogiek) of hbo+ (sociaal-agogisch) opgeleid te zijn. De FAST-behandelaar is tevens geschoold in het systeemgericht werken en/of het toepassen van cognitieve gedragstherapie. Kennis over de methode Nieuwe Autoriteit en ontwikkelingspsychologie is een pré. Binnen een FAST-team dient bij voorkeur een behandelaar aanwezig te zijn die EMDR kan aanbieden. Mocht dit niet zo zijn dan kan een andere Jeugd-behandelaar van de forensische zorginstelling dit aanbieden. FAST-behandelaren en FAST-PV zijn verplicht om een specifieke FAST-opleiding te volgen. Hier wordt uitgebreid bij stil gestaan bij het onderdeel over de kwaliteitsbewaking.

### Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

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

- De FAST-behandelaar heeft affiniteit en ervaring opgedaan in het outreachend en systeemgericht werken en/of het toepassen van cognitieve gedragstherapie;
- De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het behandelen binnen de forensische setting;
- De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen. Hierbij zijn sensitiviteit, geduld en doorzettingsvermogen relevant;

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

### *Kwaliteitsbewaking*

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

1. De instelling heeft een FAST-coördinator in dienst die de FAST-PV aanstuurt;
2. Een instelling zorgt dat er per vestiging een PV wordt aangesteld die verantwoordelijk is voor de programma-integriteit van FAST;
3. De PV volgt jaarlijks minimaal drie dagdelen voor de PV's en krijgt naar behoefte begeleiding van de FAST-coördinator;

4. FAST-behandelaren voldoen aan de gestelde opleidings- en competentie-eisen (zie vorige kopje);
5. De FAST-behandelaren volgen een FAST-basisopleiding, de basisopleiding AROPmaat Jeugd en de jaarlijkse FAST-boostersessie en AR-boostersessie;
6. Het aanbieden van een wekelijkse FAST-intervisie. Er is tijdens deze interventie ook ruimte voor intervisiemomenten gericht op de FAST-methodiek en persoonlijke leerpunten;
7. Het volgen van de maandelijkse AROPmaat interventie van anderhalf uur;
8. Het voldoen aan de minimale eis om 20 uur per week FAST aan te bieden (indirecte en directe uren); dit biedt garantie op voldoende flexibiliteit en om de kennis en deskundigheid van een FAST-behandelaar verder te ontwikkelen en op een hoog niveau te houden;
9. FAST wordt aangeboden aan jongeren die hier daadwerkelijk voor geïndiceerd zijn;
10. Tijdens het aanbieden van een FAST-behandeling wordt de behandeling gemonitord aan de hand van de EIS en een tweemaandelijks behandelchecklist. Aan het einde van de behandeling wordt een eind-evaluatielijst ingevuld, zodat gecontroleerd kan worden of voldaan wordt aan de meest essentiële FAST-methoden en technieken. Deze eind-evaluatielijsten worden door zowel de behandelaar, de jongere als opvoeder(s) ingevuld. Aan jongeren en opvoeder(s) wordt specifiek gevraagd wat zij van het programma vinden. De tweemaandelijks behandelchecklist dient als ondersteuningsmiddel en wordt in het begin zelfs elke vier weken door de behandelaar ingevuld, totdat de FAST-behandelingen goed lopen. Het instrument wordt ook toegepast voor het uitvoeren van procesevaluaties.

### *Randvoorwaarden*

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

1. De FAST-PV krijgt 3 tot 4 uur per week extra tijd voor het verrichten van ondersteunende werkzaamheden die niet declarabel zijn, zoals het niet casuïstiek gericht begeleiden van FAST-behandelaren, het ontvangen van begeleiding van de FAST-coördinator, zorgdragen voor de PR, het zorgdragen voor nul- en eindmetingen en eind-evaluatieformulieren (ROM-en);
2. FAST-behandelaren dienen voldoende indirecte tijd te krijgen (50% directe tijd om 50% indirecte tijd, exclusief reistijd) voor het uitvoeren van coördinerende taken, het afstemmen met systeemleden en ketenpartners, en voor het outreachend werken. De behandelafspraken vinden immers meestal plaats in de leefomgeving van de jongere en niet op de poli;
3. Om FAST te kunnen bieden, heeft elke behandelaar een smartphone nodig en de mogelijkheid om mobiel op de werkomgeving in te loggen;
4. Een FAST-team bestaat uit minimaal drie behandelaren (inclusief de FAST-PV) en maximaal uit zes behandelaren. In het team dient een hoofdbehandelaar (GZ-psycholoog of klinisch psycholoog) aanwezig te zijn.
5. Als er een tweede behandelaar wordt ingezet, dan richt deze behandelaar zich op het verminderen van risicofactoren bij de jongere. Informatie die de jongere in vertrouwen met de behandelaar deelt, wordt alleen met de opvoeder(s) gedeeld als de veiligheid in het heden of de toekomst in het geding is of de ontwikkeling van de jongere bedreigd wordt. Tenzij de jongere en opvoeder(s) hier andere afspraken over maken.

Als er samen met de jongere en de opvoeders wordt gewerkt, kunnen beide behandelaren hierbij aanwezig zijn. Zo niet dan doet de behandelaar dit die ook de opvoeder(s) behandelt.

6. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen.
7. Voor elke deelnemer is de gezinsmodule en de geïndiceerde optionele modules beschikbaar.

De FAST-behandelaar kan gebruik maken van de gevoelswereldspel, kwaliteitenspel, en opvoedingsspel. Dit zijn kaartjes waar gevoelens op staan, eigenschappen en uitgangspunten die voor het opvoeden belangrijk gevonden kunnen worden. De kaartjes worden gebruikt bij diverse oefeningen die in de gezinsmodule en de AR-modules staan beschreven.

### *Implementatie*

#### *Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:*

Op het moment dat een instelling interesse toont in FAST, voert de FAST-programmamanager 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 waarborgen van de kwaliteitsbewaking. Er wordt geïnventariseerd wat hiervoor nodig is en welke obstakels eventueel genomen moeten worden. Specifieke aandacht wordt ook besteed aan de interne PR, zodat er op tijd voorlichtingspresentaties gegeven worden aan verschillende functiegroepen. De FAST-behandelaren krijgen een basisopleiding aangeboden en worden op die manier verder op weg geholpen. De PV'ers krijgen tijdens een PV-dag uitleg over zijn taken en verantwoordelijkheden.

#### *Ondersteuning tijdens de opstartfase:*

De interventie kan vrij gemakkelijk worden aangeboden door FAST-behandelaren als zij de FAST-basisopleiding hebben gevolgd en voldoen aan de competentie- en opleidingseisen. Zij beschikken immers al over behandelervaring, bovendien biedt de wekelijkse intervisie en de begeleiding van de PV veel houvast. In de startfase is er rekening gehouden met extra begeleiding vanuit de FAST-programmamanager aan de FAST-PV'ers voor het beantwoorden van alle vragen. Ook is er een terugkomdag na twee maanden voor alle behandelaren waarin aandacht is voor de vragen en ervaringen die tot nu toe zijn opgedaan.

### *Kosten*

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

Behandeluren (50% directe tijd X 50% indirecte tijd (exclusief reistijd), zoals voorbereiding, verslaglegging, evalueren, intervisie, overdracht en afstemming met o.a. Ketenpartners, school, hoofdbehandelaar, eventuele mede-behandelaren en eventuele reclassering) x 105 euro per uur = ....

*Stel dat er uitgegaan wordt van een gemiddelde behandeling van 147 uur (twee maanden verlenging met gehalveerde intensiteit en een nazorg van zes weken (3 uur per week), kom je uit op een bedrag van 15.435 euro.*

Extra tijdsinvestering programmaverantwoordelijke (PV):

Een PV besteedt naast de kosten die gemaakt worden als FAST-behandelaar (zie hierboven) in het eerste jaar 4 uur per week aan extra taken (zoals zorgdragen voor

werkbegeleiding en PR) die niet declarabel zijn. Daarna kan dit meestal worden teruggebracht naar 3 uur per week. Dit hangt echter af van de doorstroom in een team en de mate waarin er gewerkt wordt met ervaren behandelaren:

4 uur X 44 weken X 105 (gemiddelde uurloon in productie = 18.480 euro
---

#### Kosten opleiding

Een instelling is voor een booster of opleidingsdag gemiddeld genomen 1400 euro kwijt. Afhankelijk van het thema van de booster kunnen er ook externe opleiders worden ingezet. Het volgen van een booster door een behandelaar vraagt om een investering, aangezien de behandelaar geen productie kan draaien. Het gaat gemiddeld genomen per behandelaar om een bedrag van 650 euro per dag.

#### Kosten materiaal

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

## 3. Onderbouwing

### *Probleem*

#### *Probleem*

FAST richt zich op jongeren die ernstig antisociaal gedrag vertonen in de leeftijd van 12 tot 18 jaar. Met antisociaal gedrag wordt een herhalend en hardnekkig gedragspatroon bedoeld, waarbij de fundamentele rechten van anderen worden geschonden, zoals vechten of stelen, of belangrijke bij de leeftijd passende regels of normen worden overtreden, zoals liegen en spijbelen. Ook agressief gedrag wordt gerekend tot antisociaal gedrag. Agressie kan worden opgevat als het inadequaat uiten van woede d.m.v. slaan, trappen en schelden, of iemand bespotten, afkraken, bedreigen of bang maken, maar ook als gedrag dat bedoeld is om een ander daadwerkelijk (fysiek) te schaden of eigen voordeel mee te halen (Anderson & Bushman, 2002).

Antisociaal gedrag gaat 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-5 (DSM-5: American Psychiatric Association, 2013). Als een bijkomende stoornis (ook internaliserende problematiek) een belangrijke rol speelt bij de totstandkoming van het (externaliserende) verwijsgedrag, wordt dit ook aangepakt. Ook om die reden maakt FAST gebruik van een kinder- en jeugdpsychiater.

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

De FAST-doelgroep bestaat zowel uit Nederlandse jongeren als jongeren van verschillende etnische afkomst, in het bijzonder Surinaams, Antilliaans, Marokkaans en Turks. De praktijk leert dat bij ongeveer 70% van de jongeren die in aanmerking komen voor de FAST, het antisociale gedrag is gerelateerd aan een gedragsstoornis. Bij ca. 35% gaat het om een antisociale gedragsstoornis; deze stoornis komt voor bij ongeveer 5,6% van de Nederlandse jongeren vanaf 13 jaar. Bij jongens is vaker sprake van antisociaal gedrag dan bij meisjes. Dit betekent dat FAST gemiddeld genomen vaker aan jongens en hun opvoeder(s) wordt aangeboden (75% is een jongen en 25% is een meisje). Er zijn weinig verschillen in de aard en ernst van gedragsproblemen tussen landen en culturen. Wel komen gedragsproblemen relatief vaker voor in lagere sociaaleconomische klassen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014).

### *Gevolgen*

De gedragsproblemen bij FAST-doelgroep hebben vaak al geleid tot delictgedrag, denk hierbij aan bedreiging, mishandeling, zware mishandeling, vermogensdelicten, brandstichting, etc. Niets doen betekent dat de kans op terugval hoog is, ook op volwassen leeftijd (Garrido & Morales, 2007; Schubert, Mulvey, Loughran, & Loyosa, 2012; Wartna, et al., 2010; Wartna et al., 2014). Daarnaast hebben jongeren die crimineel gedrag vertonen een verhoogd risico om als volwassene in een criminele buurt te (blijven) wonen en om te gaan met drugs gebruikende leeftijdgenoten (Brook Lee, Finch,

Brown, & Brook, 2013). Als de criminaliteit doorzet tot in de volwassenheid, worden ook andere levensdomeinen negatief beïnvloed, zoals een stabiele woonsituatie, een stabiele relatie en een stabiele werkomgeving (Piquero, Farrington, Nagin, & Moffit, 2010).

### *Oorzaken*

#### Sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel

FAST maakt als paraplu van het theoretische kader gebruik van het sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel voor probleemgedrag (Van der Ploeg, Scholte & Nijkerk, 1990). Volgens dit model spelen zowel individuele risicofactoren (biologisch en psychisch) als omgevingsgebonden risicofactoren (gezin en sociale omstandigheden) een rol bij de ontwikkeling van probleemgedrag (zoals antisociaal gedrag c.q. delictgedrag). Het sociaal-ecologisch ontwikkelingsmodel gaat ervan uit dat de kans op antisociaal gedrag steeds groter wordt als er meer dan één stressfactor en/of criminogene risicofactor aanwezig is. Elke extra criminogene risicofactor vergroot de kans sprongsgewijs op het ontwikkelen van (ernstig) antisociaal gedrag (Farrington, 1997). De draaglast wordt dan namelijk steeds kleiner, tenzij er voldoende beschermende factoren aanwezig zijn om de draaglast te compenseren. In de meeste gevallen bestaan beschermende factoren uit het tegengestelde van risicofactoren: het risico is afwezig of er is sprake van een positieve tegenhanger. Het sociaal-ecologisch model is transactioneel van aard: het model houdt rekening met veranderingen in het kind / jongere en in zijn omgeving, en de wisselwerkingen hiertussen die gedurende de ontwikkeling plaatsvinden. Deze wederzijdse beïnvloeding vindt plaats binnen verschillende socialisatiekaders (sociaal-ecologische ringen). Zo kunnen ongunstige sociale omstandigheden (wonen in een criminele buurt, verkeerde vrienden) in wisselwerking met negatieve *levenservaringen met* opvoeders, leeftijdgenoten en docenten een risico vormen voor de ontwikkeling van het antisociale gedrag. Zeker als er ook sprake is van ADHD, PTSS en/of problematisch middelengebruik. Hierbij is het ook relevant hoe de omgeving reageert op een eventuele stoornis van een kind en antisociale gedragingen (sociaal-cognitieve leertheorie; Bandura, 1997).

Binnen FAST wordt het wederkerig proces tussen de intrapsychische factoren van de jongere en de verschillende socialisatiekaders verder uitgewerkt. Dit gebeurt aan de hand van de systeemtheorie en het cognitief gedragtherapeutische model.

#### *De cybernetische en structurele systeemtheorie*

Conform het sociaal-ecologisch model gaan de cybernetische en structurele systeemtheorie uit van een wederkerig proces tussen veranderingen in het kind en veranderingen in zijn omgeving. Het ontstaan van gedragsproblemen- en delictgedrag wordt door de cybernetische systeemtheorie vooral verklaard door de aanwezigheid van steeds vaker voortkomende negatieve interacties binnen het familiesysteem. Een reeks van negatieve interacties kan leiden tot een vicieuze cirkel. Het kind / de jongere ervaart dan bijvoorbeeld steeds minder momenten van bevestiging en genegenheid, dit betekent meestal dat hij/zij contact met familie vermijdt en op zoek gaat naar een andere manier om bevestiging te krijgen, bijvoorbeeld door het krijgen van (antisociale) vrienden (Klahr, Burt, McGue, & Iacono, 2011). Doordat de interactie is verstoord, ontstaat er stress en ouders kunnen hierop reageren door zich minder competent te voelen in het opvoeden (Prinz, Deković, & Reitzel, 2008). Deze gevoelens zorgen ervoor dat ouders zich terug trekken of juist te rigide vasthouden aan opvoedingspatronen die niet meer passen bij de leeftijd van hun kind (Jagers, 2001) of die leiden tot steeds grotere conflicten.



### *Het cognitief gedragstherapeutische model*

Om de cognitieve en emotionele processen in de ontwikkeling van externaliserende gedragsproblemen beter te kunnen begrijpen, biedt het cognitief gedragstherapeutische model (CGT-model; Beck & Haigh, 2014) handvatten. Dit model is onder andere gebaseerd op de sociale en cognitieve leertheorie en veronderstelt kort samengevat dat probleemgedrag een gevolg is van het hanteren van disfunctionele cognitieve schema's / gedachten. Deze disfunctionele schema's staan centraal in het verwerken van sociale informatie en bepalen voor een groot deel de emotionele reactie en het gedrag (zeker als het gepaard gaat met een tekort aan executieve functies). Disfunctionele schema's worden hierbij opgevat als hardnekkige (kern)overtuigingen en verwachtingen die mensen hebben gevormd op basis van ervaringen in de (vroeg) kindertijd en adolescentie.

Hieronder worden de verschillende criminogene risicofactoren die een rol (kunnen) spelen bij de ontwikkeling van externaliserende probleemgedrag verder uitgewerkt.

#### Individuele risicofactoren

Het blijkt dat voornamelijk individuele risicovolle factoren die betrekking hebben op iemands houding en denkwijze (cognitieve vervormingen; Wallinius, Johansson, Lardén, & Dernevik, 2011) direct samenhangen met delinquent gedrag en recidive bij adolescenten vanaf 14 jaar (Van der Put et al., 2012). Zeker als er ook sprake is van een tekort aan executieve functies (Koot et al., 2008; Syngelaki, Moore, Savage, Fairchild, & Van Goozen, 2009). Executieve functies zijn cognitieve processen die nodig zijn om doelgericht, efficiënt en sociaal aangepast gedrag te organiseren in nieuwe, onbekende situaties (Huizinga, 2007). Volgens Diamond (2013) zijn vooral het werkgeheugen, de cognitieve flexibiliteit en de inhibitie relevant voor het verminderen van antisociaal gedrag. Onder deze executieve functies speelt ook een tekort aan copingvaardigheden een rol (Bell & Deater-Deckard, 2007). Het gaat hierbij om copingvaardigheden die een beroep doen op het kunnen reguleren van emoties; het kunnen toepassen van oplossingen en passende sociale vaardigheden (Van der Laan & Blom, 2006) en het adequaat omgaan met stress<sup>2</sup> (Kovacs et al., 2006). Het niet adequaat omgaan met (chronische) stress belemmert de executieve functies.

Naast cognitieve vervormingen en executieve functies, zijn er nog meer individuele risicofactoren bekend voor antisociaal gedrag bij jongeren. Zo speelt psychiatrische problematiek een rol. Ter illustratie, Rösler et al. (2004) vonden bijvoorbeeld dat slechts 8,5% in hun steekproef van delinquente jongeren géén psychiatrische diagnose had. Vooral ADHD is bekend als risicofactor voor antisociaal gedrag en delinquentie (Loeber, 1990) en vergroot de kans op recidive (Vermeiren, Schwab-Stone, Ruchkin, De Clippele, & Deboutte, 2002). Ook komt problematisch middelengebruik relatief vaak voor (Mulder, Brand, Bullens, Van Marle, 2010; Saner & Ellickson, 1996). Verder zijn ook traumagerelateerde klachten (PTSS) gerelateerd aan het vertonen van agressief gedrag (Steiner, Garcia, Matthews, 1997; Vermeiren et al., 2002).

#### Gezins- en omgevingsfactoren

Negatieve ouder-kind interacties vergroten het risico op het ontwikkelen en in stand houden van antisociaal gedrag (e.g., Kawabata, Alink, Tseng, Van IJzendoorn, & Crick,

---

<sup>2</sup> 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).

2011). Ook uit het onderzoek van Van Doorn, Branje en Meeus (2008) kwam naar voren dat adolescenten die veel conflicten met hun ouders rapporteerden, vaker en ernstigere vormen 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 gedrag van jongeren (Hoeve et al., 2009; Keijsers, Loeber, Branje, Meeus, 2011). Op het niveau van het gezin zijn ook het gebrek aan monitoring, ineffectieve regelstelling, specifieke problemen bij de ouders (psychiatrische problematiek; problematisch middelengebruik; crimineel gedrag) criminogene risicofactoren (Loeber, 1990; Sander & Ellickson, 1996; Mulder et al., 2010).

Als de relatie met opvoeders slecht is en er geen positieve ondersteuning van een andere volwassen persoon aanwezig is, dan is dit een extra risicofactor voor het ontwikkelen van gedragsproblemen (Scholte, Van Lieshout, & Van Aken, 2001). Uit Nederlands onderzoek blijkt dat het hebben van een deviante vriendengroep verband heeft met het tonen van delictgedrag (Van de Rakt, Weerman, & Need, 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 bij jongeren, zij zijn dus gevoelig voor groepsdruk. Spijbelen, weinig tot geen aansluiting met school, slechte schoolprestaties en sociale uitsluiting zijn ook risicofactoren (Scholte & Doreleijers, 2001; Van der Laan & Blom, 2006; Van der Put et al., 2011).

#### *Aan te pakken factoren*

FAST is zowel gericht is op het verminderen van dynamische (veranderbare) criminogene risicofactoren als het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren (Loeber, Slot, & Stouthamer-Loeber, 2008). Bij FAST leidt het succesvol verminderen van een risicofactor meteen tot het realiseren van een beschermende factor die de invloed van een andere risicofactor kan beperken. Soms kan het motiverend werken om vooral de nadruk te leggen op het versterken van de beschermende factoren.

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

*De aanwezigheid van een negatieve interactie (teveel aan conflicten en slecht contact) tussen jongere en opvoeder(s):* Dit is gerelateerd aan doel 3 en 4 van de algemene FAST-doelen gericht op de opvoeders en de jongeren.

*De aanwezigheid van een tekort aan oplossings- en opvoedingsvaardigheden bij opvoeder(s).* Dit is gerelateerd aan doel 1 en 2 van de algemene FAST-doelen voor de opvoeders.

*De afwezigheid van een steunend netwerk.* Dit is gerelateerd aan doel 2 van de algemene FAST-doelen voor de opvoeder en de jongeren.

*De aanwezigheid van een antisociale vriendenkring:* Dit is gerelateerd aan doel 2 van de algemene FAST-doelen voor de jongere.

*De afwezigheid van een adequate dagbesteding van de jongere:* Dit is gerelateerd aan doel 1 van de algemene FAST-doelen voor de jongere.

De aanwezigheid van As-1 problematiek: Dit is gerelateerd aan doel 3 van de algemene FAST-doelen voor de jongere.

De aanwezigheid van cognitieve vervormingen: Dit is gerelateerd aan doel 4 van de optionele FAST-doelen voor de jongere.

De aanwezigheid van executief disfunctioneren Dit is gerelateerd aan doel 1, 2, 3 en 5 van de optionele FAST-doelen.

Om precies te weten hoe de criminogene risicofactoren aangepakt kunnen worden en hoe de bijbehorende doelen gerealiseerd kunnen worden, is het nodig om een analysecirkel te maken. Het wordt dan immers helder welke aspecten in het gezin ervoor zorgen dat de criminogene risicofactor in stand wordt gehouden en wat er nodig is om dit te doorbreken. Als een aanpak blijkt te werken die relevant is voor systeemleden uit andere levensgebieden, wordt dit met hen gecommuniceerd en worden er stappen ondernomen dat deze aanpak bijvoorbeeld ook op school wordt gehanteerd.

### *Verantwoording*

Zoals de FAST-onderbouwing laat zien, kunnen vele factoren een rol spelen bij het ontstaan, de instandhouding en/of het beïnvloeden van antisociale gedragsproblemen (Van Yperen, 2001). Om verandering te realiseren is FAST gebaseerd op de RNR-principes (*risk-need-responsivity*; e.g., Andrews & Bonta, 2010). Deze leiden tot significant meer recidivevermindering in vergelijking tot interventies die geen gebruik hebben gemaakt van deze principes (Bonta & Andrews, 2007). Ook is het mogelijk om aan de hand van het RNR-model relevante interventie-onderdelen te integreren die uit verschillende meta-analyses als recidive-verlagend naar voren komen bij adolescenten die (ernstige) externaliserende gedragsproblemen vertonen. Volgens de RNR-principes is het van belang dat de intensiteit van de behandeling (frequentie en duur) is afgestemd op het recidiverisico (risicoprincipe). Dit betekent dat de behandeling van jongeren met een hoog recidiverisico vraagt om een meer intensieve en langdurige behandeling in vergelijking tot jongeren met een matig recidiverisico. Daarnaast dienen de behandeldoelen gerelateerd te zijn aan de dynamische criminogene risicofactoren (behoefteprincipe) die een rol spelen bij de jongere. Met name de aanpak van dynamische (veranderbare) criminogene factoren is van belang om het recidiverisico te verminderen. Vervolgens is het relevant dat er rekening wordt gehouden met de ontvankelijkheid van een individu voor een bepaalde interventie (Menger & Krechtig, 2008; Verdonck & 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 FAST-doelgroep effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2007). Specifieke responsiviteit staat voor het zorgdragen voor een goede werkalliantie en afstemming tussen de opvoeder(s) en de jongere en de behandelaar (Menger & Krechtig, 2008). Om dit te realiseren is het van belang dat de behandelaar kijkt naar de persoonlijkheid (Van den Hurk & Nelissen, 2004), de intellectuele cognitieve en sociale (on)mogelijkheden (Verdonck & Jaspaert, 2009), de aard van de problematiek (Bonta & Andrews, 2007), de behandelmotivatie en de leerstijl van de opvoeder(s) en de jongere (Menger & Krechtig, 2008).

### Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de FAST

#### *A: Risicobeginsel*

Het is van belang dat de behandelaar via afname van de RAF-GZZ Jeugd (risicotaxatie-

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 kan al grotendeels worden ingeschat hoe lang de behandeling zal gaan duren. Als het recidiverisico hoog is, zal er verlenging van de behandeling aan de orde zijn. De duur en intensiteit van de verlenging is overigens ook afhankelijk van de hardnekkigheid van de problematiek en de draagkracht van het gezin.

### *B: Behoeftebeginsel*

Uit de diagnose volgens de DSM-IV/5 en de uitkomst van de RAF-GGZ Jeugd wordt duidelijk welke criminogene risicofactoren bij de jongere kritisch zijn en dus behandeld moeten worden. Als blijkt dat de jongere en het gezin geïndiceerd zijn voor FAST, zal er in ieder geval gewerkt worden aan de risicofactoren die FAST standaard behandelt. Er is echter ook ruimte om maatwerk te leveren door via het optionele aanbod in te gaan op andere kritische risicofactoren, als deze aan de orde zijn. Daarnaast wordt maatwerk geleverd door aan de hand van de analysecirkels te onderzoeken welke risico- en beschermende factoren een rol spelen bij het probleemgedrag en welke het meest op de voorgrond staan en als eerste aangepakt moeten worden. Door elke twee weken de voortgang te evalueren tijdens een FAST-intervisie, maar ook met het gezin, kan er getoetst worden of de gestelde hypothese nog klopt.

### *C. Responsiviteitsbeginsel*

#### *1. Algemeen responsiviteitsprincipe*

Om te voldoen aan de algemene responsiviteit maakt FAST gebruik van technieken die bij een soortgelijke FAST-doelgroep effectief blijken te zijn (e.g., Andrews & Bonta, 2010; Van der Stouwe, Asscher, Stams, Deković, & Van der Laan, 2014). Het gaat om een combinatie van multisysteembehandeling en cognitieve

gedragstherapie, zoals ook door de Nederlandse richtlijn voor behandelen van ernstige gedragsproblemen wordt aangegeven. Hierbij is er aandacht voor het opbouwen van een behandelrelatie, het behandelen van individuele risicofactoren (indien van toepassing dan de inzet van ARopMaat-modules, EMDR en farmacotherapie) en het inzetten van therapeutische technieken gericht op het verbeteren van de opvoedvaardigheden van ouders met specifieke aandacht voor het minderen van conflicten en het verbeteren van het contact. Hieronder wordt onderbouwd en beschreven om welke technieken het gaat:

#### 1a. Systeemtherapie

Onderzoek heeft aangetoond dat systeemgerichte gezinstherapieën effectief zijn voor de behandeling van antisociaal gedrag (e.g. Asscher et al., 2014, Carr, 2014; Van der Stouwe et al., 2014; Schaeffer & Borduin, 2005). Van belang hierbij is dat de gezinstherapie gericht is op de jongere, ouders en factoren buiten het gezin, zoals omgang met deviante leeftijdgenoten en het ontbreken van een sociaal netwerk (Murrihy, Kidman, & Ollendick, 2010). FAST focust zich hierbij ook op het belang van de samenwerking in de keten ten behoeve van de cliënt. FAST maakt gebruik van enkele principes van Multisysteemtherapie (MST; Henggeler, 1999). Belangrijk hierbij is dat het uitgangspunt wordt gehanteerd dat behandeling zoveel mogelijk plaats dient te vinden in de eigen omgeving van de jongere en zijn systeemleden om zo de ecologische validiteit te vergroten (Van der Laan, Slotboom & Stams, 2010). FAST versterkt dit principe door gebruik te maken van de sociale media aan de hand van mail, app, sms-berichtjes en blended-care-behandeling. Door een steunend netwerk te realiseren dat meer aanzet tot

prosociaal gedrag is de kans groter dat ook na afronding van de behandeling de bereikte veranderingen in stand blijven en uithuisplaatsing voorkomen kan worden (Henggeler, Schoenwald, ,Borduin, Rowland, & Cunningham, 2010).

#### 1b. Onderdelen uit de methode Nieuwe Autoriteit (Geweldloos Verzet)

Essentiële onderdelen van de methode 'Nieuwe Autoriteit' worden ingezet om opvoeder(s) met de hulp van de FAST-behandelaar en andere betrokken systeemleden een einde te laten maken aan de onderlinge negatieve interactie. De focus ligt hierbij op het stoppen van agressief en/of opstandig gedrag van de jongere, zonder dat dit tot escalatie leidt (Lebowitz et al., 2012). Zowel nationaal als internationaal onderzoek toont aan dat de methode veelbelovend is (Rodenburg et al., 2010; Weinblatt & Omer, 2008). De onderzoeken laten zien dat er significante verminderingen worden waargenomen in machteloosheid en conflicten en significante verbetering in de kwaliteit van het contact op grond van zelfrapportage. Dit is belangrijk, omdat het verminderen van conflicten en het verbeteren van de kwaliteit van het contact een beschermende factor is tegen antisociaal gedrag (ook als een jongere al (bijna) volwassen is; Karriker-Jatte, Foshee, Ennett, & Suchindran, 2013; Rodriguez et al., 2014).

#### 1c. Cognitief Gedragsbehandelaarsche Elementen (CGT-elementen)

CGT-technieken zullen vooral worden ingezet om aan de individuele risicofactoren te werken. De onderlinge interactie zal positief worden beïnvloed door jongeren (maar ook opvoeder(s)) te helpen cognitieve vervormingen te minderen die het aangaan van contact belemmeren of sneller leiden tot conflicten, maar ook om vaardiger te worden in bijvoorbeeld zelfbeheersing. Uit een groot aantal studies blijkt dat jongeren (en volwassenen) die antisociaal gedrag vertonen responsief zijn voor een behandelaanbod dat gebruik maakt van cognitieve gedragstherapeutische (CGT) elementen (e.g., Foolen, Ince & de Baat, 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 rollenspellen (Lipsey, 2009). Deze onderdelen worden zowel bij de jongere als de opvoeder(s) aangeboden via de gezinsmodule.

Het werken aan de executieve functies kan onder andere worden gerealiseerd door stressreductie (Deffenbacher, 2011) en een verbeterde impulscontrole en emotieregulatie (Landenberger & Lipsey, 2005). Binnen FAST worden enkele modules uit de erkende ambulante gedragsinterventie AROPmaat gebruikt (NJI, 2016) als het nodig is om hier aan te werken. Ook binnen de AROPmaat zijn bovengenoemde CGT-elementen geïntegreerd. Een pilot-onderzoek naar de werking van enkele AROPmaat-modules die gericht zijn op het verbeteren van de executieve functies laten positieve veranderingen zien (Bonnes, 2014).

#### *2. Specifieke responsiviteitsprincipe*

Aangezien er sprake is van maatwerk en aandacht voor 'responsief behandelen' worden FAST-behandelaren gestimuleerd om ervoor te zorgen dat de aard van het contact en de uitleg, gebruikte voorbeelden, verbale instructies, en oefeningen, aansluiten bij de cognitieve mogelijkheden, motivatie, eigenschappen, culturele achtergrond en leerstijl van het gezin / de jongere.

### Doorlopend motiveren

Aangezien een deel van de FAST-doelgroep gedemotiveerd is, zet de FAST-behandelaar doorlopend verschillende motivatietechnieken in om motivatieverandering te stimuleren (De Lange et al., 2014). Hierbij is het van belang dat de toegepaste technieken aansluiten bij het motivatieniveau van de jongere en de opvoeder(s) en inspelen op de verschillende domeinen die de motivatie kunnen beïnvloeden. FAST benadert motivatie als een veranderbaar begrip dat o.a. wordt bepaald door een proces waarbij de jongere en het gezin en de behandelaar interacteren (Rovers, 2010). Voorbeelden van relevante motivatietechnieken zijn:

1. Vanuit het systemische gedachtegoed is verandering in houding en aanpak bij opvoeder(s) erg relevant om verandering in het gedrag bij de jongere te realiseren. Voor de FAST-behandeling is om die reden de betrokkenheid en motivatie van de opvoeder(s) relevant. In de opzet van het FAST-behandelprogramma is hier specifiek rekening mee gehouden door te behandelen in de leefomgeving van het gezin en langs te komen op tijden dat dit voor de gezinsleden uitkomt. Daarnaast worden opvoeder(s) gemotiveerd door het gemeenschappelijke belang te benadrukken: namelijk zorgen dat het weer goed gaat met hun kind (het stoppen van de negatieve ontwikkeling);
2. Het aangaan van contact en het opbouwen van een werkaliantie;
3. De FAST-behandelaar is gericht op het responsief behandelen en het valideren als basistechniek, zodat het gezin zich begrepen en gewaardeerd voelt;
4. Het prioriteren van de behandeldoelen en de aard van de ingezette interventies worden samen met het gezin bepaald, waardoor er meer draagvlak is;
5. Er wordt gewerkt met het opstellen van een kosten-baten analyse. Hierbij wordt aangesloten bij het eigenbelang van de jongere (agressief gedrag of drugsgebruik of spijbelen is op de lange termijn meestal nadelig voor de jongere zelf);
6. Er wordt gewerkt aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit (Bandura, 1997). Bandura stelt dat verbetering in zelfeffectiviteit een belangrijk mechanisme is voor het veranderen van gedrag. Een goede en realistische zelfeffectiviteit vergroot de motivatie en leerbaarheid, waardoor nieuw gedrag gemakkelijker aan te leren is. Zelfeffectiviteit wordt gevormd door ervaring, sociale modellen, kerngedachten, de mate van ervaren stress en negatieve emoties (Bandura, 1997). De zelfeffectiviteit zal verbeterd worden door aan de FAST-doelen te werken, maar er wordt ook bewust gewerkt met het versterken van de al aanwezige positieve factoren (deze komen naar voren door het maken van een analysecirkel) en door in te zetten op interventies die naar verwachting snel leiden tot succeservaringen. Welke interventies dit zijn is afhankelijk van het gezin, maar het aanleren van een beheersingsvaardigheid of het valideren, leidt in de regel al snel tot een positief resultaat.

Nu verantwoord is met welke aanpak de doelen bij de FAST-doelgroep worden bereikt, is in onderstaande tabel per subdoel aangegeven welke onderdelen van de interventie worden ingezet om dit doel te behalen.

<b>FAST-doelen:</b>	<b>Alle onderdelen worden bereikt door de tien FAST-principes toe te passen en de analysecirkel. Onderstaande interventies (kunnen) worden toegepast om de subdoelen te bereiken:</b>
---------------------	---

De opvoeder/jongere is gemotiveerd om aan de	<i>Toepassen van de FAST-motivatietechnieken.</i>
De jongere en de opvoeders ontvangen meer steun van beschermende systeemleden.	<i>Hoofdstuk 7 van de gezinsmodule.</i>
De jongere en de opvoeder(s) hebben minder vaak conflicten.	<i>Hoofdstuk 2, 5 en 8 (valideren en grenzen stellen, hoofdstuk 9 (rode knoppen en knoppenkrakers) en hoofdstuk 10 (conflicthantering, gericht op het toenassen van conflictremmers) en hoofdstuk 11</i>
De kwaliteit van het contact tussen de jongere en de opvoeder(s) is verbeterd.	<i>Hoofdstuk 5 en 8 van de gezinsmodule, onderdeel interesse tonen.</i>
Opvoeder(s) beschikken over meer copingvaardigheden, in het bijzonder over meer oplossingsvaardigheden in het	<i>Hoofdstuk 1, 3 en 4 en 8 van de gezinsmodule. Module stressreductie van de AROPmaat.</i>
De opvoedingscompetentie van opvoeder(s) zijn verbeterd, ze hebben meer gezag, maar tonen ook (meer) begrip.	<i>Hoofdstuk 8 van de gezinsmodule. Focus op het valideren, begrenzen en regels stellen.</i>
De jongere gaat naar school of heeft werk en houdt dit ook vol.	<i>Hoofdstuk 13 van de gezinsmodule.</i>
De jongere heeft meer prosociale vrienden en laat zich minder negatief beïnvloeden door risicovol gedrag van (een deel van) zijn	<i>Hoofdstuk 12 van de gezinsmodule.</i>
De AS I-problematiek (bijvoorbeeld ADHD, middelenafhankelijkheid, traumagerelateerde klachten) is onder controle en versterkt het externaliserende probleemgedrag niet.	<i>Hoofdstuk 14 van de gezinsmodule. Farmacotherapie EMDR</i>
De jongere/opvoeder reduceert gevoelens van stress en boosheid; er is geen sprake van chronische stress en agressief gedrag.	<i>Module Stressreductie.</i>
De jongere kan eigen impulsen beter waarnemen en deze	<i>Module Impulscontrole.</i>
De jongere / opvoeder beschikt over meer adequate beheersingsvaardigheden.	<i>Module Beheersingsvaardigheden.</i>
De jongere hanteert minder cognitieve vervormingen die het antisociale gedrag in stand houden en/of leiden tot vijandige interpretaties.	<i>Module Juist waarnemen en interpreteren.</i>
De jongere kan zijn emoties beter reguleren.	<i>Module Emotieregulatie.</i>

## 4. Onderzoek

### 4.1 Onderzoek naar de uitvoering

#### A. Procesevaluatie Forensische Ambulante Systeem Therapie (FAST)

Hoogsteder, L.M.

e Waag, Utrecht

Oktober 2016

**B.** Tijdens de procesevaluatie is beschreven hoe de ontwikkeling van FAST tot stand is gekomen. Vervolgens is getoetst of er voldaan is aan de randvoorwaarden van FAST. Denk hierbij aan de gestelde opleidingseisen, de eisen omtrent de caseload, ervaring in het werken met de forensische doelgroep en het volgen van de wekelijks FAST-intervisie. Ook werd uitgebreid stilgestaan bij de vraag of de beoogde doelgroep daadwerkelijk is bereikt. Om de programma-integriteit te kunnen beoordelen, is er naar diverse aspecten gekeken (waaronder de werkzame ingrediënten). Zo is er onder andere stilgestaan of de EIS structureel werd gebruikt om grip te houden op de behandeling in combinatie met de analysecirkel. Ook is bijvoorbeeld bekeken of er voldoende doe-oefeningen uit de gezinsmodule zijn aangeboden en of er interventies vanuit de methode Nieuwe Autoriteit zijn toegepast.

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van enkele methoden gebruikt, namelijk interviews met behandelaars, evaluatiegesprekken met de FAST-teams en de uitkomst van de reguliere evaluatieformulieren om de programma-integriteit te kunnen beoordelen en waarborgen.

De informatie die in dit onderzoek wordt weergegeven, is gebaseerd op gegevens die in de Waag zijn verzameld in de periode van juni 2016 tot half oktober 2016. Er werden hierbij 33 gezinnen betrokken, zeven FAST-behandelaars en twee FAST-programmaverantwoordelijken. Het onderzoek is uitgevoerd op twee vestigingen, namelijk Haarlem en Den Haag.

**C.** Uit de procesevaluatie kan worden gesteld dat er aan de randvoorwaarden was voldaan. Zo voldeden de behandelaars aan de eisen omtrent de opleiding, ervaring en caseload en het volgen van interventie. Ook werd FAST aangeboden aan de beoogde doelgroep en bleek de programma-integriteit in orde. Op beide evaluatieformulieren werd meer dan de minimale score van 70% gehaald, namelijk 74,5% en 77,7%.

Uit de evaluatieformulieren die maandelijks werden ingevuld om het inhoudelijk aanbod van FAST te kunnen beoordelen, kwamen enkele aandachtspunten naar voren. Zo bleek ruim 25% van de jongeren aan te geven dat zij nog niet voldoende gemotiveerd waren. Ook gaf een soortgelijk percentage van de jongeren en de opvoeders aan dat zij niet of onvoldoende bezig waren geweest met het herstellen van het contact en het verminderen van ruzies. Behandelaars herkenden dit, soms was hier inderdaad (nog) onvoldoende aandacht voor geweest. Verder werd vanuit de lijsten die door de behandelaars waren ingevuld duidelijk dat zij tijdens de FAST-intervisie structureel met de EIS hadden gewerkt, maar dat zij vrijwel niet met elkaar oefenden in de wijze waarop je FAST-oefeningen aanbiedt.

Uit de eindevaluatieformulieren die tijdens het afronden van de procesevaluatie of de behandeling zijn ingevuld door tien gezinnen komt naar voren dat FAST door opvoeders en jongeren werd beoordeeld met respectievelijk een 7,9 en 7,6. Zowel de jongeren als de opvoeders geven aan zich volop begrepen te voelen door de behandelaar. Jongeren



en opvoeders hadden bij aanvang van de behandeling weinig grip op de problemen die speelden, zij scoorden de mate van grip respectievelijk met een 3,1 en een 2,7. Tijdens het invullen van het formulier (= veelal niet het einde van de behandeling) kwamen ze uit op een 7,2 (*jongeren*) en 6,8 (*opvoeders*). Op de vraag weke onderdelen/ oefeningen van de behandeling hen heeft geholpen werd zes keer geantwoord dat het doen van rollenspelen en (onderdelen uit) de modules van de AROPmaat helpend waren geweest. Vier jongeren/opvoeders gaven aan dat alle oefeningen hadden geholpen. Uit de interviews en evaluatiegesprekken komen overwegend positieve geluiden over FAST. Behandelaren zijn tevreden met de interventie en vinden het een verrijking om twee behandelaren in te kunnen zetten op een gezin en om zowel aan risicovolle gezinsfactoren als persoonsfactoren te kunnen werken. Wel dient de EIS nog verbeterd te worden. Er kan nog geen uitspraak worden gedaan over de hoeveelheid afgeronde behandelingen die qua programma-integriteit in orde waren. Hiervoor wordt FAST nog te kort aangeboden.

#### **4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten**

Er is nog geen onderzoek gedaan naar de doeltreffendheid of effectiviteit van FAST.

## 5. Samenvatting Werkzame elementen

1. Toepassen van het RNR-model (Andrews & Bonta, 2010; Hoogsteder, Van Horn, Stams, Wissink, & Hendriks, 2015).
2. Voortdurend aandacht voor het aangaan van contact en het opbouwen/behouden van een werkbare behandelrelatie / werkalliantie (Martin, Garske, & Davis, 2000);
3. Multi-systemische aanpak met focus op het realiseren van een steunend netwerk (Henggeler, et al.,2010);
4. Focus op het verminderen van onderlinge conflicten en het verbeteren van de kwaliteit van het contact;
5. Passende interventies (ook gericht op het versterken van de soms al aanwezige positieve factoren) worden bepaald via het maken van een analysecirkel;
6. Inzet van bewezen effectieve therapeutische technieken (systeemtherapie, CGT, ARopMaat, onderdelen van Nieuwe Autoriteit);
7. Aandacht voor het verbeteren van executieve functies, waaronder stressreductie (Deffenbacher, 2011) en impulscontrole;
8. Flexibele inzet van de behandelaren, mogelijkheid tot inzetten van tweede behandelaar;
9. Outreachende aanpak.

## 6. Aangehaalde literatuur

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: Author.
2. Anderson, C.A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, *53*, 27-51.
3. 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.
4. Asscher, J. J., Deković, M., Manders, W., Van der Laan, P. H., Prins, P. J., Van Arum, S., & Dutch MST Cost-Effectiveness Study Group. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in The Netherlands: Effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, *10(2)*, 227-243.
5. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy; the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
6. Bell, M. A., & Deater-Deckard, K. (2007). Biological systems and the development of selfregulation: Integrating behavior, genetics, and psychophysiology. *Journal of Deviant Behavior Pediatrics*, *28*, 409-420.
7. Beck, A.T., & Haigh, E.A.P. (2014). Advances in cognitive theory and therapy: The generic cognitive model. *Annual Review of Clinical Psychology*, *10*, 1-14
8. 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.
9. Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. (User Report 2007-06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
10. Brand, E.F.J.M., a'Campo, A.M.G., Van den Hurk, A.A. (2013). *15 jaar PIJ-ers in beeld: Kenmerken en veranderingen van jeugdigen die de PIJ-maatregel opgelegd kregen in de periode 1995-2010*. Dienst Justitiële Inrichtingen: Den Haag.
11. Brook, J. S., Lee, J. Y., Finch, S. J., Brown, E. N., Brook, D. W. (2013). Long-term consequences of
12. membership in trajectory groups of delinquent behavior in an urban sample: Violence, drug use, interpersonal
13. and neighborhood attributes. *Aggressive Behavior*, *39*, 440-452.
14. Carr, A. (2014). The evidence base for family therapy and systemic interventions for child-focused problems. *Journal of Family Therapy*, *36*, 107-157.
15. Coccaro, E.F., Lee, R., & McCloskey, M.S. (2014). Relationship between Psychopathy, Aggression, Anger, Impulsivity and Intermittent Explosive Disorder. *Aggressive Behavior*, *40*, 526-536.
16. Deffenbacher, J.L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, *18*, 212-221.
17. De Lange, M., Matthys, W., Foolen, N., Addink, A., Oudhof, M., & Vermeij, K. (2014). Richtlijn ernstige
18. gedragsproblemen. Utrecht: Nederlandse Vereniging van Maatschappelijk Werkers, Nederlands Instituut van Psychologen, Nederlandse vereniging van pedagogen en onderwijskundigen.
19. Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, *64*, 135-168.
20. Farrington, D. P. (1997). Early prediction of violent and non-violent youthful offending. *European Journal on Criminal Policy and Research*, *5(2)*, 51-66.
21. Foolen, N., Ince, D., & De Baat, M. (2012). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
22. Frick, P. J., Ray, J. V., Thornton, L. C., & Kahn, R. E. (2014). Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review. *Psychological Bulletin*, *140(1)*, 1.

22. Garrido, V., & Morales, L. A. (2007). *Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treat.* Campbell Systematic Reviews 2007:7.
23. Henggeler, S.W. (1999). Multisystemic Therapy: An overview of clinical procedures, outcomes and policy implications. *Child Psychology and Psychiatry Review, 4*, 2-10.
24. Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2010).
25. Multisysteem therapie voor kinderen en jongeren met antisociaal gedrag. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
26. Hoge, R. D., Guerra, N. G., & Boxer, P. (Eds.). (2008). *Treating the juvenile offender.* New York: Guilford
27. Press.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.
28. Hoogsteder, L.M., Van Horn, J.E., Stams, G.J.J.M., Wissink, I.B., & Hendriks, J. (2015). The relationship between the level of program integrity and pre-post-test changes of Responsive Aggression Regulation Therapy (re-ART) Ambulant: a pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. doi: 10.1177/0306624X14554828
29. Hoogsteder, L.M., Kuijpers, N., Stams, G.J.J.M., Van Horn, J.E., & Hendriks, J. (2014). Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). *International Journal of Forensic Mental Health, 13*, 25-35.
30. Hoogsteder, L.M., Bonnes, D, & Stams, G.G.M.M. (2016) Agressie Regulatie op Maat: Een Evaluatie Studie in een Justitiële Jeugdinrichting met harde uitkomstmaten. Manuscript submitted for publication.
31. Huizinga, M. (2007). De ontwikkeling van executieve functies tussen kindertijd en jongvolwassenheid. *Neuropsixis 3*, 74-82.
32. Karriker-Jaffe, K. J., Foshee, V. A., Ennett, S. T., & Suchindran, C. (2013). Associations of Neighborhood and Family Factors with Trajectories of Physical and Social Aggression During Adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 42*(6), 861-877. <http://doi.org/10.1007/s10964-012-9832-1>
33. 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.
34. 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.
35. Klahr, A.M., McGue, M., Iacono, W.G., & Burt S.A. (2011). The association between parent-child conflict and adolescent conduct problems over time: results from a longitudinal adoption study. *Journal of Abnormal Psychology, 1*, 46-56.
36. Koot, H. M., Oosterlaan, J., Jansen, L. M., Neumann, A., Luman, A., & Van Lier, P. A. C. (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.
37. 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.
38. 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.
39. Lebowitz, E., Dolberger, D., Nortov, E., & Omer, H. (2012), Parent Training in nonviolent resistance for adult entitled dependence. *Family Process, 51*, 90-106. doi: 10.1111/j.1545-5300.2012.01382.x

40. 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.
41. Lipsey, M.W., Landenberger, N.A., & Wilson, S.J. (2007). *Effects of Cognitive Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Philadelphia, Pennsylvania: Campbell Collaboration.
42. 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.
43. Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical psychology review*, 10(1), 1-41.
44. 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.
45. Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438.
46. Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *The delict as basic assumption: methodology for working in an forced setting*. Amsterdam: Publisher SWP/Probation Netherland.
47. Miller, D.B., & O'Callaghan, J.P. (2002) Neuroendocrine Aspects of the Response to Stress. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 51, 5-10.
48. Mulder, E., Brand, E., Bullens, R., Van Marle, H. (2010). Risk Factors for overall recidivism and severity of recidivism in serious juvenile offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 55(1), 118-135.
49. Murrihy, R. C., Kidman, A. D., & Ollendick, T. H. (Eds.). (2010). *Clinical handbook of assessing and treating conduct problems in youth*. New York, NY: Springer.
50. Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Gedragstoornissen*. Verkregen op 12 december 2015 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychischestoornissen/gedragstoornissen/>.
51. Piquero, A. R., Farrington, D. P., Nagin, D. S., & Moffitt, T. E. (2010). Trajectories of offending and their relation to life failure in late middle age: Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 47(2), 151-173.
52. 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.
53. Prinzie, P., Dekovic, M. & Reitz, E. (2008). Ouderlijke persoonlijkheid, opvoeding en probleemgedrag. Direct en indirecte effecten. *Kind en Adolescent*, 29, 4-16.
54. Rodenburg, L., Breugem, H., & De Tempe, J. (2010). Ik laat je niet los: een gestructureerde methodiek voor 'nieuwe autoriteit' van Omer. *Systeemtherapie-Tijdschrift voor Systeemtheoretische Psychotherapie*, (3), 148.
55. Rodriguez, E. M., Donenberg, G. R., Emerson, E., Wilson, H. W., Brown, L. K., & Houck, C. (2014). Family Environment, Coping, and Mental Health in Adolescents Attending Therapeutic Day Schools. *Journal of Adolescence*, 37(7), 1133-1142. <http://doi.org/10.1016/j.adolescence.2014.07.012>
56. Rösler, M., Retz, W., Retz-Junginger, P., Hengesach, G., Schneider, M., Supprian, T., Schwitzgebel, P., Pinhard, K., Dovi-Akue, N., Wender, P., & Thome, J. (2004) Prevalence of attention deficit-/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(6), 365-371. doi:10.1007/s00406-004-0516-z
57. Rovers, B. 2010. *Motiveren en motivatieproblematiek*. *Integraal motiveren in het jongerenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.

58. Saner, H., & Ellickson, P. (1996). Concurrent risk factors for adolescent violence. *Journal of adolescent health, 19*(2), 94-103.
59. Scholte E.M. & Doreleijers Th.A.H. (2001), Screening van ernstige en gewelddadige jeugdcriminaliteit. In: Loeber R., Slot W., Sergeant J. (Red.) *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie: Omvang, oorzaken en interventies*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum. 245-264.
60. Schaeffer, C. M., & Borduin, C. M. (2005). Long-term follow-up to a randomized clinical trial of multisystemic therapy with serious and violent juvenile offenders. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(3), 445.
61. 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.
62. 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
63. G.J. Stams (2011). Het recht van de zwakste: de forensische jeugdzorg in orthopedagogisch perspectief. *Orthopedagogiek: Onderzoek en praktijk, 50* (6), 243-258.
64. Steiner, H., Garcia, I. G., & Matthews, Z. (1997). Posttraumatic stress disorder in incarcerated juvenile delinquents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36*(3), 357-365.
65. 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.
66. Van de Rakt, M., Weerman, F., & Need, A. (2005). Delinquent gedrag van jongens en meisjes: het (anti)sociaal kapitaal van vriendschapsrelaties. *Mens en Maatschappij, 80*, 328-352.
67. Van den Hurk, A. A. & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What Works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties, 5*, 280-297.
68. Van der Laan, A.M., & Blom, M. (2006). *WODC-monitor zelfgerapporteerde jeugdcriminaliteit*. Den Haag: WODC.
69. Van der Laan, P.H., Slotboom, A., & Stams, G. J. (2010). Wat werkt? Bijdragen aan het terugdringen van recidive. In P.J. van Koppen, H. Merkelbach, M. Jelacic & J.W. de Keijser (Eds.), *Reizen met mijn rechter: psychologie van het recht* (pp. 987-1001). Deventer: Kluwer.
70. Van der Ploeg, J.D., Scholte, E.M., & Nijkerk, J.H. (1990). *Probleemgedrag en tijdstip van interventie. Het sociaal-ecologisch model*. Leiden: Universiteit van Leiden.
71. 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.
72. Van der Stouwe, T., Asscher, J. J., Stams, G. J. J., Deković, M., & Van der Laan, P. H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical psychology review, 34*(6), 468-481.
73. Van Doorn, M. D., Branje, S. J., & Meeus, W. H. (2008). Conflict resolution in parent-adolescent relationships and adolescent delinquency. *The Journal of Early Adolescence, 28*(4), 503-527.
74. Van Yperen, T. A. (2001). Antisociaal gedrag en jeugddelinquentie: valt er wat te keren? *Kind en adolescent, 22*(4), 213-222.
75. Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). *Motivatatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld*. Leuven: Leuvens Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
76. Vermeiren, R., Schwab-Stone, M., Ruchkin, V., De Clippele, A, & Deboutte, D. (2002) Predicting recidivism in delinquent adolescents from psychological and

- psychiatric assessment. *Comprehensive Psychiatry*, 43(2), 142-149
- 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.
77. 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.
78. 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.
79. 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.
80. Weinblatt, U., & Omer, H. (2008). Nonviolent resistance: a treatment for parents of children with acute behavior problems. *Journal of marital and family therapy*, 34(1), 75-92.

## Samenwerking erkenningstraject

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

