

Interventie

Grip op Agressie

Erkenning

Erkend door deelcommissie Justitiële interventies

Datum: 19 juni 2019

Oordeel: Goed onderbouwd

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

Justitieinterventies.nl: beschrijving Grip op Agressie. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, Movisie en Trimbos instituut. Gedownload van www.justitieinterventies.nl.

Inhoud

Samenvatting	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving.....	6
1.1 Doelgroep.....	6
1.2 Doel.....	10
1.3 Aanpak.....	15
2. Uitvoering	23
3. Onderbouwing.....	29
4. Onderzoek.....	36
4.1 Onderzoek naar de uitvoering	36
4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten	36
5. Samenvatting werkzame elementen	44
6. Aangehaalde literatuur	46
Bijlage 1.....	50

Samenvatting

Grip op Agressie (GoA) is een geprotocolleerde klinische interventie voor (jong) volwassenen met een lichte verstandelijke beperking en (recidiverend) agressief (delict) gedrag. Het programma is opgebouwd uit zeven met elkaar samenhangende modules en beslaat een periode van één tot twee jaar. GoA is gericht op het verminderen van risicofactoren en het versterken van beschermende factoren om (recidiverend) agressief gedrag te voorkomen. Om de programmadoelen te behalen wordt onder andere gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie, psychomotore therapie en dramatherapie. Bovendien sluiten de gebruikte technieken aan bij de kenmerken en leerstijl van de doelgroep door met name: leren door ervaren, aansluiten bij het cognitieve en emotioneel niveau van functioneren, eenduidig taalgebruik, herhaling, ondersteuning bij abstraheren en generaliseren met uiteindelijk het behoud van het geleerde. Bij de ontwikkeling van GoA is uitgegaan van de aanwezigheid van een sociotherapeutisch milieu of leefklimaat waarin tevens een training sociale vaardigheden wordt gegeven. GoA wordt geïntegreerd in het dagelijkse leven van wonen, werken en vrije tijd van de deelnemers. Het samenleven en de dagelijkse routine worden gebruikt als oefen- en leersituatie.

Doelgroep

De interventie is geïndiceerd voor cliënten vanaf 18 jaar met een TBS, PIJ, RM (justitiële maatregel) en vrijwillig opgenomen cliënten met een LVB¹ en risicovol agressief gedrag. Het agressieve gedrag is het primaire probleemgedrag of index-delictgedrag waarbij sprake is van een gemiddeld tot hoog delict- of recidiverisico.

Doel

Het doel van GoA is het verminderen en het voorkomen van (recidiverend) agressief (delict)gedrag. Om dit te realiseren zijn er voor GoA, op basis van de risicofactoren voor agressief gedrag, programmadoelen geformuleerd. Deelname aan GoA dient te leiden tot veranderingen in inzicht, attitude, vaardigheden en gedrag van de deelnemers.

Aanpak

Het verminderen van agressief (delict) gedrag staat in de interventie GoA centraal. De basis van de zeven modules wordt gevormd door de cognitief gedragstherapeutische interventies. De modules en de parallelle training sociale vaardigheden vormen samen één geheel en cliënten dienen het gehele programma te volgen. De opdeling in modules maakt dat het programma voor de cliënten uit overzichtelijke en haalbare onderdelen bestaat. Cliënten werken in kortdurende perioden aan bepaalde doelen en kunnen ter motivatie met de afronding van elke module een certificaat behalen.

Materiaal

Voor GoA is een set van handleidingen ontwikkeld, bestaande uit een Theoriehandleiding (met de verantwoording en onderbouwing voor het behandelprogramma), een Programmahandleiding (met de volledig uitgewerkte handboeken van de modules), een Opleidingshandleiding (voor opleiding van trainers), een Beoordelings- en evaluatiehandleiding (voor onderzoek), een Managementhandleiding (voor de uitvoering) en een Samenvatting met Leeswijzer, gericht op de criteria van voorheen de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie en de huidige Erkenningscommissie Justitiële Interventies. De Theoriehandleiding, Programmahandleiding en evaluatiehandleiding zijn recentelijk aangepast ten behoeve voor de erkenningsaanvraag aan erkenningscommissie justitiële interventies. De Managementhandleiding is verwerkt in de Programmahandleiding.

Onderbouwing

GoA is gebaseerd op het 'Risk-Need-Responsivity-model' (Andrews & Bonta, 2006). Dit model is geïntegreerd met meerdere modellen, waaronder het biopsychosociaal model en het sociale informatieverwerkingsmodel. Een integratie van modellen en kaders binnen GoA en het RNR-model zijn noodzakelijk vanwege het samengaan van een groot aantal (dynamische) risicofactoren, vaardigheidstekorten en psychosociale problemen die we bij de doelgroep tegenkomen en die de kans op delictgedrag verhogen (zie Hesper e.a., 2011). GoA streeft naar het verbeteren van de met agressie samenhangende cognitieve en adaptieve vaardigheden. Tekorten op cognitieve en adaptieve vaardigheden zijn een risicofactor voor agressief (delict) gedrag. De

¹ Trajectum is onderdeel van De Borg, een samenwerkingsverband van de vier behandelklinieken voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapte mensen (SGLVG) in Nederland. Naar licht verstandelijk gehandicapte mensen wordt momenteel meestal verwezen als mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB).

vaardigheden staan in relatie tot de eisen en stressoren vanuit de omgeving. Behandeling van agressief (delict) gedrag vindt plaats door de vaardigheden van de cliënt en de beschermende factoren vanuit de context van de cliënt te vergroten en door de risicofactoren te verminderen. In het leefklimaat met het dagprogramma van de deelnemer worden de aangeleerde vaardigheden binnen GoA tot uitvoering gebracht en getoetst.

Onderzoek

In een procesevaluatie naar GoA is de beoogde doelgroep, uitvoering, randvoorwaarden en waardering van deelnemers en uitvoerders onderzocht. Verschillende methoden zijn hiervoor gebruikt, namelijk interviews met trainers en behandelaren, afname van vragenlijsten, enquêtes en dossieronderzoek. Hieruit blijkt dat de beoogde doelgroep van GoA wordt bereikt en dat trainers het programma uitvoeren zoals staat beschreven. Er zijn een aantal knelpunten in de randvoorwaarden geformuleerd, zoals de generalisatie naar het leefklimaat en verschillen in aanmeldprocedure. Deelnemers en uitvoerders van GoA geven aan tevreden te zijn over de modules van GoA. Deelnemers zijn volgens trainers gemotiveerd en tonen een bovengemiddelde inzet.

Effectonderzoek naar GoA binnen Trajectum door middel van een pretest-posttest design zonder controlegroep suggereert dat er na afronding van GoA sprake is van een positief behandelresultaat door een vermindering van belangrijke risicofactoren voor agressie, zoals 'Attitude tegenover fysiek geweld', 'Coping met conflictueuze interacties' en 'Vijandige waarneming en houding'. Verschillende (internationale) onderzoeken laten zien dat belangrijke onderdelen van GoA (zoals cognitieve gedragstherapie, vaktherapie, RNR principes en de randvoorwaarden) gemiddeld genomen kunnen leiden tot minder agressie en geweld (voor reviews, zie Didden e.a., 2016).

1. Uitgebreide beschrijving

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep

Trajectum² is een instelling voor de behandeling en begeleiding van volwassenen met een lichte verstandelijke beperking (SGLVB) en risicovol gedrag. Voor de doelgroep die agressief (delict) gedrag vertoont, heeft Trajectum een behandelprogramma ontwikkeld dat is gericht op het verminderen van agressief (delict) gedrag: Grip op Agressie (GoA). GoA is geïndiceerd voor cliënten vanaf 18 jaar met een TBS, PIJ, RM of SGLVB-indicatie: het gaat zowel om cliënten met een justitiële maatregel (TBS, PIJ, RM) als om vrijwillig opgenomen (SGLVG) cliënten. Bij beide groepen komt agressief (delict)gedrag vaak voor.

Intermediaire doelgroep

De groep sociotherapeuten is de intermediaire doelgroep voor de generalisatie van het geleerde in GoA naar het leefklimaat (zie Theoriehandleiding §4.2 en Programmahandleiding).

Selectie van doelgroepen

GoA wordt aan de cliënt of deelnemer aangeboden binnen de behandel fase van de klinische behandeling. Voorafgaande aan deze fase vinden observatie en diagnostiek (inclusief risicotaxatie) plaats. De observaties worden uitgevoerd door behandelaren en begeleiders en er wordt diagnostisch onderzoek gedaan door professionals van het (psycho)diagnostiekteam. De informatie die observatie en diagnostiek oplevert, wordt aangevuld met de beschikbare dossierinformatie van de verwijzer, standaard aan het eind van deze fase ter bespreking ingebracht in het multidisciplinair team (MDT) (zie tabel 1). Het MDT bestaat uit tenminste een GZ-psycholoog, een psychiater, de persoonlijk begeleider (trainer) en andere bij de cliënt betrokken medewerkers (zoals vaktherapeuten van arbeid en vorming). Of de cliënt kan deelnemen aan GoA wordt bepaald aan de hand van de verzamelde gegevens (i.c., dossier-, test- en observatiegegevens) die worden afgezet tegen de selectiecriteria (zie in- en exclusiecriteria). De GZ-psycholoog is de voorzitter van het MDT en verantwoordelijk voor de aanmelding van de cliënt voor deelname aan Grip op Agressie.

Voor GoA gelden de volgende in- en exclusiecriteria (Zie bijlage Programmahandleiding).

Inclusiecriteria voor cliënt:

- Plaatsing in een (forensische) behandelinstelling met een TBS, PIJ, RM of SGLVB-indicatie.
- Resterend verblijf in de instelling duurt naar verwachting tenminste nog 1 jaar.
- 18 jaar of ouder.
- Een LVB

Van een LVB wordt gesproken bij een IQ tussen de 50 en 70 òf een IQ tussen de 70 en 85 in combinatie met een verminderd sociaal aanpassingsvermogen.

- o Het IQ betreft hier het totale IQ dat met een valide en voor Nederland genormeerde intelligentietest is gemeten. Voorbeelden hiervan zijn Nederlandse bewerkingen van de Wechsler Adult Intelligence Scale (de WAIS-III-NL of de WAIS-IV-NL), de Kait-NL (Kaufman Adolescent and Adult Intelligence Test – Nederlandstalige Versie), de SON-R (Snijders-Oomen niet-verbale intelligentietest) en de GIT (Groninger Intelligentietest). Het laatst gemeten totaal IQ mag voor de genoemde instrumenten niet ouder zijn dan 2 jaar. Indien mogelijk wordt gebruik gemaakt van IQ-gegevens die bij het opnamebureau worden aangeleverd door de verwijzer van de cliënt. Indien geen (geldige) IQ-gegevens beschikbaar zijn, draagt het diagnostiekteam zorg voor de afname van een IQ-test.

Bij een IQ-score tussen de 70 en 85 wordt in aanvulling op de IQ-test voor de selectie gebruik gemaakt van de AVVB (Adaptieve Vragenlijst Verstandelijke Beperking; Jonker, Goedhard, Kruisdijk, & Nijman, 2016). Dit instrument vervangt binnen de huidige selectieprocedure de SRZ-P. Er is bij de SRZ-P namelijk sprake van verouderde items en normen. De AVVB meet adaptieve vaardigheden. Dat zijn (dagelijkse) vaardigheden die nodig zijn om zelfstandig te kunnen functioneren op praktisch, conceptueel en sociaal gebied (zie DSM-5). Beperkingen in deze vaardigheden kunnen duiden op een (licht) verstandelijke beperking of zwakbegaafdheid.

² Trajectum is onderdeel van De Borg, een samenwerkingsverband van de vier behandelklinieken voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapte mensen (SGLVG) in Nederland. Naar licht verstandelijk gehandicapte mensen wordt momenteel meestal verwezen als mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB).

Samen met de uitslag van een intelligentietest kan een inschatting gemaakt worden van de ernst van de verstandelijke beperking. Deze vragenlijst wordt voor elke cliënt standaard ingevuld bij aankomst in de kliniek.

De adaptieve vaardigheden (zelfzorg, huishouding runnen, zelfstandig functioneren, deelname sociaal verkeer, executieve functies) worden gescoord tussen 1 (voert de vaardigheid niet uit, ook niet met hulp) tot en met een score 5 (voert de vaardigheid geheel zelfstandig uit). Deze informatie wordt aangevuld met de uitslag van een IQ test, recente diagnose(s), opleidingsniveau en woonsituatie voor opname. De AVVB wordt ingevuld door de begeleider in samenwerking met de gedragskundige. Bij het invullen van de vragenlijst worden daarom twee personen betrokken: een persoonlijk begeleider, ouder of partner vult de AVVB in onder begeleiding van de verwijzend gedragswetenschapper, reclasseringswerker, maatschappelijk werker of sociaal psychiatrisch verpleegkundige. Het invullen van de lijst vergt ongeveer 20 minuten.

Aan de hand van de scores op de items en de verschillende factoren en domeinen van de AVVB kan een gedegen inschatting worden gemaakt van de deficiënties in adaptieve vaardigheden. Aangezien er nog geen normgegevens bekend zijn, vormen de scores ten aanzien van de items op de drie doelgebieden de basis van een (gestructureerde) klinische indruk. Tezamen met een IQ score wordt bepaald of een cliënt voldoet aan dit inclusie criterium.

- Agressief gedrag als primair probleemgedrag of als index-delictgedrag, waarbij sprake is van een gemiddeld tot hoog delict- of recidiverisico, en de reden voor opname.
- Gemiddeld of hoog delict- of recidiverisico.
 - o Voor de inschatting van het risico op gewelddadige recidive wordt gebruik gemaakt van het risicotaxatie-instrument HKT-R (Spreen, Brand, Ter Horst, Bogaerts, 2013). De HKT-R wordt in de Nederlandse forensische instellingen verplicht gebruikt om op een gestructureerde manier het recidivegevaar voor de lange termijn in te schatten, te weten op de periode na de beëindiging van de TBS. De HKT-R bestaat uit 33 items die zijn verdeeld over drie schalen: Historische en statische indicatoren (12 items), Klinische en dynamische indicatoren (14 items) en Toekomstige situatieve indicatoren (7 items). De H-items betreffen de forensisch psychiatrische levensgeschiedenis, de scores op deze schaal veranderen tijdens de behandeling alleen bij hoge uitzondering. De K-items betreffen de dynamische aspecten in de behandeling 12 maanden vóór de risicotaxatie. De T-schaal heeft betrekking op toekomstige forensisch psychiatrische indicatoren na ontslag van de cliënt. Alle items worden gescoord op een vijfpuntschaal (van 0 t/m 4); een hogere score impliceert een groter risico op de indicator. Een matige of hoge score op de combinatie van de H- en K-schaal wijzen op risicovol gedrag bij de cliënt en een gemiddeld of hoog recidiverisico, hetgeen een inclusie criterium is voor deelname aan GoA (voor meer informatie over de HKT-R, zie de Programma- en evaluatiehandleiding). De HKT-R wordt tijdens de observatie- en diagnostiekperiode afgenomen door een gedragsdeskundige. De afnametijd bedraagt bij forensische cliënten 2 tot 4 uur.

Exclusiecriteria voor cliënt:

- Floride psychotische symptomen, schizofrenie of niet-aangeboren hersenletsel als ‘oorzaak’ van agressief gedrag. Bij het classificeren wordt de DSM-5 gebruikt. De psychiater of regiebehandelaar komen op basis van eerder omschreven gestructureerde diagnostiek- en observatie tot een classificatie.
- Psychopathie.
 - o Om vast te kunnen stellen of er bij de cliënt mogelijk sprake is van psychopathie, wordt in eerste instantie standaard voor elke cliënt op basis van dossieronderzoek als screener de Psychopathy Checklist Short Version (PCL-SV; Hart, Cox & Hare, 1995) ingevuld. Dit instrument bestaat uit 12 vragen, die corresponderen met de PCL-R (zie hieronder). Het invullen ervan wordt gedaan door een diagnosticus en vergt 2 tot 3 uur voor forensische cliënten en 1 tot 2 uur voor overige cliënten. Indien op de PCL-SV hoger wordt gescoord dan 18, geeft dit reden te veronderstellen dat er mogelijk sprake is van psychopathie en wordt vervolgonderzoek gedaan met de PCL-R.
 - o Om vast te kunnen stellen of daadwerkelijk sprake is van psychopathie, wordt vervolgens bij cliënten die hoger dan 18 scoren op de PCL-SV ter verdieping de Nederlandse versie (Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002) van de PCL-R (Psychopathy Checklist-Revised; Hare, 1991) afgenomen. De PCL-R bestaat uit 20 items die aan de hand van een semi-gestructureerd interview met de cliënt en de analyse van dossierinformatie worden gescoord met een driepuntschaal (0 = ‘niet van toepassing’; 1 = ‘enigszins van toepassing’; 2 = ‘van toepassing’). Als afkappunt wordt voor Nederland gehanteerd dat een PCL-R-score van 26 of hoger wijst op psychopathie (Vertommen e.a., 2002). Ook voor cliënten met een LVB wordt dit afkappunt gehanteerd (zie o.a. Morrissey e.a., 2010). Cliënten met een score van 26 of hoger op

de PCL-R worden geëxcludeerd van GoA. Het instrument wordt afgenomen door een diagnostisch geschoolde gedragswetenschapper die een aanvullende cursus heeft gevolgd voor afname en interpretatie van de PCL-R. De afnameduur van de PCL-R bedraagt in totaal ongeveer 7 tot 8 uur, waarvan het interview ongeveer 2 uur in beslag neemt. De verslaglegging bedraagt eveneens ongeveer 2 uur. Een tweede beoordelaar bekijkt de video-opname van het interview, hetgeen doorgaans 2 uur duurt. Tenslotte kost het consensusoverleg 1 tot 2 uur.

Voor GoA geldt psychopathie als exclusiecriteria omdat cliënten met psychopathie het groeps- en interactieproces van de training mogelijk verstoren en omdat zij bedreigend over kunnen komen op overige deelnemers. Bovendien geldt voor psychopathie mogelijk een ander verklarings- en verandermodel dan beschreven binnen GoA dat zich vooral richt op reactieve vormen van agressie.

- Niet kunnen profiteren van het leerproces binnen een groep.
 - Uit de observatie- en diagnostiekfase of uit de rapportage over het functioneren van de cliënt binnen het leefklimaat kan blijken dat de cliënt onvoldoende kan profiteren van een groepsgericht behandelaanbod. De pathologie, ontwikkelingsachterstanden of probleemgedrag kunnen hiervoor verantwoordelijk zijn. Bijvoorbeeld kan blijken dat de cliënt dermate angstig is (zeer angstig in aanwezigheid van anderen, en/of zich in interacties met andere deelnemers bedreigd voelen), dat deelname aan een groepsproces het leren blokkeert. Nadat dit in kaart is gebracht, worden de bevindingen hieromtrent ingebracht in het MDT. De observaties worden getoetst aan de hand van de klinische observaties van de andere leden van het MDT. De gedragsdeskundige besluit als voorzitter van het MDT of de cliënt op basis van dit criterium GoA individueel gaat volgen of groepsgewijs.
- Agressief gedrag heeft alleen plaatsgevonden toen de cliënt onder invloed van middelen was.
 - Voor deze cliënten zijn beter passende programma's beschikbaar, bijvoorbeeld het behandelprogramma Ge-zonder Leven! voor cliënten met LVB en verslavingsproblematiek. Cliëntgegevens met betrekking tot dit criterium blijken uit de observaties en/of staan vermeld in het dossier van de cliënt. Dit criterium wordt standaard getoetst in het MDT gedurende de fase van observatie- en diagnostiek.
- Agressief gedrag was uitsluitend tegen zichzelf gericht (automutilatie).
 - Voor deze cliënten zijn andere behandelprogramma's beschikbaar. Cliëntgegevens over dit criterium staan vermeld in het dossier van de cliënt. Dit criterium wordt standaard getoetst in het MDT gedurende de periode van observatie en diagnostiek.

Tabel 1 geeft een overzicht van de selectiecriteria, de bijbehorende selectie-instrumenten en overige bronnen, en de medewerkers die verantwoordelijk zijn voor het verzamelen van de betreffende gegevens voor de cliënt.

Tabel 1. Selectiecriteria, instrumenten en bronnen en verantwoordelijken

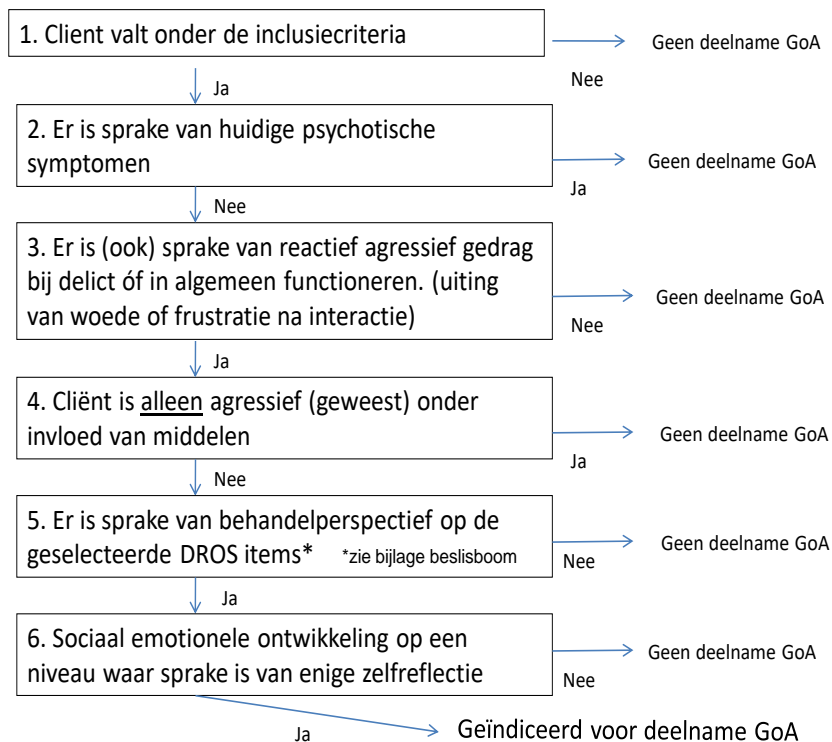
Selectiecriteria deelnemers	Instrumenten / bronnen	Verantwoordelijk voor verzamelen gegevens
Inclusiecriteria		
Plaatsing in een (forensische) behandelinstelling met een TBS, PIJ, RM of SGLVG-indicatie	Dossier	Verwijzer, opnamebureau
Resterend verblijf naar verwachting tenminste nog 1 jaar	Dossier en inschatting	Verwijzer, opnamebureau
18 jaar of ouder	Dossier	Verwijzer, opnamebureau
Een LVB	IQ-test	Verwijzer, opnamebureau (indien geen gegevens voorhanden: diagnostiekteam)
	AVVB	Verwijzer, opnamebureau (indien geen gegevens voorhanden: diagnostiekteam)
Agressief gedrag als primair probleemgedrag of als index-delictgedrag		Diagnostiekteam
Gemiddeld of hoog delict- of recidiverisico	HKT-R	Gedragsdeskundige lid MDT
Exclusiecriteria		
Psychiatrische 'oorzaak' van agressief gedrag (bijv. floride psychotische symptomen, schizofrenie)	DSM-5	Psychiater, gedragsdeskundige (o.b.v. MDT)
Niet-aangeboren hersenletsel als oorzaak van agressie	DSM-5	Psychiater, gedragsdeskundige
Diagnose psychopathie	PCL-SV en PCL-R	Diagnostiekteam

Agressief gedrag heeft alleen plaatsgevonden toen cliënt onder invloed van middelen was	Dossier	Verwijzer, opnamebureau
Agressief gedrag was uitsluitend tegen zichzelf gericht (automutilatie)	Dossier en observatie	Verwijzer, opnamebureau

Beslisboom met de in- en exclusie criteria

De in deze paragraaf beschreven in- en exclusiecriteria zijn verwerkt in een beslisboom. Deze dient als ondersteuning voor de behandelaars om te besluiten of een cliënt al dan niet gaat deelnemen aan GoA. Aan het eind van de observatie- en diagnostiekfase wordt aan de hand van onderstaande beslisboom door de gedragsdeskundige (voorzitter MDT) bepaald of een cliënt in aanmerking komt voor GoA.

Beslisboom screening behandelprogramma Grip op Agressie



De zelfreflectie kan in beeld gebracht worden door het gebruiken van de SEO-R (schaal emotionele ontwikkeling), waarbij minimaal fase 4 (1^e identificatiefase) moet zijn behaald. Naast de beslisboom wordt voor de aanmelding van GoA gebruik gemaakt van de 'Bijlage Beslisboom'. Hier worden de individuele diagnostische gegevens verzameld rondom de geselecteerde DROS items voor agressief gedrag. De verzamelde gegevens leiden tot al dan niet deelname aan GoA.

Bijlage Beslisboom

Geselecteerde DROS items:

- 1.1 Verantwoordelijkheid nemen
- 1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen voor probleemgedrag
- 5.1 Attitude tegenover fysiek geweld
- 5.2 Egocentrisme
- 6.1 Coping met conflictueuze interacties
- 6.3 Coping met overige stressoren
- 7.1 Vijandige waarneming en houding
- 9.1 Ondoordachtheid
- 12.2 Subassertiviteit
- 12.3 Samenwerkingsvaardigheden

- Ruimte voor toelichting/opmerkingen mbt het gebruik van de beslisboom:

Groepsgrootte en groepssamenstelling

GoA is een groepsgerichte interventie die op indicatie ook individueel gegeven kan worden. Bij de groepsgerichte aanpak wordt gewerkt met kleine groepen van 4 cliënten. (Zie voor onderbouwing en toelichting van de groepsgrootte en groepssamenstelling §1.3 en de Programmahandleiding).

Betrokkenheid doelgroep

De ontwikkeling van GoA komt voort vanuit de jarenlange behandelervaring van mensen met een licht verstandelijke beperking en agressief (delict) gedrag. Hierbij heeft de cliënt voortdurend centraal gestaan. Wetenschappelijk onderzoek en *evidence-based* informatie met betrekking tot cliënten met een LVB en agressief (delict) gedrag is vervolgens het uitgangspunt geweest voor de verdere ontwikkeling van Grip op Agressie.

De cliënten worden bij de afsluiting van iedere bijeenkomst uitgenodigd om door middel van feedback van de sessie of bijeenkomst hun ervaringen te delen met de trainers. Deze informatie vormt mede de basis om de beschreven responsiviteit te borgen. De aanpassingen zijn met name gericht op de uitvoering en bestaan uit toevoegingen van illustraties of extra uitleg via ondersteunend filmmateriaal of sprekende voorbeelden in de tekst van de werkboeken voor de deelnemers.

De ondersteunende illustraties in de handboeken en de instructiefilmpjes binnen de modules zijn getoetst bij de deelnemers en bij de cliënten die Grip op Agressie hebben gevolgd. Cliënten hebben op deze wijze actief meegewerkt aan de ontwikkeling van Grip op Agressie met als doel zo goed mogelijk aan te sluiten bij hun leerstijl, kenmerken en behoeften.

1.2 Doel

Hoofddoel

Na het afronden van het behandelprogramma Grip op Agressie is een afname meetbaar (DROS en MOAS³) in gedragskenmerken en tekorten in vaardigheden die de kans op (recidiverend) agressief gedrag vergroten (afname van egocentrisme, geen verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag, vijandigheid, impulsiviteit en onvoldoende coping vaardigheden).

Doelen

Het hoofddoel wordt geoperationaliseerd door onderstaande programmadoelen. Vervolgens zijn de programmadoelen verwerkt in subdoelen die binnen de afzonderlijke modules verwerkt zijn. Zie Bijlage 1.

Na het afronden van het behandelprogramma Grip op Agressie is een vermindering meetbaar in frequentie en ernst van agressie binnen de kliniek (bijvoorbeeld met de MOAS) alsmede een vermindering van tekorten in vaardigheden die de kans op (recidiverend) agressief gedrag vergroten (afname van egocentrisme, geen verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag, vijandigheid, impulsiviteit en onvoldoende coping vaardigheden, bijvoorbeeld meetbaar met de DROS).

³ Hiervoor kunnen de DROS (Dynamic Risk Outcome Scales, per item score 1 tot 5) en MOAS (Modified Overt Aggression Scale) worden gebruikt. De DROS is onderdeel van de ROM (Routine Outcome Monitoring). Binnen de ROM worden systematisch en bij herhaling instrumenten ingezet om de behandelresultaten te meten.

Programmadoelen GoA en agressiegerelateerde items in samenhang met een ROM meetinstrument per programmadoel GoA.
<p>1. Programmadoel: Cliënt kent en erkent na afronding van het behandelprogramma GoA zijn eigen agressief gedrag, kan dit benoemen, ziet de ernst van eigen probleemgedrag in, acht zich verantwoordelijk voor dit gedrag en vertoont geen risicovol agressief gedrag;</p>
<p>Meting DROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.1 Verantwoordelijkheid nemen (score 1 Ontkent dat er sprake was/is van onaanvaardbaar gedrag, of legt de verantwoordelijkheid voor het gedrag geheel buiten zichzelf. Deze houding lijkt weinig beïnvloedbaar – score 5 Ziet de ernst van het eigen probleemgedrag in. Acht zich verantwoordelijk voor dit gedrag en voor het voorkómen ervan in de toekomst. Dit besef is gevestigd en niet afhankelijk van ondersteuning.)
<p>2. Programmadoel: Cliënt kan na afronding van het behandelprogramma GoA de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag benoemen en scoort als zodanig op de items uit de ROM instrumenten (erkennen van het eigen risico op probleemgedrag, herkent de signalen voor dreigende terugval en weet in dat geval wat te doen);</p>
<p>Meting DROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen (score 1 Bagatelliseert sterk het risico op probleemgedrag. Heeft hooguit een vaag besef van risicofactoren. Weet niet wat te doen of laten om problemen te voorkomen. – score 5 Erkent het risico op probleemgedrag. Kent de eigen risicofactoren en -situaties. Herkent signalen voor dreigende terugval, weet in dat geval wat te doen.) 1.3 Acceptatie van eigen beperkingen / handicaps (score 1 Ontkent eigen beperkingen, afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Heeft hierdoor moeilijk corrigeerbare, onrealistische en potentieel gevaarlijke verwachtingen, ideeën en plannen. – score 5 Heeft een grotendeels realistisch besef van eigen beperkingen en de resulterende afhankelijkheid en kwetsbaarheid. Wordt hierdoor doorgaans behoed voor onrealistische verwachtingen, ideeën en plannen.)
<p>3. Programmadoel: De cliënt kent na afronding van het behandelprogramma GoA de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag en kan deze benoemen (bij gebruikmaking van de spanningspiramide, spanningsthermometer, eerste hulpkaart en signaleringsplan) en kan deze verwerken in een G-schema;</p>
<p>Meting DROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> 1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen (score 1 Bagatelliseert sterk het risico op probleemgedrag. Heeft hooguit een vaag besef van risicofactoren. Weet niet wat te doen of laten om problemen te voorkomen. – score 5 Erkent het risico op probleemgedrag. Kent de eigen risicofactoren en -situaties. Herkent signalen voor dreigende terugval, weet in dat geval wat te doen.)

<p>4. Programmadoel: De cliënt kan na afronding van het behandelprogramma GoA de aanloop tot zijn agressief gedrag in een vroeg stadium herkennen en doorbreken, adequate oplossingen bij conflicten bedenken, geringe stressoren doorstaan, en heeft een verminderde algemene neiging om boos of vijandig te reageren, en kan gedragsalternatieven overwegen, wat blijkt uit de score op deze DROS items;</p>
<p>Meting DROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 6.1 Coping met conflictueuze interacties (score 1 Beschikt al bij geringe conflicten alleen over inadequate handelingsalternatieven waardoor de situatie verergert. Om dit te voorkomen is regelmatig (ongevraagd) ingrijpen van derden nodig. – score 5 Is bij de meeste conflicten zonder (ongevraagd) ingrijpen van derden in staat verergering van de situatie te voorkómen. Probeert doorgaans adequaat tot een oplossing van het conflict te komen, bijv. hulp vragen, uitpraten). • 6.3 Coping met overige stressoren (score 1 Copingvaardigheden schieten al bij geringe stressoren en ondanks ondersteuning tekort. Dit heeft regelmatig (soms ernstige en/of langer aanhoudende) problematische gevolgen. – score 5 Voldoende copingvaardigheden om zelfstandig geringe stressoren en met ondersteuning ook grote stressoren doorgaans zonder problematische gevolgen te doorstaan). • 7.1 Vijandige waarneming en houding (score 1 Schrijft vaak ten onrechte vijandige intenties aan anderen toe. Deze misinterpretatie is nauwelijks corrigeerbaar en leidt tot een (continue) neiging om vijandig te reageren. – score 5 Schrijft hooguit incidenteel ten onrechte onvriendelijke intenties aan anderen toe. Geen algemene neiging om boos of vijandig te reageren.) • 9.1 Impulsiviteit/Ondoordachtheid (score 1 Handelt vaak zonder na te denken uit een opwelling of in reactie op externe triggers en verlokkingen. Laat zich ook door afzienbare ernstige consequenties niet weerhouden om impulsen onmiddellijk te volgen. – score 5 Overweegt doorgaans mogelijke consequenties en houdt rekening met de context alvorens over te gaan tot gedrag. Neemt bij twijfels het zekere voor het onzekere, of heeft geen (sterke) impulsen voor problematisch gedrag.)
<p>5. Programmadoel: De cliënt geeft na afronding van het behandelprogramma GoA de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag wat blijkt uit zijn scores op de DROS items dat gebruik van geweld tot spijt of innerlijk conflict zou leiden en dat de cliënt doorgaans rekening houdt met belangen, gevoelens en rechten van anderen;</p>
<p>Meting DROS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 5.1 Attitude tegenover fysiek geweld (score 1 Ziet geweld in veel situaties als legitiem, enige of beste optie. Ziet vooral positieve uitkomsten van geweld en wuift argumenten tegen geweld weg. Zelfbeeld, wordt mede bepaald door affiniteit met geweld. – score 5 Staat eenduidig negatief tegenover het gebruik van geweld. Deze houding is tamelijk gevestigd. Gebruik van geweld zou tot spijt of innerlijk conflict leiden.) • 5.2 Egocentrisme (score 1 Ziet uitsluitend de eigen belangen, gevoelens, wensen en rechten of stelt deze boven alles en acht zich in het recht om die van anderen te minachten. – score 5 Houdt doorgaans rekening met belangen, gevoelens en rechten van anderen.)

6. Programmadoel: De cliënt heeft na afronding van het behandelprogramma GoA zijn sociale en assertieve vaardigheden verbeterd wat blijkt uit de score van de DROS waaruit blijkt dat hij rekening kan houden met belangen, gevoelens, rechten van anderen, in samenwerking zich doorgaans coöperatief opstelt en voldoende coping vaardigheden heeft ontwikkeld om geringe stressoren zonder problematische gevolgen te doorstaan.

Meting DROS:

- 5.2 Egocentrisme
(score 1 Ziet uitsluitend de eigen belangen, gevoelens, wensen en rechten of stelt deze boven alles en acht zich in het recht om die van anderen te minachten. – score 5 Houdt doorgaans rekening met belangen, gevoelens en rechten van anderen.)
- 6.3 Coping met overige stressoren
(score 1 Copingvaardigheden schieten al bij geringe stressoren en ondanks ondersteuning tekort. Dit heeft regelmatig (soms ernstige en/of langer aanhoudende) problematische gevolgen. – score 5 Voldoende copingvaardigheden om zelfstandig geringe stressoren en met ondersteuning ook grote stressoren doorgaans zonder problematische gevolgen te doorstaan).
- 12.3 Samenwerkingsvaardigheden
(score 1 Volgt eigen plan en voegt zich niet in een rol in het geheel. Hierdoor ontstaan gauw irritaties en conflicten. Laat zich niet sturen door leidinggevende. Reageert op elke vorm van autoritair gedrag met verzet. – score 5 Gedraagt zich in samenwerking meestal coöperatief en in belang van het geheel. Laat zich sturen door leidinggevende waarbij ook een autoritaire houding niet tot grotere problemen leidt.)

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

Module 1 Herkennen van Gevoelens 1

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

Module 2 Herkennen van Gevoelens 2

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

Module 3 Herkennen van Gedachten

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

Module 4 Omgaan met boosheid en agressie 1

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

Module 5 Probleem- of delictscenario

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

Module 6 Omgaan met boosheid en agressie 2

- Deelnemer kent en erkent eigen agressief gedrag
- Deelnemer weet hoe agressief gedrag ontstaat
- Deelnemer kan eigen niveaus van oplopende spanning (spanningspiramide, spanningsthermometer, signaleringsplan) herkennen en benoemen
- Deelnemer geeft alternatieve technieken (assertieve en sociale vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag
- Deelnemer leert adequate oplossingsstrategieën uit te voeren in rollenspellen
- Deelnemer kent de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag
- Deelnemer kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag
- Deelnemer geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag
- Deelnemer verbetert zijn sociale en assertieve vaardigheden

Module 7 Terugvalpreventie

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

Doelen voor sociotherapeuten

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

- De sociotherapeut geeft de cliënt feedback op vaardigheden en creëert leersituaties waarin de cliënt zijn (binnen GoA) geleerde vaardigheden kan toepassen met het oog op het verminderen van het agressieve gedrag. De sociotherapeut motiveert en bekrachtigt de cliënt bij het benoemen van dit gedrag en wijst hem op zijn verantwoordelijkheden.
- De sociotherapeut observeert en rapporteert (in dagrapportage en ROM instrumenten) over de voortgang in vaardigheden in het benoemen van de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag kan benoemen.
- De sociotherapeut bekrachtigt de cliënt bij het herkennen en benoemen van de eigen signalen van dreigend agressief gedrag en als de cliënt gebruik maakt van de spanningspiramide, spanningsthermometer, eerste hulpkaart, G-schema en signaleringsplan.

- De sociotherapeut creëert leersituaties en geeft de cliënt de mogelijkheid om zijn agressieve gedrag in een vroeg stadium te herkennen en te doorbreken. De sociotherapeut motiveert en bekrachtigt de cliënt bij vaardigheden, zoals het bedenken van adequate oplossingen bij conflicten en het doorstaan van geringe stressoren.
- De sociotherapeut ziet erop toe dat de cliënt alternatieve technieken laat zien (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag.
- De sociotherapeut staat model voor en stimuleert bij de cliënt om sociale vaardigheden toe te passen, waaronder rekening houden met belangen, gevoelens en rechten van anderen, zich in samenwerking coöperatief opstellen en tonen van coping vaardigheden om geringe stressoren te doorstaan.

1.3 Aanpak

1.3.1 Aanpak van diagnostiek tot nazorg

Telkens geeft de uitkomst van een gedegen diagnostiek- en observatiefase de doorslag bij de vraag of de cliënt geïndiceerd is voor deelname aan GoA. Gaandeweg de deelname aan het behandelprogramma zal de draagkracht van de cliënt worden vergroot wat zichtbaar wordt in een afname van spanningen of gedragingen die een aanleiding hebben gevormd voor de deelname aan het programma. Bovendien zal een toename zichtbaar worden in zelfcontrole. De nazorg is in alle vormen van behandeling, in een individuele passende frequentie, gericht op onderhoud van de geleerde vaardigheden.

Fase 1: Observatie en diagnostiek

Aangezien veel cliënten binnen de klinische behandeling ‘ontregeld’ en ‘structuurloos’ worden opgenomen, is de eerste fase erop gericht de cliënt veel structuur te bieden en de gelegenheid te geven te wennen aan het groepsgewijs verblijf op de afdeling en de stijl van bejegening door sociotherapeuten (Didden, 2010). De cliënt maakt tevens kennis met de onderdelen van het dagprogramma (o.a. arbeid en dagbesteding). In de eerste fase wordt de cliënt geobserveerd en wordt (aanvullende) diagnostiek gedaan en vastgesteld welke vaardigheden de cliënt wel of niet beheerst. Er is veel aandacht voor (het herstel van) een aangepast dagnachtritme, het ontwennen aan alcohol/drugs (eventueel), gezonde voeding en zelfzorg. In deze fase wordt relatief weinig beroep gedaan op cognitieve en adaptieve vaardigheden van de cliënt en worden weinig systematische pogingen gedaan deze te versterken. De nadruk ligt dan op ondersteuning en sturing vanuit de omgeving (context). Conflicten en provocaties die een ‘trigger’ kunnen vormen voor agressief gedrag bij de cliënt worden tot een minimum beperkt. In deze fase wordt getracht de cliënt te motiveren om deel te gaan nemen aan GoA en zich te verbinden aan het leefklimaat.

Fase 2: Behandeling

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

veelvuldige bekrachtiging en aanmoediging wordt de motivatie bij de cliënt verhoogd om zich te blijven inzetten voor GoA en om de nieuwe vaardigheden in het dagelijks leven toe te passen.

Fase 3: nazorg

In de fase van nazorg worden de geleerde (GoA-)vaardigheden beoordeeld en getoetst in een context met meer vrijheden en verantwoordelijkheden. Het niveau van vrijheden dat een cliënt krijgt, wordt vastgesteld door het multidisciplinair team onder voorzitterschap van de regiebehandelaar. Binnen de behandeling van cliënten met een justitiële maatregel (bijvoorbeeld TBS of PIJ) wordt het niveau van vrijheden opgesteld en getoetst door o.a. de verlofcommissie, vastgesteld op basis van scores van risicotaxatie instrumenten, en mondt uit in een vrijhedenplan en verlofaanvraag bij het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Binnen de aanvraag is een risicomangementplan opgesteld waarin de randvoorwaarden van de vrijheden staan beschreven. De voorwaarden bestaan uit regels, afspraken en controles die (dienen te) voorkomen dat de cliënt terugvalt in agressief (delict)gedrag. Dit proces wordt ook gevolgd voor cliënten die geen justitiële maatregel hebben, met het verschil dat toekenning van vrijheden gebeurt door het multidisciplinaire team. De cliënt leert om de cognitieve en adaptieve vaardigheden in te zetten in situaties waarin hij meer vrijheden en verantwoordelijkheden heeft. Deze fase benadert sterk een ‘real life’ situatie. Voor vrijwel alle cliënten uit de doelgroep geldt dat zij langdurend of zelfs levenslang aangewezen zijn op een vorm van begeleiding. ‘Real life’ betekent voor hen dat zij vaak een leven leiden waarin (bijna) altijd sprake is van begeleiding, met een zekere intensiteit. De intensiteit die nodig is, hangt samen met de behoeften en vaardigheden van de cliënt.

1.3.2 Aanpak GoA

GoA wordt aangeboden binnen fase 2, behandeling. GoA is opgebouwd uit zeven modules, die worden gegeven buiten de woongroep of afdeling (zie tabel 2). Tegelijkertijd is GoA nauw verbonden met het leefklimaat van de instelling. Het leefklimaat en de relatie met GoA worden toegelicht in de Inleiding en komen uitgebreider aan bod in de Programmahandleiding. Parallel aan het doorlopen van de GoA-modules wordt een training sociale vaardigheden aangeboden. Meer over de training sociale vaardigheden in relatie tot GoA staat beschreven in de Programmahandleiding.

Tabel 2. Modulair aanbod binnen GoA

Module 1, 2, 3 basismodules	Module 4	Module 5	Module 6	Module 7
Herkennen van Gevoelens 1	Omgaan met boosheid en agressie 1	Probleem- of delictscenario	Omgaan met boosheid en agressie 2	Terugvalpreve ntie
Herkennen van Gevoelens 2				
Herkennen van Gedachten				
Training sociale vaardigheden				

GoA-module 1, 2 en 3 zijn basismodules die de cliënt voorbereiden op de modules erna. In module 4 t/m 7 leren de cliënten de in de basismodules geleerde inzichten en vaardigheden toe te passen op de eigen problematiek. Er is geen vaste volgorde voor de eerste drie modules omdat deze niet op elkaar voortbouwen maar elkaar aanvullen.

De cliënt heeft de inhoud van de eerste drie modules nodig om optimaal te kunnen profiteren van de vervolgmogelijkheden. Een module is afgerond als de cliënt heeft voldaan aan de gemaakte afspraken rond aanwezigheid en huiswerk. Ook het eindrapport met de evaluatie van de programmadoelen moet door de trainer tenminste als voldoende zijn beoordeeld. Deze evaluatie vindt plaats op de moduledoelen die alle van de programmadoelen zijn afgeleid (voor een uitgebreid overzicht van de moduledoelen per programmadoel, zie de Programma-evaluatiehandleiding en Bijlage 1). De vaardigheden die de cliënt binnen GoA leert worden al vanaf de start van GoA zo maximaal mogelijk door de cliënt geoefend binnen het leefklimaat en op andere plekken (b.v. arbeid en dagbesteding) (zie Theoriehandleiding). In de fase van de nazorg (na afloop van de behandeling, zie §4.8 Theoriehandleiding) zijn de GoA-modules afgesloten. De geleerde vaardigheden worden dan beoordeeld en getoetst in een (open) context met meer vrijheden en verantwoordelijkheden.

Voor vrijwel alle cliënten uit de doelgroep geldt dat zij langdurend of zelfs levenslang aangewezen zijn op een vorm van begeleiding. ‘Real life’ betekent voor hen dat zij vaak een leven leiden waarin (bijna) altijd sprake is van begeleiding met een zekere intensiteit (zie ook Programmahandleiding).

Inhoud van de interventie

GoA streeft naar het verbeteren van de met agressie samenhangende cognitieve en adaptieve vaardigheden (zie programmadoelen). Sommige situaties (stressoren) en vaardigheden blijven voor de cliënten uit de doelgroep lastig vanwege (blijvende) beperkingen in het leervermogen. Behandeling van agressief (delict)gedrag bij personen met een LVB vindt daarom enerzijds plaats door vaardigheden van de cliënt te vergroten via het werken aan de programmadoelen. Anderzijds worden beschermende factoren vergroot en passende ondersteuning geboden. Hoge eisen (stressoren) vanuit de context worden verlaagd, bijvoorbeeld door het bieden van ondersteuning en door het wegnemen van bepaalde eisen die een te groot beroep doen op de zelfstandigheid van de cliënt. In een context waarin geen (te) hoge eisen worden gesteld, ontstaat er ruimte bij de cliënt om vaardigheden te leren. Wanneer de stijl van bejegening tegemoet komt aan de emotionele behoeften van cliënten leidt dit tot een leefklimaat waarin cliënten optimaal kunnen profiteren van het aanbod (zie Nijman, Didden, & Hesper, 2017). Cliënten profiteren het best van een behandelaanbod en leefklimaat waarin weinig tot geen stress is en waarin begeleiders zodanig ondersteunen dat de (oplopende) stress bij cliënten laag blijft of snel verdwijnt (Nijman e.a., 2017). Werken aan vaardigheden via GoA en het bieden van de passende contextuele ondersteuning zijn daarom zeer belangrijk in het integrale behandelaanbod. Contextuele ondersteuning vindt in de behandeling (GoA-module 1 t/m 5) plaats binnen het leefklimaat. Naarmate de behandeling vordert (GoA-module 6 en 7) vindt sociotherapeutische ondersteuning plaats in een context met meer vrijheden (zie Theoriehandleiding §4.2 en Programmahandleiding). Gedurende de behandeling wordt de contextuele ondersteuning vanuit het leefklimaat aangepast aan wat de cliënt aan vaardigheden beheerst en aan diens emotionele behoeften en sociaal en emotioneel niveau van functioneren (Nijman e.a., 2017). Een vorm van (passende) ondersteuning zal bij de doelgroep altijd met een zekere intensiteit nodig zijn. Maar vooral ook na een eventuele over/doorplaatsing naar een andere voorziening en nazorg is het bieden en organiseren van (blijvende) ondersteuning van de cliënt van doorslaggevende betekenis (zie Theoriehandleiding, §4.8).

Vergroten van vaardigheden

Het verminderen van agressief (delict)gedrag staat in GoA centraal. Elke GoA-module draagt hieraan bij door via de moduledoelen te werken aan de programmadoelen (zie voor de uitwerking van de moduledoelen per module: Bijlage 1). De basis van de modules wordt gevormd door cognitief gedragstherapeutische, vaktherapeutische (o.a. psychomotore therapie; zie Bellemans e.a., 2019) en andere interventies die in tabel 3 zijn samengevat.

Bij de vormgeving zijn daarnaast de in §3.4 beschreven praktische handreikingen met betrekking tot responsiviteit richtinggevend.

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

Module 1. Herkennen van gevoelens - 1

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

Module 2. Herkennen van gevoelens - 2

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

Module 3. Herkennen van gedachten

Deze module wordt aangeboden door hiertoe opgeleide trainers. Binnen deze module leert de cliënt wat gedachten zijn. De cliënt wordt geleerd dat gedachten samenhangen met hoe hij zich gedraagt. Er wordt

nadrukkelijk stilgestaan bij de verbinding tussen gedachten, gevoelens en gedrag. Ook wordt stilgestaan bij de samenhang tussen negatieve gedachten enerzijds en gevoel en gedrag anderzijds. Negatieve gedachten en helpende gedachten en de mogelijke gevolgen hiervan op het gedrag en de gevoelens worden uiteengezet. Er wordt gebruik gemaakt van filmmateriaal en werkboeken voor de deelnemers.

Module 4. Omgaan met boosheid en agressie - 1

Deze module wordt aangeboden door een opgeleide trainer. De cliënt leert wat onder boosheid (woede) en agressief gedrag wordt verstaan en hoe hij boosheid en agressie bij zichzelf kan herkennen. De vaardigheden uit de voorgaande modules (herkennen van gevoelens en gedachten) worden verder uitgebreid. Hier staat het gedrag centraal, maar tevens het gedrag in samenhang met gedachten, gevoelens en de gevolgen van het gedrag. Spanningsreducerende vaardigheden worden verder uitgebreid en geoefend. Er wordt gebruik gemaakt van werkbladen, filmmateriaal, Spanningsthermometer en Spanningspiramide, Eerste Hulp Kaart en Signaleringsplan, waarin de opbouw van spanning geformuleerd is met daaraan gekoppeld de interventies van de cliënt zelf en zijn of haar omgeving om de spanning te verminderen.

Module 5. Probleem- en delict scenario

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





Module 6. Omgaan met boosheid en agressie - 2








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

Module 7. Terugvalpreventie

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

Tabel 3. Interventies binnen de GoA-modules

	Module 1 :	aangeboden door vaktherapie: PMT
	Module 2 :	aangeboden door vaktherapie: Dramatherapie
	Module 3, 4 en 6:	aangeboden door opgeleide trainers
	Module 5 en 7:	aangeboden door psychologen of gedragsdeskundigen

Module	Interventies per module	
1. Herkennen van gevoelens 1	Ontspanningstechnieken Cognitieve herstructurering Sociale en assertieve vaardigheidstraining Psycho-educatie Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Vergroten van de motivatie tot gedragsverandering Monitoring van agressief gedrag	
2. Herkennen van gevoelens 2	Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Ontspanningstechnieken Vergroten van de motivatie tot gedragsverandering Monitoring van agressief gedrag	
3. Herkennen van gedachten	Cognitieve herstructurering Aanpassing sociale informatieverwerking (perceptie) Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Zelfinstructie Vergroten van de motivatie tot gedragsverandering Monitoring van agressief gedrag	
4. Omgaan met boosheid en agressie 1	Psycho-educatie Herkenning van arousal Herkenning van agressie-uitlokkende percepties, gedachten en gevoelens Ontspanningstechnieken Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Zelfinstructie Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) Monitoren van agressief gedrag	
5. Delictscenario	Opstellen van provocatie-scenario's Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) Monitoren van agressief gedrag	
6. Omgaan met boosheid en agressie 2	Herkenning van arousal Herkenning van agressie-uitlokkende percepties, gedachten en gevoelens Cognitieve herstructurering Ontspanningstechnieken Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) (signaleringsplan) Zelfinstructie Sociale en assertieve vaardigheidstraining Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) Monitoren van agressief gedrag	
7. Terugvalpreventie	Cognitieve herstructurering Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Zelfinstructie Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) Monitoren van agressief gedrag Sociale en assertieve vaardigheidstraining	

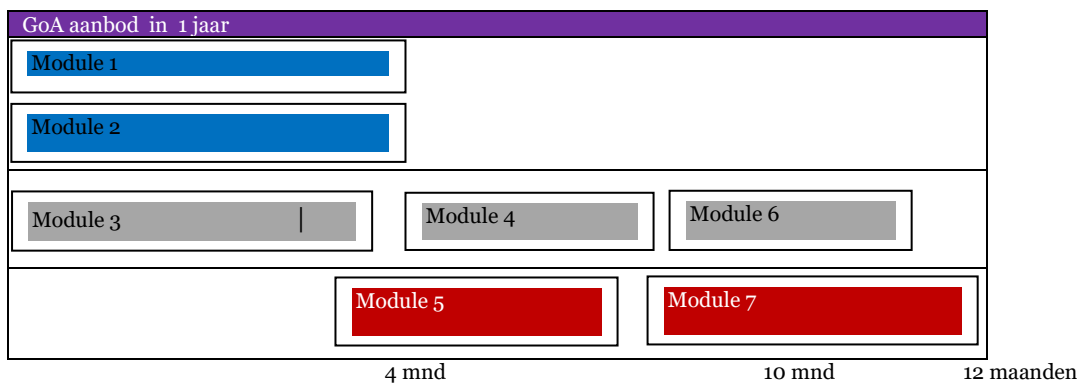
Module	Beschrijving
Parallele training sociale vaardigheden	De parallele training 'sociale vaardigheden' wordt gedurende het gehele behandelprogramma GoA aangeboden als onderdeel van het leefklimaat in door de cliënt zelf aangedragen relevante situaties. Doel van deze training is het aanleren van sociale vaardigheden, het vergroten van zelfkennis en het vergroten van het zelfvertrouwen in de omgang met anderen.

Duur en intensiteit van het programma

Het totale behandelprogramma GoA duurt maximaal 2 jaar. Alle modules worden dan één voor één (zie tabel 3) aangeboden. De duur van het behandelprogramma kan worden verkort tot minimaal één jaar. De modules worden dan meer efficiënt en elkaar deels overlappend aangeboden zoals weergegeven staat in tabel 4.

Tabel 4. Duur van de GoA modules

- Module 1 : aangeboden door vaktherapie: PMT
- Module 2 : aangeboden door vaktherapie: Dramatherapie
- Module 3, 4 en 6: aangeboden door opgeleide trainers
- Module 5 en 7: aangeboden door psychologen of gedragsdeskundigen



Bij zowel de duur van één jaar als bij de duur van maximaal twee jaar wordt de cliënt de mogelijkheid geboden veel te oefenen en te herhalen. Tevens maakt de relatief lange duur het mogelijk dat de nieuw te leren inzichten en vaardigheden in kleine stukjes kunnen worden aangeboden, voordat ze in groter geheel kunnen worden geïntegreerd. Daarnaast maakt deze duur het mogelijk dat de nieuwe vaardigheden kunnen worden toegepast in een sterk beveiligde omgeving en vervolgens in toenemende mate in een omgeving met meer bewegingsvrijheid (zie §2.15).

Gedurende het gehele GoA-programma vinden voor module 1 tot en met 7 in totaal 100 bijeenkomsten van 60 minuten plaats (zie tabel 5). Na de meeste bijeenkomsten krijgt de deelnemer ook huiswerk mee, hiervoor zijn per keer 30 minuten gereserveerd. Parallel aan de modules wordt de training sociale vaardigheden gevolgd.

Tabel 5. Modules en tijdsinvestering voor deelnemers van GoA

Module	Duur in maanden	Aantal bijeenkomsten, huiswerk en tijdsduur
1. Herkennen van gevoelens 1	4	15 bijeenkomsten van 60 minuten 10 x huiswerkopdrachten van 30 minuten
2. Herkennen van gevoelens 2	4	15 bijeenkomsten van 60 minuten 14 x huiswerkopdrachten van 30 minuten
3. Herkennen van gedachten	4	10 bijeenkomsten van 60 minuten 9 x huiswerkopdrachten van 30 minuten
4. Omgaan met boosheid en agressie 1	3	16 bijeenkomsten van 60 minuten 15 x huiswerkopdrachten van 30 minuten
5. Delictscenario	6	15 bijeenkomsten van 60 minuten 14 x huiswerkopdrachten van 30 minuten
6. Omgaan met boosheid en agressie 2	3	10 bijeenkomsten van 60 minuten 9 x huiswerkopdrachten van 30 minuten
7. Terugvalpreventie	4	16 bijeenkomsten van 60 minuten 15 x huiswerkopdrachten van 30 minuten

Door aandacht te besteden aan de principes van responsiviteit, generalisatie en behoud van geleerde vaardigheden binnen het leefklimaat wordt de intensiteit van het programma, in meerdere contexten en over langere duur, sterk vergroot.

Huiswerkopdrachten

In GoA zijn per bijeenkomst huiswerkopdrachten voor cliënten opgenomen. Het gaat in module 3, 4, 6 en 7 (Herkennen van gedachten, Omgaan met boosheid en agressie 1 en 2, en Terugvalpreventie) om huiswerkopdrachten die de cliënt met of zonder hulp voorbereidt. Deze huiswerkopdrachten, die voor de cliënt zijn uitgewerkt in de werkboeken, worden in de volgende bijeenkomst besproken. In de andere modules gaat het om het oefenen van nieuwe vaardigheden door de deelnemer in het eigen leefklimaat. Herhaling van hetgeen in de bijeenkomsten is geleerd wordt op deze wijze gerealiseerd. Voor het maken van huiswerkopdrachten is per keer 30 minuten gereserveerd (zie Tabel 4).

Groepsgrootte en groepssamenstelling

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

Door te werken met kleine groepen wordt zoveel mogelijk tegemoet gekomen aan het responsiviteitsprincipe. Procedures met betrekking tot de diagnostiek in het kader van responsiviteit zijn beschreven in de Theoriehandleiding en Programmahandleiding. Voor de inhoudelijke uitvoering van het programma heeft het aantal deelnemers kleiner dan vier geen nadelen. De groepssamenstelling is mede afhankelijk van de ontvangen aanmeldingen. In beginsel gelden er geen beperkingen, afgezien van de gestelde selectiecriteria. De individuele variant wordt aangeboden aan cliënten waarvan in de observatie- en diagnostiekfase wordt ingeschat dat zij onvoldoende profiteren van groepsgewijze bijeenkomsten, of dat zij te kwetsbaar worden geacht voor deelname aan groepsgewijze agressie behandeling. Van deze cliënten wordt ingeschat dat zij relatief snel ontregelen door het gedrag van en in interactie met andere deelnemers. Voor zover wij kunnen nagaan zijn er geen goed gecontroleerde studies verschenen die (empirisch gefundeerde) richtlijnen hebben opgeleverd voor de indicatiestelling naar een groepsgewijze dan wel individuele variant van een

behandelprogramma als GoA. De inschatting wordt gemaakt op basis van observaties van het gedrag en reactiewijzen van de cliënt in interacties met medecliënten, sociotherapeuten en andere betrokkenen. Ook kan een aanwijzing zijn het laag scoren op een schaal die emotioneel functioneren meet, zoals de Schaal voor Emotionele Ontwikkeling (zie ook Nijman, Didden & Hesper, 2017), waaruit blijkt dat de cliënt functioneert op het niveau van de fase van eerste individuatie (18-36 maanden).

Trainer en co-trainer

Alle modules worden verzorgd door twee gecertificeerde trainers. Om welk type trainers het gaat is afhankelijk van het soort module. In tabel 6 wordt per module een overzicht gegeven van de betrokken trainers. Bij een individueel aanbod of zeer kleine groep van deelnemers kan gekozen worden voor één hoofdtrainer. Dit betekent dat de vaktherapeut, psycholoog of GoA trainer de module alleen kan aanbieden.

Tabel 6. Modulaire opbouw GoA: modules, duur en verantwoordelijke trainers.

Module	Trainers
1. Herkennen van gevoelens 1	- Vaktherapeut Beweging/PMT en Sociotherapeut
2. Herkennen van gevoelens 2	- Vaktherapeut Drama en Sociotherapeut
3. Herkennen van gedachten	- Sociotherapeuten (2)
4. Omgaan met boosheid en agressie 1	- Sociotherapeuten (2)
5. Delictscenario	- Behandelverantwoordelijke en sociotherapeut
6. Omgaan met boosheid en agressie 2	- Sociotherapeuten (2)
7. Terugvalpreventie	- Behandelverantwoordelijke en sociotherapeut

Registratie en rapportage

De trainers houden de aanwezigheid van de deelnemers bij op de Deelnemers- en presentielijst GoA (zie bijlage Beoordelings- en evaluatiehandleiding). Daarnaast rapporteren ze per cliënt met behulp van de Individuele deelnemerskaarten na elke bijeenkomst de met de cliënt doorgesproken voortgang aan medebehandelaren, zoals de gedragsdeskundige van de deelnemer en de persoonlijk begeleider. Aan het eind van elke module maken ze in overleg met de cliënt een individueel Eindverslag (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding) en dragen dit indien gewenst over aan andere bij de deelnemer betrokken behandelaren. In dit Eindverslag worden de vorderingen op de moduledoelen beschreven hetgeen inzicht geeft in de behandelprogressie.

Evaluatie van het geleerde en afronding van de modules

De behandelprogressie van de cliënt op de programmadoelen wordt doorlopend gemonitord, onder andere door afname van de DROS. Als onderdeel van de kwalitatieve evaluatie wordt voor en samen met de cliënt per module de Individuele deelnemersvolgkaart bijgehouden. Deze individueel verzamelde informatie vormt de basis voor het Eindverslag van iedere module (zie de Beoordelings- en evaluatiehandleiding). Dit eindverslag, soms aangevuld met een toets gericht op de kernonderdelen van de module, geeft na afronding van de module een beeld van het behandelresultaat van de cliënt op de moduledoelen. In de eindverslagen wordt ook aandacht besteed aan de kwantitatieve evaluatie die met behulp van verschillende meetinstrumenten en op meerdere momenten wordt uitgevoerd. (Zie de Beoordelings- en evaluatiehandleiding voor meer informatie over de beoordeling en evaluatie.)

2. Uitvoering

Voor GoA is een handleidingenset ontwikkeld, bestaande uit een Theoriehandleiding (met de verantwoording en onderbouwing voor het behandelprogramma), een Programmahandleiding (met de volledig uitgewerkte handboeken van de modules, het management, trainershandleiding, cliënt handboeken), film- en instructiemateriaal, een Beoordelings- en evaluatiehandleiding (voor onderzoek), en een Samenvatting met Leeswijzer, gericht op de criteria zoals gesteld door de toenmalige Erkeningscommissie Gedragsinterventies Justitie.

Locatie en type organisatie

In alle instellingen met een (forensisch) behandelaanbod voor SGLVB, o.a. bij De Borg instellingen (<http://www.de-borg.nl/>). Onder de BORG instellingen vallen naast Trajectum (Gelderland, Overijssel, Friesland, Groningen en Drenthe), Aventurijn (Utrecht, Flevoland en Noord-Holland), Ipse De Bruggen (Zuid-Holland en Zeeland) en Stevig (Noord-Brabant en Limburg). Deze instellingen zijn door de overheid erkend en zorgen voor een landelijke dekking.

Opleiding en competenties van de uitvoerders

Medewerkers van GoA (gedragsdeskundigen, PMT therapeut, Drama therapeut, sociotherapeut of casemanager) dienen allen een opleiding tot GoA-trainer te hebben gevolgd. Om te werken met GoA is training vereist. De opleiding voor alle trainers of medewerkers bestaat uit 1 dag voor instellingen die bekend zijn met de doelgroep SGVLG en wordt verzorgd door 2 opleiders.

Profiel trainer/uitvoerder (naast de relevante opleidingseisen rondom de functie casemanagers, psychologen, vaktherapeuten PMT & Drama):

- Heeft kennis van en ervaring met het werken met cliënten die vallen onder de doelgroep met een SGLVB-indicatie en agressief gedrag.
- Heeft een relevante HBO-opleiding afgerond of functioneert op dit denkniveau.
- Heeft kennis van en ervaring met prosociale modeling.
- Heeft basiskennis van leerstijlen en theorieën.
- Heeft kennis van en ervaring met methodisch werken.
- Heeft kennis van en ervaring met motiverende gesprekstechnieken.
- Is in staat programmastof flexibel te hanteren vanuit responsiviteitsbeginsel.
- Is in staat de programma-integriteit te waarborgen.
- Kan zich verplaatsen in de cliënt en heeft een accepterende houding.
- Is in staat cliënten tot gedragsverandering te motiveren door voldoende aandacht te besteden aan de eigen wensen van de cliënt.
- Is herkenbaar voor de cliënt omdat hij de 'taal' van cliënten met een SGLVB spreekt.
- Vertoont prosociaal gedrag.
- Is directief waar nodig.
- Beschikt over didactische vaardigheden die aansluiten bij de doelgroep.
- Kan goed omgaan met storend gedrag.
- Kan signalen van agressie herkennen en agressie voorkomen.
- Is authentiek en gelooft in gedragsverandering van cliënten.
- Beschikt over voldoende cognitieve vaardigheden.

Kwaliteitsbewaking

De trainers/uitvoerders van GoA binnen de instelling nemen deel aan de geplande jaarlijkse bijeenkomst voor intervisie en/of nascholing.

De uitvoering van het behandelprogramma wordt door de trainers structureel gemonitord ter evaluatie van de kwaliteit van de uitvoering van GoA. De trainers vullen hiertoe na afloop van elke trainingsbijeenkomst de evaluatielijst trainers GoA in (zie bijlage Beoordelings- en evaluatiehandleiding). De ingevulde evaluatielijsten worden overgedragen aan de programmaleider Agressie of coördinator.

De trainers bewaken samen met behulp van deze gestructureerde beoordelingsmethode zichzelf op kwaliteit met betrekking tot de uitvoering van GoA, voortgang op de aandachtspunten die naar voren kwamen tijdens de bijeenkomst, programma-integriteit en responsiviteit. In de contacten tussen de trainers en de programmaleider staat het naleven van de programmaintegriteit centraal (zie proces-evaluatie)

Randvoorwaarden

- GoA is een behandelprogramma van 1 tot maximaal 2 jaar. Het vergt zowel voor de cliënt als voor de trainers een grote investering in tijd, alsmede ook voor andere betrokkenen zoals behandelaren en begeleiders binnen het leefklimaat.

- Basisvoorwaarde voor het goed uitvoeren van het programma is een goede onderlinge afstemming tussen behandelaren en trainers.
- Huiswerkopdrachten dienen altijd te worden gemaakt; bij afwezigheid schuift het huiswerk door naar de volgende bijeenkomst.
- De uitvoering van de behandelprogramma wordt door de trainers structureel gemonitord ter evaluatie van de kwaliteit van de uitvoering van GoA.

Implementatie

Implementatie via een schema van monitoring, zodat de integriteit en responsiviteit van het programma zijn gewaarborgd:

1 Criterium bekendheid/PR/kartrekker	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A Het behandelprogramma GoA staat voor medewerkers beschreven in het zorgprogramma/zorgpad als specialistische behandeling.	Het behandelprogramma GoA staat voor medewerkers niet beschreven in het zorgprogramma/zorgpad als specialistische behandeling.		Het behandelprogramma GoA wordt voor medewerkers momenteel beschreven in het zorgprogramma/zorgpad als specialistische behandeling.		Het behandelprogramma GoA staat voor medewerkers beschreven in het zorgprogramma/zorgpad als specialistische behandeling.
B Het behandelprogramma GoA staat beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor cliënten.	Het behandelprogramma GoA staat niet beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor cliënten.		Het behandelprogramma GoA wordt momenteel beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor cliënten.		Het behandelprogramma GoA staat beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor cliënten.
C Het behandelprogramma GoA staat beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor aanmelders en geïnteresseerden (waaronder naasten)	Het behandelprogramma GoA staat niet beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor aanmelders en geïnteresseerden (waaronder naasten)		Het behandelprogramma GoA wordt momenteel beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor aanmelders en geïnteresseerden (waaronder naasten)		Het behandelprogramma GoA staat beschreven bij het aanbod dat beschreven is voor aanmelders en geïnteresseerden (waaronder naasten)
D Er is een coördinator die de coördinatie/ uitvoering van alle modules van GoA organiseert en bewaakt	Er is een coördinator die de coördinatie/ uitvoering van alle modules van GoA organiseert en bewaakt		Er wordt momenteel een coördinator gezocht die de coördinatie/ uitvoering van alle modules van GoA organiseert en bewaakt		Er is een coördinator die de coördinatie/ uitvoering van alle modules van GoA organiseert en bewaakt

2 Criterium beschikbaarheid materialen	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A De trainershandboeken en handleidingen zijn te vinden op intranet. Cliënten ontvangen deelnemersboeken.	De trainershandboeken en handleidingen zijn niet te vinden op intranet. Cliënten ontvangen geen deelnemersboeken.		De trainershandboeken en handleidingen zijn of niet te vinden op intranet of cliënten ontvangen geen deelnemersboeken.		De trainershandboeken en handleidingen zijn te vinden op intranet. Cliënten ontvangen deelnemersboeken.
B De filmpjes voor cliënten zijn te vinden met een link op intranet, of op USB/DVD.	De filmpjes voor cliënten zijn niet te vinden met een link op intranet, of op USB/DVD.		Er wordt momenteel aan gewerkt dat de filmpjes voor cliënten te vinden zijn met een link op intranet, of op USB/DVD.		De filmpjes voor cliënten zijn te vinden met een link op intranet, of op USB/DVD.
C Trainers beschikken over de mogelijkheid om de filmpjes te tonen (b.v. Ipad, beamer).	Trainers beschikken niet over de mogelijkheid om de filmpjes te tonen (b.v. Ipad, beamer).		Er wordt momenteel gewerkt om te zorgen dat trainers beschikken over de mogelijkheid om de filmpjes te tonen (b.v. Ipad, beamer)		Trainers beschikken over de mogelijkheid om de filmpjes te tonen (b.v. Ipad, beamer)
D Er zijn ruimtes en (optioneel) digitale apparaten beschikbaar	Er zijn geen ruimtes en (optioneel) digitale apparaten beschikbaar		Er zijn of geen ruimtes of geen (optioneel) digitale apparaten beschikbaar		Er zijn ruimtes en (optioneel) digitale apparaten beschikbaar
E certificaten voor cliënten bij positief afsluiten van de modules	Cliënten krijgen geen certificaat bij het positief afsluiten van de modules	1-25% van de cliënten krijgt een certificaat bij het positief afsluiten van de modules	26-50% van de cliënten krijgt een certificaat bij het positief afsluiten van de modules	51-75% van de cliënten krijgt een certificaat bij het positief afsluiten van de modules	76-100% van de cliënten krijgt een certificaat bij het positief afsluiten van de modules

3 Criterium indicatie en verwijroutes	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A De (regie) behandelaren hanteren de indicatiecriteria, de contra-indicaties en de voorwaarden	De (regie) behandelaren hanteren niet de indicatiecriteria, de contra-indicaties en de voorwaarden	De (regie) behandelaren hanteren een van de drie genoemde zaken: de indicatiecriteria, de contra-indicaties en de voorwaarden	De (regie) behandelaren hanteren twee van de drie genoemde zaken: de indicatiecriteria, de contra-indicaties en de voorwaarden		De (regie) behandelaren hanteren alledrie genoemde zaken: de indicatiecriteria, de contra-indicaties en de voorwaarden
B De (regie) behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	De (regie) behandelaren hanteren niet de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	1-25% van de (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	26-50% van de (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	51-75% van de (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod	76-100% van de (regie)behandelaren hanteren de afwegingen voor een groeps- of individueel aanbod
C De toekomstige deelnemer krijgt informatie in een adviesgesprek met de behandelaar en uitgebreide informatie bij intake-gesprek met de trainers	De toekomstige deelnemer krijgt geen informatie in een adviesgesprek met de behandelaar en uitgebreide informatie bij intake-gesprek met de trainers	1-25% van de toekomstige deelnemer krijgt informatie in een adviesgesprek met de behandelaar en uitgebreide informatie bij intake-gesprek met de trainers	26-50% van de toekomstige deelnemer krijgt informatie in een adviesgesprek met de behandelaar en uitgebreide informatie bij intake-gesprek met de trainers	51-75% van de toekomstige deelnemer krijgt informatie in een adviesgesprek met de behandelaar en uitgebreide informatie bij intake-gesprek met de trainers	76-100% van de toekomstige deelnemer krijgt informatie in een adviesgesprek met de behandelaar en uitgebreide informatie bij intake-gesprek met de trainers
D De (regie) behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute (procesbeschrijving)	De (regie)behandelaren gebruiken niet de aanmeldingsroute (procesbeschrijving)	1-25% van de (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute (procesbeschrijving)	26-50% van de (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute (procesbeschrijving)	51-75% van de (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute (procesbeschrijving)	76-100% van de (regie)behandelaren gebruiken de aanmeldingsroute (procesbeschrijving)

4 Criterium scholingsfaciliteiten	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A De trainerseisen, werving, selectie, opleiding, monitoring en het scholingsaanbod worden gehanteerd zoals beschreven	De trainerseisen, werving, selectie, opleiding, monitoring en het scholingsaanbod worden niet gehanteerd zoals beschreven	In 1-25% van de gevallen worden de trainerseisen, werving, selectie, opleiding, monitoring en het scholingsaanbod worden gehanteerd zoals beschreven	In 26-50% van de gevallen worden de trainerseisen, werving, selectie, opleiding, monitoring en het scholingsaanbod worden gehanteerd zoals beschreven	In 51-75% van de gevallen worden de trainerseisen, werving, selectie, opleiding, monitoring en het scholingsaanbod worden gehanteerd zoals beschreven	In 76-100% van de gevallen worden de trainerseisen, werving, selectie, opleiding, monitoring en het scholingsaanbod worden gehanteerd zoals beschreven
B De train-de-trainers beschikken over scholingsprogramma dat is toegesneden op de eigen werksituatie	De train-de-trainers beschikken niet over scholingsprogramma dat is toegesneden op de eigen werksituatie	1-25% van de train-de-trainers beschikt over scholingsprogramma dat is toegesneden op de eigen werksituatie	26-50% van de train-de-trainers beschikt over scholingsprogramma dat is toegesneden op de eigen werksituatie	51-75% van de train-de-trainers beschikt over scholingsprogramma dat is toegesneden op de eigen werksituatie	76-100% van de train-de-trainers beschikt over scholingsprogramma dat is toegesneden op de eigen werksituatie

5 Criterium geschoolde trainers	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A Het is duidelijk hoeveel trainers van welke disciplines nodig zijn (met de gestelde functie-eisen)	Het is niet duidelijk hoeveel trainers van welke disciplines nodig zijn (met de gestelde functie-eisen)		Momenteel wordt duidelijkheid verkregen hoeveel trainers van welke disciplines nodig zijn (met de gestelde functie-eisen)		Het is duidelijk hoeveel trainers van welke disciplines nodig zijn (met de gestelde functie-eisen)
B Er zijn voldoende trainers geschoold	Er zijn geen trainers geschoold	1-25% van de benodigde trainers is geschoold	26-50% van de benodigde trainers is geschoold	51-75% van de benodigde trainers is geschoold	76-100% van de benodigde trainers is geschoold
C De trainers hebben tijd en ruimte om GoA op vraag uit te voeren en te organiseren	De trainers hebben geen tijd en ruimte om GoA op vraag uit te voeren en te organiseren	In 1-25% van de gevallen hebben de trainers hebben tijd en ruimte om GoA op vraag uit te voeren en te organiseren	In 26-50% van de gevallen hebben de trainers hebben tijd en ruimte om GoA op vraag uit te voeren en te organiseren	In 51-75% van de gevallen hebben de trainers hebben tijd en ruimte om GoA op vraag uit te voeren en te organiseren	In 76-100% van de gevallen hebben de trainers hebben tijd en ruimte om GoA op vraag uit te voeren en te organiseren

6 Criterium uitvoering	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A De trainers voeren GoA programma uit binnen de voorgeschreven kaders met de gewenste bejegeningstijl	De trainers voeren GoA programma niet uit binnen de voorgeschreven kaders met de gewenste bejegeningstijl	1-25% van de trainers voert GoA programma uit binnen de voorgeschreven kaders met de gewenste bejegeningstijl	26-50% van de trainers voert GoA programma uit binnen de voorgeschreven kaders met de gewenste bejegeningstijl	51-75% van de trainers voert GoA programma uit binnen de voorgeschreven kaders met de gewenste bejegeningstijl	76-100% van de trainers voert GoA programma uit binnen de voorgeschreven kaders met de gewenste bejegeningstijl
B De trainers beschikken over de competenties die beschreven staan in de management handleiding.	De trainers beschikken niet over de competenties die beschreven staan in de management handleiding.	1-25% van de trainers beschikt over de competenties die beschreven staan in de management handleiding	26-50% van de trainers beschikt over de competenties die beschreven staan in de management handleiding	51-75% van de trainers beschikt over de competenties die beschreven staan in de management handleiding	76-100% van de trainers beschikt over de competenties die beschreven staan in de management handleiding
C De trainers organiseren de transfer naar de regiebehandelaar of andere behandelaren.	De trainers organiseren niet de transfer naar de regiebehandelaar of andere behandelaren.	In 1-25% van de gevallen organiseren de trainers de transfer naar de regiebehandelaar of andere behandelaren.	In 26-50% van de gevallen organiseren de trainers de transfer naar de regiebehandelaar of andere behandelaren.	In 51-75% van de gevallen organiseren de trainers de transfer naar de regiebehandelaar of andere behandelaren.	In 76-100% van de gevallen organiseren de trainers de transfer naar de regiebehandelaar of andere behandelaren.

7 Criterium monitoring, evaluatie en effectmeting	Score 1	Score 2	Score 3	Score 4	Score 5
A Er is een rapportagesysteem voor het verloop, de resultaten en de adviezen voor vervolg	Er is geen rapportagesysteem voor het verloop, de resultaten en de adviezen voor vervolg		Er wordt gewerkt aan een rapportagesysteem voor het verloop, de resultaten en de adviezen voor vervolg		Er is een rapportagesysteem voor het verloop, de resultaten en de adviezen voor vervolg
B Evaluaties van tevredenheid van cliënt en trainer worden verzameld (procesevaluatie) en doorgegeven aan de programma coördinator	Evaluaties van tevredenheid van cliënt en trainer worden niet verzameld (procesevaluatie) en doorgegeven aan de programma coördinator	In 1-25% van de gevallen worden evaluaties van tevredenheid van cliënt en trainer verzameld (procesevaluatie) en doorgegeven aan de programma coördinator	In 26-50% van de gevallen worden evaluaties van tevredenheid van cliënt en trainer verzameld (procesevaluatie) en doorgegeven aan de programma coördinator	In 51-75% van de gevallen worden evaluaties van tevredenheid van cliënt en trainer verzameld (procesevaluatie) en doorgegeven aan de programma coördinator	In 76-100% van de gevallen worden evaluaties van tevredenheid van cliënt en trainer verzameld (procesevaluatie) en doorgegeven aan de programma coördinator
C meting van resultaten: effectmeting: resultaat in gedragsverandering en recidive vermindering, t.b.v. inbedding individuele behandeling vindt plaats	Er vindt geen meting van resultaten: effectmeting: resultaat in gedragsverandering en recidive vermindering, t.b.v. inbedding individuele behandeling plaats	In 1-25% van de gevallen vindt meting van resultaten: effectmeting: resultaat in gedragsverandering en recidive vermindering, t.b.v. inbedding individuele behandeling plaats	In 26-50% van de gevallen vindt meting van resultaten: effectmeting: resultaat in gedragsverandering en recidive vermindering, t.b.v. inbedding individuele behandeling plaats	In 51-75% van de gevallen vindt meting van resultaten: effectmeting: resultaat in gedragsverandering en recidive vermindering, t.b.v. inbedding individuele behandeling plaats	In 76-100% van de gevallen vindt meting van resultaten: effectmeting: resultaat in gedragsverandering en recidive vermindering, t.b.v. inbedding individuele behandeling plaats
D Essentiele feedback over de werkzaamheid van het GoA programma wordt gedeeld met de programma-coördinator, die het doorgeeft aan de module-ontwikkelaar	Essentiele feedback over de werkzaamheid van het GoA programma wordt niet gedeeld met de programma-coördinator, die het ook niet doorgeeft aan de module-ontwikkelaar		Essentiele feedback over de werkzaamheid van het GoA programma wordt gedeeld met de programma-coördinator, deze geeft het niet door aan de module-ontwikkelaar		Essentiele feedback over de werkzaamheid van het GoA programma wordt gedeeld met de programma-coördinator, die het doorgeeft aan de module-ontwikkelaar

Kosten

Kostenberekening GoA (Klinisch)										
Aantal keer GoA per jaar										1
Aantal deelnemers (per module)										3
Werkgeverslasten										45%
A Trainingen	Functie	Sessies per training	Uren	Training en per jaar	FTE **	Schaal	Maand-loon ***	Loon incl. verk. lasten	Totaal loonkst.	Overige kst
Herkennen van gevoelens 1	1 Hbo trainer	15	22,5	per module	1	0,01 45-10+	2.944,00	681,19		
	1 PMT'er	15	22,5	per module	1	0,01 45-10+	2.944,00	681,19		
Herkennen van gevoelens 2	1 Hbo trainer	15	22,5	per module	1	0,01 45-10+	2.944,00	681,19		
	1 Dramatherap.	15	22,5	per module	1	0,01 55-08	3.557,00	823,03		
Herkennen van gedachten	1 Hbo trainer	11	16,5	per module	1	0,01 45-10+	2.944,00	499,54		
	1 Hbo trainer	11	16,5	per module	1	0,01 45-10+	2.944,00	499,54		
Omgaan met boosheid en agressie I	1 Hbo trainer	16	24,0	per module	1	0,01 45-10+	2.944,00	726,60		
	1 Hbo trainer	16	24,0	per module	1	0,01 45-10+	2.944,00	726,60		
Delictsoentia	1 Hbo trainer	16	24,0	per module	1	0,01 45-10+	2.944,00	726,60		
	1 Gw'er	16	24,0	per module	1	0,01 65-10	4.906,00	1.210,84		
Omgaan met boosheid en agressie 2	1 Hbo trainer	11	16,5	per module	1	0,01 45-10+	2.944,00	499,54		
	1 Hbo trainer	11	16,5	per module	1	0,01 45-10+	2.944,00	499,54		
Terugvalpreventie	1 Hbo trainer	16	24,0	per module	1	0,01 45-10+	2.944,00	726,60		
	1 Gw'er	16	24,0	per module	1	0,01 65-10	4.906,00	1.210,84		
									10.192,87	
B Organisatie										
Opleidingskosten, gemaakt door	1 Gw'er		32	per jaar	1	0,02 70-10	5.907,00	1.950,78		
	2 Hbo trainer		16	per jaar	1	0,02 45-10+	2.944,00	972,25		
									2.923,03	
Coördinator GoA	1 OM'er		4	per week	47	0,11 55-08	3.557,00		6.901,34	
Opleidingsmaterialen			1							250,00
Trainingsruimte	Sessies		100							9.000,00
C. Materiaalkosten	Aantal	Trainings	Tot.	Prijs						
Trainersmappen	7	1	14	50,00						700,00
Clientenmappen	3	1	9	50,00						450,00
Klein materiaal	14	1	42	5,00						210,00
D. Ontwikkelkosten										
N.v.t., deze zijn vast										-
E. Doorbel. algemene kosten (o.b.v. aantal deelnemers)										
Organisatie										55.402,29
Materiaal										882,50
Onvoorzien										5.540,23
Overheadkosten		20%	van de loonkosten							4.003,45
Totale jaarlijkse kosten									20.017,24	76.438,47
										96.455,71
										32.151,90 per deelnemer
										96.455,71 per training
Opmerkingen										
* Incl. voorbereiding en communicatie (30 min) en beide trainers dan tegelijkertijd aanwezig										
** Geen rekening gehouden met ziekteverzuim										
*** FWG-schaal Gehandicaptenzorg 2017-2019 (per 1 oktober 2017)										
**** Trainingsruimte 122,50 p. uur										

3. Onderbouwing

Probleem

Grip op Agressie is bedoeld voor mensen met een licht verstandelijke beperking en agressief (delict) gedrag. Men spreekt van een licht verstandelijke beperking als het IQ ligt tussen 50 en 70 en als er tevens sprake is van tekorten op het gebied van adaptieve vaardigheden. Van zwakbegaafdheid is sprake wanneer het IQ ligt tussen 70 en 85 en als mensen bijkomende tekorten hebben in hun aanpassingsvermogen en adaptieve vaardigheden, en er tevens sprake is van psychosociale problematiek (AAIDD; Schalock e.a., 2010; DSM-IV-TR, APA, 2000). Het derde criterium stelt dat de LVB optreedt gedurende de ontwikkelingsperiode of voor het 18^e jaar. In de DSM-5 (APA, 2013) is de strikte indeling in IQ-grenzen meer naar de achtergrond gegaan en zijn er geen IQ-criteria meer voor zwakbegaafdheid. In Nederland is het gebruikelijk om beide doelgroepen – lichte verstandelijke beperking en zwakbegaafdheid – onder de noemer 'licht verstandelijke beperking' (LVB) te scharen. De redenen hiervoor zijn onder andere dat er tussen beide groepen veel overeenkomsten zijn in leerstijl en kenmerken alsmede in de behoefte aan ondersteuning. Zo is het onze ervaring dat mensen die zwakbegaafd zijn meer profiteren van kennis en kunde en attitude zoals ontwikkeld binnen de gehandicaptenzorg dan die ontwikkeld binnen voorzieningen voor gemiddeld begaafden (zie Didden, Troost, Moonen & Groen, 2016).

Mensen met een LVB laten gemiddeld genomen tekorten zien in het cognitief functioneren en hebben diverse problemen op sociaal vlak (voor een overzicht, zie Roos, 2017). Zo is er sprake van een zwakker korte termijn- of werkgeheugen en hebben zij meer moeite met generaliseren en reflecteren, waardoor zij moeilijk leren en fouten herhalen. Daarnaast hebben zij moeite bij het sociaal perspectief nemen (zich inleven in een ander), wat het adequaat interpreteren van sociaal gedrag en sociale situaties belemmert. Veel mensen met een LVB hebben geen of slechts een klein sociaal netwerk en zijn relatief vaak slachtoffer van pestgedrag van of misbruik door anderen. De cognitieve en sociale problemen die zij ervaren, vergroten het risico op stress. Bovendien is vaak sprake van bijkomende problemen, zoals psychische en somatische/neurologische problematiek en problemen in de sociale of maatschappelijke context (Didden e.a., 2016; Kaal, 2011). Kenmerkend voor mensen met LVB en bijkomende problemen is dat zij langdurende (professionele) ondersteuning nodig hebben.

De LVB en bijkomende problematiek leiden relatief vaak tot gedrags- en psychische problemen (zie o.a. Didden e.a., 2016). Agressief gedrag komt veelvuldig voor binnen deze doelgroep (Didden, Nijman, Delforterie, & Keulen-de Vos, in druk). In een onderzoek onder 386 cliënten die bij een van de vier Borginstellingen (SGLVB) waren opgenomen voor behandeling kwam naar voren dat bijna 60% van de cliënten waren opgenomen naar aanleiding van agressief gedrag. In 42% van de gevallen was dit naar aanleiding van fysieke agressie (zie Hesper & Drieschner, 2013). Agressief gedrag kan samengaan met delictgedrag, zoals het plegen van vermogensdelicten met geweld, mishandeling, levensdelicten, vrijheidsberoving en overige misdrijven of overtredingen zoals vandalisme, verstoring van de openbare orde, vernieling of verkeersovertredingen en misdrijven (zie Didden, Lindsay e.a., 2016; Tenneij & Koot, 2006). Maar ook internaliserende problemen (o.a. zelfverwonding, suïcidepogingen, stemmingsproblematiek) en psychotische stoornissen gaan relatief vaak samen met agressief gedrag (Hesper & Drieschner, 2013). Zonder behandeling gericht op het agressieve gedrag is de kans op recidive hoog (Didden e.a., in druk).

Oorzaken

Biopsychosociaal model als generiek model van agressief gedrag

Het biopsychosociaal model omvat risicofactoren (en beschermende factoren) voor de ontwikkeling van agressief gedrag (Dodge & Pettit, 2003). In de eerste plaats vormen bepaalde *biologische predisposities* een risico voor de ontwikkeling van agressief gedrag, zoals mannelijk geslacht, moeilijk temperament en impulsiviteit. Daarnaast vormt ook het opgroeien in bepaalde *sociaal-culturele contexten*, zoals ongunstige sociaaleconomische omstandigheden of gezins- en andere omgevingsfactoren (waaronder negatieve ouder-kind interacties; zie bijvoorbeeld Kawabata, Alink, Tseng, Van Ijzendoorn & Crick, 2011) een risico. Bepaalde *levenservaringen* in de interactie met ouders, leeftijdgenoten en maatschappelijke instituties (bijvoorbeeld school) kunnen eveneens een risico vormen voor de ontwikkeling van agressief gedrag.

Bij mensen met een LVB zijn meer risicofactoren aanwezig voor de ontwikkeling van agressief gedrag dan bij personen zonder een LVB (Didden, Lindsay e.a., 2016). Mensen met een LVB wonen bijvoorbeeld relatief vaker in een achterstandswijk en groeien relatief vaak op in gezinnen met een lage sociaaleconomische status (zie o.a., Koolhof, Loeber, & Collot d'Escury, 2007). Ook hebben zij vaker problemen op het gebied van werk en opleiding (Koolhof e.a., 2007) en zijn schooluitval en werkloosheid en armoede relatief vaak aan de orde. De bovengenoemde risicofactoren in het biopsychosociaal model betreffen aangeboren condities, sociaal-maatschappelijke factoren en levenservaringen. Deze worden binnen het forensisch veld beschouwd als statische risico's voor agressief (delict)gedrag. Hoewel deze factoren van grote waarde zijn voor het

vaststellen van het risico op agressief (delict)gedrag, zijn ze vanwege de onveranderbaarheid minder relevant voor de behandeling dan dynamische (veranderbare) risicofactoren (Didden & Moonen, 2017). Hieronder worden de dynamische risicofactoren voor agressief gedrag binnen het biopsychosociaal model uitgewerkt.

Dynamische risicofactoren voor agressief gedrag

Cognitieve en *emotionele processen* zijn volgens McGuire (2008) van cruciaal belang in het biopsychosociaal model. Ook Taylor en Novaco (2005) noemen cognitieve en emotionele processen als belangrijke risicofactoren, die in samenhang met de factoren *gedrag* en *context* verklaren waarom iemand op een bepaald moment overgaat tot agressief gedrag. Taylor en Novaco stellen dat woede, arousal, cognitie en inhibitie (zelfcontrole) belangrijke componenten zijn van cognitieve en emotionele processen. Volgens Taylor en Novaco is woede een negatieve emotie, die door de persoon wordt ervaren als een toestand van hoge psychofysiologische opwinding (arousal). De woede komt onder andere voort uit de betekenis die de persoon aan een bepaalde gebeurtenis (context) geeft. Woede is gerelateerd aan de perceptie van dreiging en onrechtvaardigheid. De activatie van woede tot daadwerkelijk agressief gedrag is vervolgens gerelateerd aan het verhoogde arousalniveau dat tot doel heeft de persoon in gereedheid te brengen om de ervaren bedreiging te bestrijden en aan de mate van zelfcontrole en emotieregulatie waarmee de persoon in staat is zijn impulsen te beheersen. Ook de sociale kennis die iemand heeft (scripts over hoe men zich dient te gedragen in sociale situaties; kennis over hoe sociale situaties verlopen), normen en waarden en de mate waarin iemand agressief gedrag goedkeurt (attitude), bepalen in belangrijke mate de kans dat woede wordt geactiveerd tot agressief gedrag (zie ook Taylor, Novaco, & Brown, 2016). Gedragmatige factoren tenslotte betreffen het aangeleerde reactiepatroon op een provocatie of dreiging. Hoe de omgeving reageert op agressief gedrag bepaalt vervolgens de kans dat het agressieve gedrag wordt bestendigd en bekrachtigd of uitdooft (zie Didden, Lindsay e.a., 2016).

Samengevat kunnen de dynamische risicofactoren voor agressief gedrag worden onderverdeeld in de volgende componenten:

- cognitieve processen: het interpreteren van sociale informatie (o.a. perceptie van dreiging of onrechtvaardigheid), sociale kennis en attitudes;
- emotionele processen: woede en arousal;
- gedrag: beperkte zelfcontrole en aangeleerd reactiepatroon;
- context: provocerende gebeurtenissen en bekrachtigende reacties vanuit de omgeving.

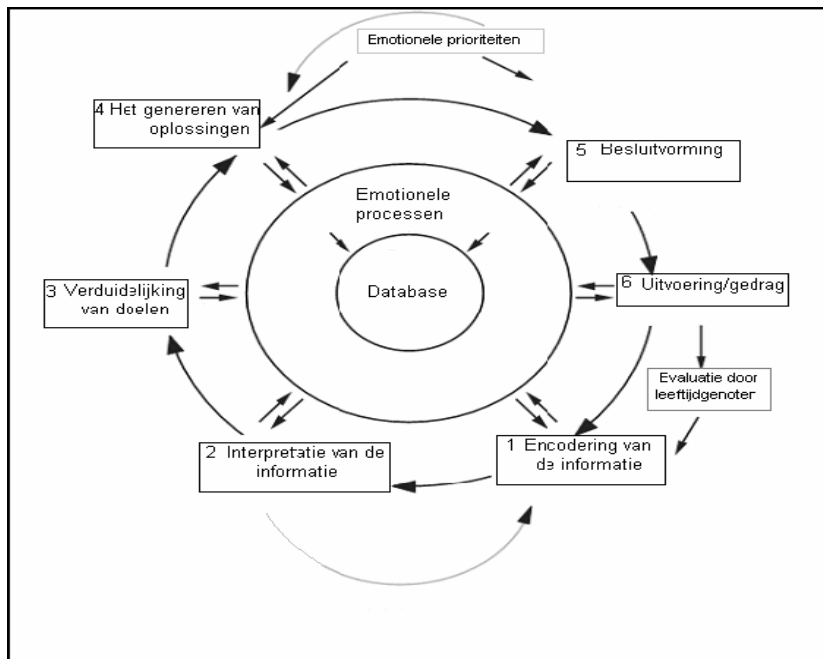
Sociaal informatieverwerkingsmodel: cognitie, emotie en gedrag

In het sociaal informatieverwerkingsmodel (SIV model) van Crick en Dodge (1994) wordt agressief gedrag verklaard aan de hand van de cognitieve stappen waarin sociale gebeurtenissen worden verwerkt en die resulteren in bepaald gedrag. Door onder andere Crick en Dodge is aangetoond dat personen met agressief gedrag in verschillende stappen binnen de sociale informatieverwerking de informatie zodanig verwerken dat de kans op agressief gedrag wordt vergroot. Crick en Dodge onderscheiden zes cognitieve stappen:

1. encoding: de persoon neemt een sociale gebeurtenis waar;
2. interpretatie: de persoon interpreteert de gebeurtenis;
3. doelbepaling: de persoon definieert de doelen in de gebeurtenis;
4. genereren van oplossingen: de persoon bedenkt oplossingen of mogelijke reacties;
5. besluitvorming: de persoon overweegt de reactiemogelijkheden en kiest de beste reactie;
6. gedrag: de persoon voert zijn gekozen reactie uit.

Bij elke stap spelen sociale kennisstructuren een rol. Deze zijn opgedaan door eerdere ervaringen en opgeslagen in de *database* van de persoon. Het gaat hierbij om sociale scripts, automatische gedachten en gevoelens, normen en waarden en attitudes. Sociale scripts hebben betrekking op verwachtingen over hoe een bepaald type situatie verloopt en scripts voor hoe men zich in een dergelijke situatie dient te gedragen. Automatische gedachten en gevoelens zijn primaire reacties op een gebeurtenis (bijvoorbeeld 'Ze moeten ook altijd mij hebben.' of 'Ik heb er recht op om...'). Normen en waarden en attitudes van de persoon, die sterk worden bepaald door de waarden en normen binnen de heersende cultuur en context, bepalen in hoeverre de persoon gedragingen als acceptabel en passend bij de situatie beoordeelt.

Figuur 1 is een bewerking van het model van Crick en Dodge (1994) door Lemerise en Arsenio (2000). Hoe iemand zich voelt (emotie), de mate waarin hij opwinding (arousal) of woede ervaart en in hoeverre de persoon in staat is tot zelfcontrole, bepalen volgens Lemerise en Arsenio in belangrijke mate hoe de stappen van de sociale informatieverwerking worden doorlopen.



Figuur 1. Sociaal informatieverwerkingsmodel van Crick en Dodge (1994), aangepast door Lemerise en Arsenio (2000).

Het sociaal informatieverwerkingsmodel is uitgebreid onderzocht bij jeugdigen met een LVB, die al dan niet agressief gedrag vertonen (zie o.a. Leffert & Siperstein, 1996; Van Nieuwenhuijzen, 2005; Van Nieuwenhuijzen e.a., 2005, 2006, 2011, 2012). Ook voor volwassenen met een LVB zijn er aanwijzingen voor de geldigheid van het model (Basquill, Nezu, Nezu, & Klein, 2004; Fuchs & Benson, 1995). Een review van studies bij volwassen cliënten met een LVB en agressief (delict) gedrag laat zien dat er veel aanwijzingen zijn dat het SIV model agressief gedrag kan verklaren en dat het model veel aanknopingspunten biedt voor behandeling (zie Larkin, Jahoda, & MacMahon, 2013).

Het blijkt dat personen met een LVB en agressief gedrag de stappen in het model op bepaalde wijze doorlopen:

- Uit onderzoek van Basquill e.a. (2004) onder agressieve en niet-agressieve mannen met een LVB bleek dat de agressieve mannen in niet-vijandige of ambigue situaties minder goed in staat waren om andermans bedoelingen accuraat te identificeren. Er leek sprake van een vijandige interpretatie door de agressieve mannen, hetgeen in overeenstemming is met de relatie die Taylor & Novaco leggen tussen woede en de perceptie van bedreiging en onrechtvaardigheid (*stap 2 interpretatie*).
- Uit onderzoek van Hatton en Emerson (2004) (zie ook Hulbert-Williams & Hastings, 2008) bleek dat personen met een LVB doorgaans meer negatieve levensgebeurtenissen (stressoren) meemaakten dan hun gemiddeld of hoger begaafde leeftijdgenoten. Owen e.a. (2004) vonden bij personen met een LVB daarnaast een verband tussen het meemaken van negatieve levensgebeurtenissen en agressief gedrag. Bij een stressor stijgt over het algemeen het arousalniveau (*emotionele processen*) met als doel het organisme in gereedheid te brengen de bedreiging te bestrijden (Lovallo, 1997): het organisme maakt zich op voor 'fight or flee' (vechten of vluchten) (*stap 3 doelbepaling*).
- In het onderzoek van Fuchs en Benson (1995) bleken agressieve en niet-agressieve mannen met een LVB niet van elkaar te verschillen in hun mogelijkheden om alternatieve oplossingen voor een conflict te bedenken. Echter, de agressieve groep genereerde wel significant meer agressieve oplossingen. Dezelfde bevindingen werden gedaan door Basquill e.a. (2004) (*stap 4 genereren van oplossingen*).
- Basquill e.a. (2004) vonden daarnaast dat de agressieve mannen met een LVB minder goed waren in het evalueren van de positieve en/of negatieve consequenties van de oplossingen. Tegelijkertijd vonden Fuchs en Benson (1995) dat de agressieve mannen met een LVB de agressieve oplossing vaker kozen dan de niet-agressieve mannen (*stap 5 besluitvorming*).
- Uit onderzoek onder jeugdigen met een LVB bleek dat, wanneer hen werd gevraagd voor een aantal hypothetische situaties uit drie verschillende oplossingen - agressief, passief of assertief gedrag - de beste oplossing te kiezen, zij bij voldoende tijd even goed als de jeugdigen met LVB maar zonder gedragsproblemen in staat waren adequate oplossingen te kiezen. In hun daadwerkelijke gedrag in 'real life situations' lieten zij echter vaker agressieve oplossingen zien (Van Nieuwenhuijzen e.a., 2005). Jeugdigen met een LVB en bijkomende gedragsproblemen leken hun kennis van adequate oplossingen niet te gebruiken tijdens het daadwerkelijk uitvoeren van gedrag. Uit een later onderzoek bleek dan ook dat impulsiviteit het agressieve gedrag van een klinische groep jeugdigen

met een LVB voor een belangrijk deel mede verklaarde (Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, Van Aken, & Matthys, 2009) (*stap 6 gedrag*).

- Uit onderzoek van Duncan, Matson, Bamburg, Cherry en Buckley (1999) bleek daarnaast een tekort op gedragsniveau. In dit onderzoek onder personen met een verstandelijke beperking werd een omgekeerd verband gevonden tussen sociale vaardigheden (bijvoorbeeld oogcontact maken) en gedragsproblemen, waaronder agressief gedrag. Personen met gedragsproblemen lieten meer tekorten in sociale vaardigheden zien dan personen zonder gedragsproblemen (*stap 6 gedrag*).

Uitlokkende en bekrachtigende factoren vanuit de context

De rol van de context bij agressief gedrag is tweeledig. In §2.2.1 is toegelicht dat agressief gedrag ontstaat als reactie op een externe gebeurtenis (provocatie of uitlokker). Tevens hebben we geconstateerd dat personen met een LVB vaker negatieve levensgebeurtenissen (stressoren) meemaken. De verhoging van het arousalniveau die hiermee samenhangt, de verminderde zelfcontrole en het gegeven dat personen met een LVB en agressief gedrag in hun gedrag als reactie op een provocatie meer agressieve dan assertieve oplossingen genereren en kiezen, zorgen ervoor dat de ervaren bedreiging uiteindelijk wordt geactiveerd tot een agressieve ('fight') reactie.

Ten tweede is een algemeen leertheoretisch principe dat alle gedrag, dus ook agressief gedrag, kan worden bekrachtigd (Bandura, 1973; Didden, Lindsay e.a., 2016): de reacties vanuit de omgeving houden het agressieve gedrag in stand door negatieve en/of positieve bekrachtiging.

Aan te pakken factoren

Uit de voorgaande paragrafen kunnen de volgende dynamische risicofactoren bij personen met een LVB en agressief gedrag worden afgeleid:

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

De basis van de modules van GoA wordt gevormd door cognitieve gedragstherapie (CGT), vaktherapeutische (o.a. psychomotore therapie; zie Bellemans e.a., 2019) en andere interventies die per programmadoel zijn samengevat.

Zoals de naam al aangeeft, bestaat CGT uit cognitieve therapie en gedragstherapie. Gedragstherapie is gericht op het veranderen van gedrag van cliënten door het manipuleren van uitlokkende en bekrachtigende gebeurtenissen. Bij cognitieve therapie ligt de focus meer op (negatief getinte of disfunctionele) gedachten, opvattingen en attitude en wordt getracht deze cognities te veranderen zodat ze meer functioneel worden. Agressief (delict) gedrag kan worden verminderd door uitlokkende en bekrachtigende gebeurtenissen (context) weg te nemen en disfunctionele cognities te vervangen door functionele en ongewenst gedrag door adaptief gedrag (zie Didden, Lindsay e.a., 2016).

De componenten die deel dienen uit te maken van een cognitief gedragstherapeutisch programma in het kader van agressief gedrag bij personen met een LVB hebben geleid tot de keuzes voor interventies binnen het behandelprogramma GoA. Deze zijn in tabel 7 weergegeven. De interventies zijn gekoppeld aan de programmadoelen van GoA.

Tabel 7. Programmadoelen en interventies binnen GoA

Programmadoel GoA	Interventies binnen GoA
1. Cliënt kent en erkent eigen agressief gedrag.	Psycho-educatie Monitoring van agressief gedrag Vergroten van motivatie tot gedragsverandering
2. Cliënt kent de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag.	Monitoring van agressief gedrag Opstellen van provocatie-scenario's
3. Cliënt kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag.	Herkenning van arousal Herkenning van agressie-uitlokkende percepties, gedachten en gevoelens
4. Cliënt beheerst technieken en vaardigheden om de aanloop tot agressief gedrag te doorbreken.	Ontspanningsoefeningen, met als gevolg arousalreductie Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Aanpassing sociale informatieverwerking (perceptie) Cognitieve herstructering Zelfinstructie

	Sociale en assertieve vaardigheidstraining
5. Cliënt geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag.	Psycho-educatie Verheldering van gevolgen van agressief versus assertief gedrag (op korte en lange termijn)
6. Cliënt verbetert zijn sociale en assertieve vaardigheden.	Sociale en assertieve vaardigheidstraining

Door GoA aan te laten sluiten op het leefklimaat (zie bijlage Programmahandleiding) wordt ervoor gezorgd dat de behandeling plaatsvindt binnen een contextueel perspectief.

Verantwoording

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is waarschijnlijk de meest onderzochte vorm van psychotherapie voor gedrags- en psychische problemen bij mensen zonder een LVB. De afgelopen twee decennia wordt deze behandeling steeds vaker toegepast bij mensen met een LVB en is het aantal studies naar de effectiviteit van CGT toegenomen – vooral gericht op agressief (delict) gedrag (zie Didden & Moonen, 2017; Didden e.a., in druk). De onderzoekstraditie naar de effectiviteit van CGT bij personen met een LVB is nog jong. Het aantal wetenschappelijke studies naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapeutische programma's op het verminderen van agressief gedrag bij personen met een LVB is relatief bescheiden en veel studies laten methodologische tekortkomingen zien (zie Ali, Hall, Blickwedel, & Hassiotis, 2015; Didden e.a., in druk; Didden, Lindsay e.a., 2016; Didden & Moonen, 2017). Taylor en Novaco (2005) geven een overzicht van de studies die tussen 1986 en 2005 zijn uitgevoerd. Aanvankelijk werden vooral case studies verricht. Sinds 2000 is het aantal gecontroleerde (niet-) gerandomiseerde studies toegenomen (zie o.a. Rose, West, & Clifford, 2000; Taylor e.a., 2002; Willner e.a., 2002; Lindsay e.a., 2004; Taylor, Novaco, Guinan, & Street, 2004; Taylor e.a., 2005; Willner e.a., 2013), waarbij de resultaten erop wezen dat cognitieve gedragstherapie effectief was in het verminderen van agressief gedrag. Ook in studies die na 2005 zijn gepubliceerd (zie ook Didden e.a., in druk) komt naar voren dat CGT gemiddeld genomen effectief is de vermindering van agressief gedrag bij mensen met een LVB. Zo liet een gecontroleerd onderzoek onder 65 delinquenten met een LVB niet alleen zien dat cognitieve gedragstherapie effectief is in het verminderen van agressief gedrag maar bleef ook het effect na een follow-up van 12 maanden behouden (Taylor, Novaco, & Johnson, 2009). Een interessante bevinding was dat er geen significante verschillen waren in de uitkomsten tussen cliënten met een verbaal IQ lager dan 70 en cliënten met een verbaal IQ van 70 of hoger. Een meer recente studie (Taylor, Novaco, & Brown, 2016) liet eveneens zien dat bij 50 patiënten met een LVB die waren opgenomen in een forensisch psychiatrische instelling de agressie en geweldsincidenten verminderde na CGT die individueel werd gegeven. Ook op de langere termijn bleek het effect behouden. Er zijn geen goed gecontroleerde studies verschenen waarin het effect van CGT (laat staan GoA-achtige benaderingen) is vergeleken tussen individuele en groepsgewijze behandelingen.

What Works of Risk-Need-Responsivity

Bij een behandelprogramma voor cliënten met een forensische achtergrond zijn de What Works of Risk-Need-Responsivity principes (RNR; Andrews & Bonta, 2010) essentieel (voor meer informatie zie Programmahandleiding). Doordat personen met een LVB vooral leren van voorbeelden en oefeningen die voor hen herkenbaar zijn en bij voorkeur voortkomen uit hun eigen situatie ('real life'), is voortdurende afstemming op de individuele cliënten binnen de groep en het leefklimaat essentieel. Verder zijn aanpassingen aan CGT, zoals meer maar kortere sessies, veel herhaling, kortere zinnen, en visuele ondersteuning, noodzakelijk om aan te sluiten bij de cliënten met een LVB (Didden e.a., in druk). Als er sprake is van een gebrek aan vereiste vaardigheden om de cognitieve componenten van CGT te begrijpen, kan het nodig zijn om een voorbehandeling in te zetten. Deze zou dan gericht moeten zijn op de basisprincipes van CGT, namelijk het leren identificeren, differentiëren en verbinden van emoties, gedachten en gevolg. Tegelijkertijd is de programma-integriteit belangrijk, waarbij wordt gewerkt volgens het protocol, zoals beschreven in de Programmahandleiding.

Responsiviteit: aansluiten bij de individuele cliënt en werken met individuele leerdoelen

Volgens het principe van 'responsiviteit' van RNR moet de behandeling zodanig worden aangeboden dat de deelnemer er optimaal van kan profiteren. De behandeling moet aansluiten bij de persoonlijke leerstijl, emotioneel niveau van functioneren en vaardigheden van de deelnemer.

Indien nodig kan bij een modulebijeenkomst van GoA een bepaalde oefening of een voorbeeld worden aangepast, zodat deze beter aansluit bij de kenmerken en de leefwereld van de deelnemer. Een voorwaarde is dat de trainer de aanpassing kan verantwoorden naar de leerstijl van de cliënt en dat de aangepaste oefening voldoet aan het doel waartoe deze in het programma is opgenomen (zie: 'programma-integriteit'). Dit vraagt van de trainers dat zij 'boven' het programma staan, dat wil zeggen, dat zij begrijpen waarom de verschillende onderdelen in het totale programma zijn opgenomen en op welke manier deze aan welk

programmadoel bijdragen. Daarnaast wordt de responsiviteit door het werken met geïndividualiseerde leerdoelen zoveel mogelijk gewaarborgd.

Generalisatie en behoud van de geleerde vaardigheden

De intensiteit van GoA wordt vergroot door veel aandacht te besteden aan de generalisatie: het leren toepassen in het dagelijks leven ('real life') van wat in een (niet-natuurlijke) trainingssituatie is geoefend. Om de kans op generalisatie zo groot mogelijk te maken, zijn begeleiders in de natuurlijke leefomgeving belangrijk. Zij kunnen de in de training geleerde vaardigheden in het dagelijks leven helpen toepassen, wat naar verwachting leidt tot betere behandelresultaten.

Generalisatie van de binnen GoA geleerde vaardigheden wordt nagestreefd in het leefklimaat van de deelnemer. Hiertoe wordt gewerkt met huiswerkopdrachten (zie Managementhandleiding) die in het leefklimaat worden uitgevoerd en worden gemaakt. Ook door de vormgeving van het leefklimaat wordt generalisatie bewerkstelligd (zie Programmahandleiding). Binnen het leefklimaat worden de nieuwe GoA-vaardigheden geoefend, herhaald en getoetst op adequaat gebruik binnen de natuurlijke leefomgeving. Aanvankelijk betreft dit het leefklimaat waar de cliënt verblijft ('real life' tijdens GoA-module 1 t/m 5 in de behandel fase van de klinische behandeling). Na verloop van tijd worden de nieuwe vaardigheden ook herhaald en getoetst binnen een omgeving met meer bewegingsvrijheid ('real life' tijdens GoA-module 6 en 7 in een latere periode van de klinische behandeling). Zo kan bij de doelgroep generalisatie van de geleerde vaardigheden naar de natuurlijke leefomgeving stapsgewijs worden bereikt. Bovendien draagt deze manier van werken bij aan de continuïteit: de GoA-vaardigheden komen niet alleen aan bod tijdens de modulebijeenkomsten, maar ook binnen het leefklimaat.

Daarnaast wordt de behandelaar van de deelnemer op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen van de deelnemer tijdens de modules. Na elke bijeenkomst wordt de behandelaar hierover geïnformeerd door middel van de Individuele deelnemerskaart. Bij het uitblijven van gedragsverandering kan de regiebehandelaar met behulp van therapeutische gesprekken aansluiten op die vaardigheden of inzichten waarop de cliënt geen of onvoldoende vooruitgang boekt.

Behalve dat via de sociotherapeuten en de behandelaars generalisatie wordt bevorderd, zijn de GoA-bijeenkomsten ook zodanig vormgegeven dat generalisatie voor deelnemers eenvoudig(er) wordt. Diverse reviews wijzen uit dat het gebruik van praktische voorbeelden en rollenspellen de effectiviteit van CGT vergroot (zie Didden e.a., in druk). Binnen GoA gaat het daarbij om het gebruik van voorbeelden/rollenspellen die aansluiten bij de leefwereld van de deelnemers (in het programma is bijvoorbeeld opgenomen dat cliënten bij diverse oefeningen zelf met voorbeelden komen van situaties die zij kunnen oefenen), veel herhalingen op verschillende manieren en in verschillende contexten, vaak oefenen van vaardigheden in verschillende situaties, veel 'doen/ervaren' in plaats van 'praten over', en veel positieve bekrachtiging, zodat nieuwe vaardigheden worden aangeleerd, gegeneraliseerd en behouden blijven.

Programma-integriteit: programma uitvoeren zoals bedoeld

GoA is op wetenschappelijke theorieën en onderzoek naar de effectiviteit van interventies gebaseerd. Wanneer de uitvoering van de interventie overeenkomt met het programma zoals beschreven, wordt gesproken van een goede programma-integriteit. Een goede programma-integriteit voorspelt een groter behandel effect (Lipsey & Wilson, 1998).

Binnen GoA wordt programma-integriteit op verschillende manieren gewaarborgd. In de eerste plaats worden trainers geselecteerd op basis van een voor GoA opgesteld competentieprofiel (zie Managementhandleiding). Hiermee wordt gewaarborgd dat alleen trainers worden opgeleid die als basis reeds beschikken over de specifieke competenties die nodig zijn voor het betrouwbaar kunnen uitvoeren van het programma. Hierna worden de geselecteerde trainers opgeleid tot GoA-trainer (zie Opleidingshandleiding). Na afronding van de GoA-opleiding volgen de opgeleide trainers nascholings- en coachingsbijeenkomsten (werkbegeleiding, intervisie en supervisie), waarmee de vaardigheden van de trainers op peil worden gehouden (zie Managementhandleiding). Tenslotte is getracht de programma-integriteit te bewerkstelligen door alle modules en modulebijeenkomsten in detail te beschrijven in de Programmahandleiding. Deze beschrijving geeft een format dat de trainers per bijeenkomst dienen te volgen, zonder dat dit ten koste gaat van hun handelingsvrijheid. De trainers moeten immers de ruimte hebben om te kunnen aansluiten op de individuele cliënten en omstandigheden.

Duur en intensiteit van het programma

De intensiteit van de behandeling dient te zijn afgestemd op het recidiverisico. Personen met een gemiddeld tot hoog recidiverisico hebben een intensieve(re) behandeling nodig (Andrews & Bonta, 2010). Bij deelnemers van GoA is sprake van een gemiddeld tot hoog recidiverisico. Personen met een LVB hebben daarnaast behoefte aan veel herhaling en het opknippen van een intensief programma in overzichtelijke eenheden. Studies naar de cognitieve behandeling bij justitiabelen met een laag intelligentieniveau lieten zien

dat groepsbehandeling en interventies met een behandelduur van meer dan een jaar belangrijke factoren zijn in het effectief terugdringen van recidive (Barron, Hassiotis, & Banes, 2002). De klinische variant van GoA duurt tenminste 1 jaar. Deze duur geeft de cliënt de mogelijkheid veel te herhalen en te oefenen. Tevens maakt de relatief lange duur het mogelijk dat de nieuw te leren inzichten en vaardigheden in kleine stukken kunnen worden aangeboden, voordat ze in groter geheel kunnen worden geïntegreerd. Daarnaast maakt deze duur het mogelijk dat de nieuwe vaardigheden aanvankelijk kunnen worden toegepast in een sterk beveiligde omgeving en vervolgens in toenemende mate in een omgeving met meer bewegingsvrijheid (zie Programmahandleiding). Dit sluit aan bij de leerstijl van cliënten met een LVB.

Gedurende het programma vinden in totaal 100 modulebijeenkomsten (module 1 t/m 7) plaats. Daarnaast wordt parallel hieraan de training sociale vaardigheden gevolgd. In de Programmahandleiding) wordt de intensiteit per GoA-module toegelicht. Voor het maken van huiswerkopdrachten worden per keer 30 minuten gereserveerd (zie Managementhandleiding). Door aandacht te besteden aan de principes van responsiviteit, generalisatie en behoud van geleerde vaardigheden in het leefklimaat (zie Programmahandleiding) wordt de intensiteit van het programma, in meerdere contexten en over langere duur, sterk vergroot.

Continuïteit en nazorg na afronding van het programma

Afhankelijk van de mate waarin de cliënt de programmadoelen van GoA behaalt, kunnen voor de vervolgsetting/zorgstructuur doelen worden geformuleerd om de beschermende factoren in het systeem rondom de cliënt te versterken. Dit is de contextuele ondersteuning in het kader van nazorg. Tijdens GoA wordt nadrukkelijk gewerkt aan de voorbereiding van de periode na afronding van het behandelprogramma. Gedurende het gehele programma leert de cliënt vaardigheden ter voorkoming van terugval in agressief (delict)gedrag. In module 7-Terugvalpreventie gaat het om een integratie van hetgeen de cliënt heeft geleerd in de voorgaande modules. Er worden afspraken gemaakt met zowel de cliënt in samenwerking met de context (zie Programmahandleiding) over hoe te handelen in bepaalde situaties of bij toenemende spanning (arousal) en agressief gedrag. Het Signaleringsplan van de cliënt is hierbij een belangrijk hulpmiddel. Dit plan wordt samen met de cliënt opgesteld. Het is een document waarin de opbouw van stress is beschreven en vertaald in waarneembaar gedrag. Daarbij is omschreven welke acties van de cliënt zelf en welke van de omgeving wenselijk zijn om passend te reageren op spanning (arousal), teneinde verdere agressie-opbouw te voorkomen en zo spoedig mogelijk het contact met de cliënt te kunnen herstellen. De Eerste Hulp Kaart, waarin in korte bewoordingen omschreven staat wat de cliënt moet doen als hij verhoogde spanning (arousal) ervaart of in een situatie terecht komt die voor hem (te) lastig is, is onderdeel van het Signaleringsplan. De Eerste Hulp Kaart is een soort 'spiekbriefje' voor de cliënt bij stressvolle gebeurtenissen.

De generalisatie van nieuwe binnen GoA aangeleerde vaardigheden gaat tijdens de eerdere GoA-modules gepaard met veel oefening en herhaling van aan te leren gedrag binnen het leefklimaat en op andere plaatsen in het sociotherapeutisch milieu (zie uitwerking relatie leefklimaat en GoA in Programmahandleiding). Als deze vaardigheden binnen de leefgroep (module 1 t/m 5) zijn geoefend en herhaald, volgen module 6 en 7 in een beveiligde situatie met toegenomen (fysieke) bewegingsvrijheid. Binnen module 7-Terugvalpreventie vindt de toetsing en controle van de geïntegreerde vaardigheden plaats. Als de toetsing positief uitvalt, de cliënt zijn eigen risico's en signalen voor terugval herkent en adequaat met deze risico's kan omgaan of een passende hulpvraag kan stellen aan mensen uit zijn omgeving, kan de module Terugvalpreventie en daarmee GoA worden afgesloten. Vanaf het moment dat de behandeling overgaat naar de resocialisatie of nazorgfase worden de afspraken in het (GoA-) Signaleringsplan van de cliënt overgedragen aan de persoonlijk begeleider van de cliënt en op termijn aan de begeleiders binnen zijn toekomstige woonsetting. In de overdracht naar een vervolg woon-/zorgvoorziening wordt veel aandacht besteed aan het informeren van de nieuwe begeleiders over de risicosituaties en -signalen van de cliënt om terugval in het delict- en/of probleemgedrag te voorkomen. Zorgvuldige overdracht van het Signaleringsplan van de cliënt is hierbij van groot belang.

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering

Niehoff, H. & Delforterie, M. (2018). *Procesevaluatie Grip op Agressie*. Zwolle: Trajectum.

Dit onderzoek betreft een procesevaluatie van GoA. Voor dit onderzoek is gebruik gemaakt van verschillende methoden, namelijk een (groeps)interviews (trainers), vragenlijst (BIB; trainers), monitoringslijst (trainers) semi-gestructureerde interviews (behandelaren), dossieronderzoek (deelnemers) en enquête (deelnemers). Interviews met trainers, behandelaren en vaktherapeuten van Trajectum zijn gehouden voor een onderzoeksrapport afgerond in juni 2014. Op 25 januari 2017 is een groepsinterview gehouden met 24 trainers in groepjes van 4. Op peildatum april 2016 hebben 89 cliënten van Trajectum ten minste één van de modules van GoA gevolgd. In totaal zijn er 72 BIB-vragenlijsten afgenomen door trainers over 45 cliënten en 4 verschillende modules. Deze informatie is verwerkt in een verslag afgerond in november 2017. Een monitoringslijst is ingevuld met 4 uitvoerende GoA medewerkers in september 2018. Een semi-gestructureerd interview met 5 behandelaren en dossieronderzoek bij 63 deelnemers is verwerkt in een verslag afgerond in februari 2017. De enquête is per module afgenomen bij 11 verschillende deelnemers. Eén deelnemer heeft over 2 modules een enquête ingevuld.

De procesevaluatie van GoA heeft zich gericht op verschillende aspecten (werkzame elementen) die hieronder in deelvragen worden besproken.

- *Vallen de cliënten die deel hebben genomen aan GoA onder de omschreven inclusiecriteria?*
Uit de procesevaluatie blijkt dat 92% van de deelnemers van GoA voldeed aan het inclusie criterium dat agressief gedrag op de voorgrond moet staan. Agressieve gedragingen zoals mishandeling, bedreiging en levensdelicten komen het meeste voor als aanleiding voor opname. Een knelpunt is dat de kennis over GoA, inclusief doelen en inclusiecriteria, onvoldoende is bij nieuwe (regie)behandelaren. Bovendien blijkt de aanmeldprocedure verschillend te worden uitgevoerd. Deze knelpunten zorgen er mogelijk voor dat niet alle cliënten die onder de inclusiecriteria vallen GoA aangeboden krijgen.
- *Wordt GoA uitgevoerd zoals beschreven staat?*
In alle deelonderzoeken komt naar voren dat trainers GoA uitvoeren zoals in de programmahandleiding wordt beschreven. Kleine aanpassingen worden gedaan om aan te sluiten op het niveau van de deelnemer, waarbij bijvoorbeeld passende voorbeelden worden aangevuld. Dit betekent dat trainers ook rekening houden met het responsiviteitsprincipe van de RNR (Andrews & Bonta, 2010) en is niet van invloed op de werkzame elementen. De deelonderzoeken zijn echter allemaal gebaseerd op interviews en monitoringslijsten van de trainers zelf. Objectief onderzoek, zoals (video) observaties, zijn niet uitgevoerd, omdat dit de behandelbijeenvakkomsten voor de deelnemers mogelijk zouden kunnen beïnvloeden.
- *Zijn de noodzakelijke randvoorwaarden voor uitvoering van GoA aanwezig?*
Het leefklimaat van de deelnemer is een belangrijke randvoorwaarde, waarin de geleerde vaardigheden worden gegeneraliseerd door middel van huiswerkopdrachten. Trainers geven echter aan dat de generalisatie naar het leefklimaat een knelpunt is door de vele veranderingen in teamsamenstelling. Een andere randvoorwaarde is de opleiding tot trainer, waarbij de potentiële trainer voldoet aan een vooraf vastgesteld profiel. De huidige trainers van GoA voldoen hieraan.
- *Waren de cliënten gemotiveerd voor deelname aan GoA, wat was hun ervaring?*
Ondanks dat 43 van de 45 deelnemers een justitiële maatregel hadden, waren deelnemers die modules van GoA volgden gemotiveerd en toonden volgens de globale beoordeling van de mate van inzet een bovengemiddelde inzet. Ze zijn heel erg tevreden over de verschillende modules van GoA en vinden dat de modules helpen om om te gaan met hun boosheid en dat het helpt om verhoogde spanningen of problemen te voorkomen.

Succesfactoren:

- *Flexibiliteit in individueel of groepsaanbod van de modules*
Sommige deelnemers zijn niet in staat om te profiteren van GoA in groepsverband, en daarom is de aanpassing naar een individueel aanbod een succesfactor.
- *Motivatie deelnemers*
Deelnemers zijn gemotiveerd om aan GoA mee te werken en laten een hoge mate van inzet zien. Daarnaast zijn ze zeer tevreden over GoA, waarbij ze aangeven dat er goede uitleg wordt gegeven en dat de trainers goed zijn.

Faalfactoren

- *Duur*
De relatief lange duur van GoA zorgt ervoor dat behandelaars een potentiële deelnemer niet aanmelden voor GoA omdat de deelnemer GoA niet volledig zou kunnen volgen vanwege een kortere verwachte opnameduur.
- *Management*
De praktische randvoorwaarden rondom het aanbod van GoA waar het management verantwoordelijk voor is, zoals opgeleide en beschikbare trainers, beschikbare ruimtes en trainersmateriaal, moeten juist worden uitgevoerd. Als het management onvoldoende in staat is om aan deze randvoorwaarden te voldoen, heeft dit negatieve gevolgen voor de effectiviteit van GoA.
- *Aanmelding*
Door een aantal onduidelijkheden in de aanmelding, zoals wie ervoor verantwoordelijk is en het grote aanbod aan behandelprogramma's binnen de voorziening, melden behandelaars hun cliënt niet aan bij GoA.
- *Uitval*
Van de 89 cliënten hebben 19 (21%) GoA volledig afgerond. Dat 21% GoA volledig heeft afgerond heeft voornamelijk te maken met organisatorische uitval en doorplaatsing. Door de relatief lange duur van GoA zijn cliënten niet lang genoeg in zorg om het volledige programma te volgen. Om die reden is de behandelduur aangepast, waarbij de modules en aantal sessies gelijk zijn gebleven, maar de modules efficiënter worden aangeboden waardoor deze uitval kan worden voorkomen.

Aanpassingen die zijn gedaan op basis resultaten procesevaluatie

De behandelduur van GoA is, door een efficiënter aanbod, aangepast. Hierdoor is het mogelijk om GoA met een behandelduur van één jaar aan te bieden. De modules en de inhoud blijven hierbij gelijk.

De voorbeelden en ondersteunende filmpjes worden binnen het gehele behandelprogramma vervangen.

Samen met cliënten zullen tekeningen, instructiefilmpjes en de werkboeken passend gemaakt worden.

De rol van het management wordt binnen de implementatie nadrukkelijker beschreven door een toevoeging van een implementatie monitoring.

Om de programma-integriteit objectiever te kunnen beoordelen, zullen de komende jaren trainers van de diverse modules (PMT modules, CGT-modules en delictscenario) bij elkaar een aantal sessies observeren om de programma-integriteit te beoordelen. Ook zal de mogelijkheid worden bekeken om een externe observator te gebruiken.

4.2 Onderzoek naar de behaalde effecten

Volgens de opzet van het onderzoeksdesign zouden de volgende meetinstrumenten gebruikt worden ter beoordeling van het effect van GoA op de programmadoelen:

- Een selectie van tien items uit de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS; Drieschner & Hesper, 2008), gescoord door de behandelverantwoordelijke.
- Een uitgebreide versie van de Modified Overt Agression scale (MOAS+; Kay, Wolkenfeld & Murrill, 1988; Crocker, Mercier, e.a., 2006), gescoord door een psychotherapeut van de afdeling.
- Een voor personen met een verstandelijke beperking aangepaste versie van de Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (NAS-PI Northgate Modifications; Taylor & Novaco, 2005), gescoord door een onderzoeksmedewerker op basis van een gestructureerd interview met de cliënt.

De DROS en de MOAS+ zijn gebruikt om het effect van GoA op de programmadoelen te meten. De NAS-PI is echter komen te vervallen. De belangrijkste reden hiervoor is dat het proces van interviews in de praktijk lastig bleek. De NAS-PI vereist een lang interview, hetgeen niet geschikt blijkt voor onze doelgroep, onder andere doordat de concentratie van de cliënten verslapt. Dit werd opgevangen door het interview in meerdere afspraken af te nemen, maar dit heeft invloed op de vergelijkbaarheid tussen cliënten en de betrouwbaarheid van de data. Doordat GoA doorloopt en cliënten dus blijven leren over hun gevoelens van boosheid, kunnen de antwoorden in de eerste sessie van het interview verschillen van de antwoorden in de laatste sessie van het interview. Daarnaast bleek het inplannen van de interviews complex, waardoor beginmetingen pas konden worden ingepland als de cliënt al met GoA bezig was, wat ook invloed had op de planning van de tussen- en eindmetingen. Door deze afwijkende meetmomenten tussen cliënten kunnen de data niet meer betrouwbaar worden vergeleken. Om bovenstaande redenen is besloten om de NAS-PI te laten vervallen en ons te richten op meetinstrumenten die in onze doelgroep valide en betrouwbaar zijn gebleken, namelijk de DROS en de MOAS+.

Onderzoeksopzet van het meten van verandering op de (sub)doelen van GoA

Om het effect van GoA op de programmadoelen te evalueren zal gebruik worden gemaakt van de meetinstrumenten DROS en de MOAS+ die binnen Trajectum worden verzameld in het kader van de Routine Outcome Monitoring (ROM). Binnen de ROM worden systematisch en bij herhaling (Routine) instrumenten ingezet om de resultaten (Outcome) van een behandeling te meten en eventueel bij te sturen (Monitoring) (zie Delforterie, Hesper & Didden, 2016). De data van de DROS worden geanalyseerd op groeps- en op individueel niveau. Op groepsniveau wordt gekeken naar de data van 10 cliënten die GoA hebben afgerond. De DROS metingen die het dichtst bij de begin- en einddatum van GoA liggen worden geselecteerd als respectievelijk start- en eindmeting. Met een gepaarde *t*-toets wordt gekeken of het verschil in start- en eindmeting op groepsniveau significant is, en hoe groot het effect is.

Op individueel niveau wordt tien keer een *n*=1 studie uitgevoerd. Per cliënt wordt de *reliable change index* berekend op basis van de start- en eindmeting van de DROS. Daarnaast wordt per cliënt het verloop van de DROS scores en MOAS+ scores in kaart gebracht. Hierbij wordt ook rekening gehouden met de afdeling en mate van beveiliging.

Onderzoek naar de behaalde effecten 1

Effectonderzoek naar GoA binnen Trajectum

Het onderzoek is beschreven als masterscriptie voor de opleiding Pedagogische Wetenschappen aan de Radboud Universiteit Nijmegen.

Schwiening, L., Delforterie, M. J., & Didden, R. (2017). De effectiviteit van Grip op Agressie op agressief gedrag en dynamische risicofactoren voor gewelddadig gedrag bij mensen met een licht verstandelijke beperking. *Masterscriptie, Radboud Universiteit Nijmegen*.

Het onderzoek betreft een pretest-posttest onderzoeksdesign (zonder controlegroep) en een *n*=1 design met 10 cliënten die alle modules van Grip of Agressie hebben gevolgd. Onderzoeksgegevens werden uit de Routine Outcome Monitoring (ROM) gehaald. Gegevens die zijn geselecteerd uit de ROM zijn de Dynamic Risk Outcome Scale (DROS; Drieschner & Hesper, 2008) en de Modified Overt Aggression Scale (MOAS+; Kay et al., 1998). De DROS is een ROM instrument dat speciaal ontwikkeld is voor de SGLVB doelgroep, en is gericht op dynamische risicofactoren zoals coping en vijandig gedrag. Het instrument wordt ingevuld door de behandelverantwoordelijke van de cliënt. Een aantal items uit de DROS is geselecteerd als GoA-items, omdat deze specifiek gericht zijn op de doelen van GoA. De MOAS+ is een incidentenrapportage instrument gericht op verbale agressie, fysieke agressie, agressie tegen objecten, auto-agressie en seksuele agressie dat wordt ingevuld door groepsleiding. In het huidige onderzoek is gekeken naar verbale en fysieke agressie en naar agressie tegen objecten. In totaal zijn er 10 cliënten geselecteerd die binnen Trajectum GoA hebben afgerond.

Door middel van *Wilcoxon signed-rank* testen is getoetst of cliënten op groepsniveau een significante toename laten zien op de DROS-totaalscore en de GoA-specifieke DROS items tussen de voor- en nameting. Uit de analyses blijkt dat er een significante toename is tussen de voor- en nameting voor de DROS-totaalscore ($T = 3, p = .01; d = -1.07$) en voor de GoA-specifieke DROS items ($T = 4, p = .02; d = -1.43$), wat betekent dat er een verminderd risico is voor agressief gedrag na het volgen van GoA.

Tot slot is er middels *Wilcoxon signed-rank* testen per GoA-specifiek DROS item getoetst of de items op groepsniveau significant verbeterd zijn. Cliënten verbeteren significant op de items 'Verantwoordelijkheid nemen', 'Besef risico', 'Acceptatie beperkingen', 'Attitude tegenover fysiek geweld', 'Coping met conflictueuze interacties', 'Coping met overige stressoren' en 'Vijandige waarneming en houding'. Cliënten verbeteren niet op de items 'Egocentrisme', 'Ondoordachtheid' en 'Samenwerkingsvaardigheden'.

Op individueel niveau is door middel van een *reliable change index* onderzocht hoeveel van de 10 cliënten vooruit zijn gegaan op de DROS-totaalscore en op de GoA-specifieke items. Bij 7 van de 10 cliënten is er een vooruitgang te zien op beide scores.

Wat betreft agressie-incidenten gemeten met de MOAS+ komt over het algemeen verbale agressie het meest voor. Bij vier cliënten worden tijdens het volgen van GoA verschillende (met name verbale) incidenten met agressie gerapporteerd. Naarmate GoA vordert is te zien dat de incidenten in frequentie afnemen. Bij de overige vier cliënten is er geen verschil in agressie-incidenten voor, tijdens, of na het volgen van GoA.

Effectonderzoek bij cliënten met agressieproblematiek binnen de Borg instellingen.

Hesper, B., & Drieschner, K. (2013). *Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg (2007-2012)*. Den Dolder: De Borg.

Het onderzoek betreft een evaluatie naar de behandelresultaten van instellingen aangesloten bij de Borg. Vier verschillende instellingen die behandeling bieden aan cliënten met een licht verstandelijke beperking en een gedragsstoornis (Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt: SGLVG) zijn bij de Borg aangesloten, te weten Trajectum, Altrecht-Wier, Ipse de Bruggen en Stevig-Dichterbij. De primaire onderzoeksvraag luidde: Leiden de door de Borginstellingen aangeboden klinische SGLVG behandelingen tot de gewenste veranderingen bij cliënten? Daarnaast is onderscheid gemaakt in behandelresultaten bij bepaalde groepen cliënten. In de huidige beschrijving worden de resultaten van de cliënten met primair agressieproblematiek beschreven. In alle instellingen van de Borg werd GoA aangeboden. De gegevens zijn verzameld in een Routine Outcome Monitoring (ROM) structuur, waarbij voor de cliënten met agressieproblematiek de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) periodiek is afgenomen door behandelaren. De score van de DROS loopt van 1 tot en met 5, en een hogere score betekent minder risico op externaliserend probleemgedrag (inclusief delictgedrag). In totaal waren 218 cliënten (57% van de totale onderzoeksgroep) opgenomen vanwege agressieproblematiek. Van 82 van deze cliënten waren herhaalde DROS totaalscores beschikbaar en van 88 cliënten waren herhaalde scores op de subschaal Copingvaardigheden van de DROS beschikbaar. Door middel van de effectgrootte (Cohen's *d*) is gekeken naar verschil in de DROS totaalscore en subschaal Copingvaardigheden na 6 maanden, 12 maanden, 18 maanden, 24 maanden en 30 maanden vergeleken met de opnamemeting. Ook is de behandelduur van de cliënten met agressieproblematiek vergeleken met de behandelduur van de rest van de onderzoeksgroep door middel van een ongepaarde t-toets.

De DROS totaalscore van de cliëntengroep die is opgenomen vanwege agressieproblematiek is bij opname gemiddeld 3,1 (sd = 0,6) wat gelijk is aan het gemiddelde van de hele onderzoeksgroep. Na 6 maanden is er een stijging van 3,1 naar 3,3, wat een klein effect is. Na 12 maanden is er sprake van een middelgroot effect, en na 18 maanden is er sprake van een groot effect. Zie tabel 8 voor de Cohen's *d* voor alle effectgroottes.

De effectsizes op de DROS zijn bij cliënten die opgenomen zijn naar aanleiding van agressie middelgroot na 12 maanden, na 18 maanden zijn grote effectsizes te zien.

Tabel 8

Effectgroottes (Cohen's *d*) van de verschillen tussen opnamemeting en de meting na 6, 12, 18, 24 en 30 maanden op de DROS totaalscore voor cliënten die zijn opgenomen vanwege agressieproblematiek.

	N	M (SD)	Cohen's d
Opnamemeting	82	3,1 (0,6)	
Na 6 maanden	82	3,3 (0,6)	0,34
Na 12 maanden	62	3,3 (0,6)	0,50
Na 18 maanden	54	3,5 (0,5)	0,80
Na 24 maanden	38	3,5 (0,6)	0,98
Na 30 maanden	21	3,4 (0,6)	0,88

Op de subschaal Copingvaardigheden van de DROS gaat de groep cliënten met agressieproblematiek ook vooruit. Vanaf 18 maanden zijn de effectgroottes middelgroot. Zie voor alle effectgroottes tabel 9.

Tabel 9

Effectgroottes (Cohen's *d*) van de verschillen tussen opnamemeting en de meting na 6, 12, 18, 24 en 30 maanden op de subschaal Copingvaardigheden van de DROS voor cliënten die zijn opgenomen vanwege agressieproblematiek.

	N	M (SD)	Cohen's d
Opnamemeting	88	2,4 (0,8)	
Na 6 maanden	88	2,6 (0,8)	0,21
Na 12 maanden	68	2,5 (0,8)	0,28
Na 18 maanden	59	2,8 (0,8)	0,61
Na 24 maanden	43	2,8 (0,8)	0,56
Na 30 maanden	22	2,7 (0,9)	0,54

De behandelduur van cliënten opgenomen vanwege agressieproblematiek is gemiddeld 24 maanden (sd = 17). Dit is significant korter dan de behandelduur van de rest van de onderzoeksgroep (28 maanden, sd = 25).

Onderzoek naar behaalde effecten 2

Effectonderzoek naar PMT binnen GoA

De Loeff, P. & Van Belzen, J. (2018). *Resultaten pilot subjectieve en objectieve stress na stressverhogende oefeningen: verschil tussen GoA-groep en controlegroep*. Niet gepubliceerd pilotonderzoek.

In dit onderzoek is met behulp van een horloge (Empatica 4) de hartslag en huidgeleiding gemeten van deelnemers die module 3 volgen en deze metingen zijn vergeleken met een controlegroep van mensen die op de wachtlijst staan om deze module te volgen. Daarnaast is een vragenlijst naar lichamelijke signalen (ABSQ) en een spanningspiramide met kleurcodering (groen t/m rood) afgenomen bij de deelnemers om de mate van stress op een subjectieve manier te meten. Deelnemers doorliepen vier keer een gestandaardiseerd experiment van 20 minuten, en bestaat naast een pre- en posttest uit een stressverhogende oefening. In de GoA-groep en controlegroep zaten 6 deelnemers (12 in totaal). Bij beide groepen vielen 2 deelnemers af, waardoor de resultaten beschreven zijn voor 4 deelnemers per groep.

De ABSQ is ontwikkeld om te beoordelen of cliënten in staat zijn om lichamelijke signalen bij boosheid te herkennen. De resultaten van de pilot studie wijzen erop dat in de GoA-groep sprake is van een toename op de ABSQ terwijl er bij de controlegroep sprake is van een afname zoals we verwacht hadden. Dit verschil is echter niet significant. Waarschijnlijk komt dit omdat we een zeer kleine steekproef hebben (te weinig power).

Verder was de verwachting dat deelnemers in de GoA-groep over de tijd een lagere hartslag en huidgeleiding zouden hebben tijdens de stressverhogende oefening dan de controlegroep. Bij de start van het onderzoek blijkt dat de deelnemers in de GoA-groep lagere huidgeleidingsniveaus hebben en een lagere hartslag dan deelnemers in de controlegroep. Over tijd heeft de GoA-groep een lagere huidgeleiding dan de controlegroep, maar dit verschil is niet significant ($p = 0.16$). Uit de resultaten blijkt verder dat voor beide groepen het huidgeleidings- en hartslagniveau over de tijd niet minder wordt, en dat er dus geen afname is in arousalniveau. Er is zelfs sprake (in beide groepen) van een toename. Dit kan worden veroorzaakt door de kleine steekproef of door individuele verschillen tussen de deelnemers. Meer onderzoek is hiervoor nodig. De algemene toename voor beide groepen kan ook het gevolg zijn van het jaargetijde ten tijde van de meting. Het eerste meetmoment vond plaats in februari (meetmoment 1) en de laatste in juli (meetmoment 4). Mensen zweten meer in de zomer en dit heeft ook invloed op het huidgeleidingsniveau en de hartslag. Als laatste was de verwachting dat de GoA-groep sneller in staat is om het arousalniveau na de stressverhogende oefening te verlagen over tijd in vergelijking met de controlegroep. Alleen de resultaten voor hartslag wijzen in die richting. De GoA-groep leek tevens in staat om daar meer van te profiteren dan de controlegroep maar de verschillen zijn niet significant.

Onderzoek naar behaalde effecten 3

Onderbouwing van GoA op basis van internationaal onderzoek met vergelijkbare interventies

Internationaal zijn er verschillende studies gedaan naar de effectiviteit van onderdelen van Grip op Agressie. Deze studies zijn vervolgens ondergebracht in verschillende reviewartikelen. Hieronder worden studies en reviews beschreven van twee belangrijke onderdelen van GoA, namelijk psychomotore therapie (PMT) en cognitieve gedragstherapie (CGT).

Internationaal onderzoek naar PMT

Bellemans, T., Didden, R., van Busschbach, J. T., Hoek, P. T., Scheffers, M. W., Lang, R. B., & Lindsay, W. R. (2019). Psychomotor therapy targeting anger and aggressive behaviour in individuals with mild or borderline intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*,

Bellemans et al. hebben een systematische review uitgevoerd naar de effectiviteit van psychomotore therapie (PMT) bij mensen met een licht verstandelijke beperking. Ze evalueerden 9 studies die voldeden aan de inclusiecriteria van de studie (Engelstalig; gepubliceerd tussen 1980 en november 2015; minstens één deelnemer met een IQ tussen 50-85; focus op lichaams- of bewegingsgeoriënteerde interventie; empirische studie). Deze studies hanteerden verschillende onderzoeksdesigns: een randomised controlled trial (RCT; 2 studies), AB design (2 studies), multiple baseline design (3 studies) en een pretest-posttestdesign (2 studies). In totaal hadden 8 studies ook een follow-up meting. De studies keken allemaal naar een vorm van

agressief gedrag of woede, door middel van observaties (6 studies), zelfrapportage (1 studie) en een combinatie van observaties en zelfrapportage (2 studies).

In totaal lieten 7 van de 9 studies naar het effect van PMT een substantiële vermindering in agressief gedrag of woede zien bij mensen met een LVB. De 2 RCT studies lieten significante verschillen zien tussen de onderzoeksgroep en controlegroep. De resultaten moeten echter voorzichtig geïnterpreteerd worden vanwege de methodologische tekortkomingen in de geïncludeerde studies (bv. geen controlegroep voor de meeste studies). PMT kan dus nog niet aangemerkt worden als *evidence-based* praktijk. Aanbevolen wordt om PMT in combinatie aan te bieden met andere behandelvormen zoals cognitieve gedragstherapie (CGT).

Internationaal onderzoek naar Cognitieve Gedragstherapie

Interventies die vergelijkbaar zijn met GoA zijn interventies gericht op het verminderen van agressief gedrag bij cliënten met een licht verstandelijke beperking door middel van cognitieve gedragstherapie (CGT). Verschillende reviews naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapeutische programma's op agressief gedrag bij personen met een LVB laten, ondanks methodologische tekortkomingen, zien dat er over het algemeen een afname van agressief gedrag waarneembaar is (zie o.a. Didden e.a., in druk; Didden, Lindsay e.a., 2016; Didden & Moonen, 2017; Taylor & Novaco, 2013). Hieronder wordt eerst een onderzoek van Tsimopoulou en anderen (2018) beschreven die ingaat op het leren van vaardigheden die nodig zijn om CGT te volgen. Deze vaardigheden zijn onder andere het herkennen van gedachten en gevoelens en het maken van de koppeling tussen gedachten, gevoelens en gedrag, wat belangrijke onderdelen van de verschillende modules van GoA zijn. Vervolgens vatten we een review samen die we zeer recent hebben uitgevoerd naar CGT bij mensen met een LVB, en worden de resultaten van twee pretest – posttest design studies en twee randomised controlled trials (RCT) beschreven.

N=1 onderzoek naar effectiviteit van het aanleren van vaardigheden nodig voor cognitieve gedragstherapie

Tsimopoulou, I., Kroese, B. S., Unwin, G., Azmi, S., & Jones, C. (2018). A case series to examine whether people with learning disabilities can learn prerequisite skills for cognitive behavioural therapy. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 11, 1-22

Deze studie onderzocht de effectiviteit van een interventie voor mensen met een LVB gericht op aanleren van vaardigheden die nodig zijn om CGT te kunnen volgen. Deze vaardigheden zijn onder andere het herkennen van gedachten, gevoelens en gedrag, het maken van de koppeling tussen gedachten, gevoelens en gedrag en cognitieve mediatie (eerst denken dan doen). Het aanleren van deze vaardigheden heeft ook een centrale positie binnen GoA. Zes deelnemers zijn onderzocht en de vaardigheden zijn voor het uitvoeren van de interventie onderzocht, direct na het volgen van de interventie en een week na het volgen van de interventie. Instrumenten die zijn gebruikt, waren de *British Picture Vocabulary Scale*, de *Cognitive Mediation Task*, de *Linking Activating Events to Emotions Task*, en de *Behavior, Thought, Feeling Questionnaire*. Ook zijn de deelnemers zelf nog bevraagd. De interventie bestond uit een video met een aantal verhalen met uitleg over de basisprincipes van CGT.

Deelnemers waren na de interventie beter in het identificeren van cognitieve mediatie en daaropvolgende emotionele reacties. Deze verbetering was bij drie deelnemers ook een week na de interventie nog zichtbaar. Daarnaast verbeterden de meeste cliënten in hun mogelijkheid om actieve gebeurtenissen te koppelen aan emoties. Voor vier cliënten was deze verbetering na een week ook nog zichtbaar. Het herkennen van gedachten, gevoelens en gedrag verbeterde niet, maar werd bij een aantal deelnemers zelfs erger. De meeste deelnemers waren beter in het herkennen van gevoelens dan in het herkennen van gedachten en gedrag. De resultaten van dit onderzoek lijken voorzichtig te wijzen op de mogelijkheid van mensen met een LVB om vaardigheden aan te leren die nodig zijn voor het volgen van CGT.

Review cognitieve gedragstherapie

Didden, R., Nijman, H., Delforterie, M. & Keulen-De Vos, M. (in druk). *Treatment of anger and violence in individuals with intellectual disability*. In: W. R. Lindsay, L. A. Craig, & D. M. Griffiths (Eds.), *The Wiley Handbook of What Works for Offenders with Intellectual and Developmental Disabilities: An Evidenced Based Approach to Theory, Assessment and Treatment*. London: Wiley. (Hoofdstuk 14).

Deze review beschrijft de studies die gedaan zijn tussen 2000 en 2018 naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie (CGT) en mindfulness bij mensen met een LVB en geeft suggesties voor het aanpassen van CGT voor mensen met een LVB.

Essentiële componenten van CGT zijn beschreven, waaronder relaxatie, begrijpen van eigen en andermans emoties en cognitieve herstructurering. N=1 en case series studies zijn beschreven die uitwijzen dat CGT

resulteert in verbeteringen in woedebeheersing en in minder geweldincidenten. Diverse RCTs, studies met controlegroepen en pretest-posttest studies laten ook een verbetering zien op het gebied van woedebeheersing en het aantal agressieve incidenten.

In deze review wordt vastgesteld dat het lastig is te achterhalen welke elementen van CGT bijdragen aan de effectiviteit van een interventie. Een aantal studies heeft onderdelen van CGT onderzocht, zoals PMT, stress inoculatie en het aanleren van coping vaardigheden, welke voorzichtig 'effectief' genoemd kunnen worden. Voor de doelgroep LVB is het nodig om CGT aan te passen, zoals kortere maar meer sessies, veel herhaling, visuele ondersteuning, praktische oefeningen en rollenspellen.

Hieronder volgt een beschrijving van vier effectmetingen naar de effectiviteit van CGT bij mensen met een LVB.

Pretest-posttest design

1)

Taylor, J. L., Novaco, R. W., & Johnson, L. (2009). Effects of intellectual functioning on cognitive behavioural anger treatment for adults with learning disabilities in secure settings. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities*, 3, 51 – 56.

Taylor e.a. (2009) onderzochten de effectiviteit van een behandeling met CGT bij cliënten met een LVB door middel van een pre- en posttreatment design en een follow-up na 12 maanden. De meetinstrumenten die voor dit onderzoek werden gebruikt, waren de Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 2003), de Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI; Spielberger, 1996), de Provocation Inventory (PI; Novaco, 2003) en de Ward Anger Rating Scale (WARS; Novaco, 1994). De NAS, PI en STAXI werden door de cliënt zelf gerapporteerd, de WARS werd beoordeeld door groepsleiding die de cliënt goed kent. In totaal waren er 83 forensische cliënten (67 mannen) met een lichte verstandelijke beperking geïncludeerd in de studie.

Er werden significante verbeteringen gevonden op predispositie van woede (anger disposition) gemeten met de NAS en STAXI, reactiviteit van woede (anger reactivity) gemeten met de PI, en regulatie van woede (anger regulation), gemeten met de subschaal Anger Control van de STAXI gerapporteerd door de cliënt. Daarnaast werden er significante verbeteringen gevonden ten aanzien van de frequentie van woede incidenten gerapporteerd door groepsleiding. De resultaten lieten zien dat verbeteringen in deze aspecten van woede werden gevonden in de fasen ná behandeling, en niet voor de start van de behandeling (er werden dus geen verschillen gevonden tussen baseline en voormeting). De effectgroottes varieerden van matig ($r = 0.29$) tot groot ($r = 0.55$).

2)

Taylor, J. L., Novaco, R. W., & Brown, T. (2016). Reductions in aggression and violence following cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 60, 126 – 133.

Taylor e.a. (2016) onderzochten in een pretest – posttest design of er sprake was van een vermindering van agressie- en geweldsincidenten na het volgen van een individuele behandeling met CGT bij patiënten met een LVB die waren opgenomen in een forensisch psychiatrische instelling. Agressieve en geweldsincidenten werden gescoord door onderzoeksassistenten op basis van incidenten gerapporteerd in het patiëntendossier 12 maanden voor en 12 maanden na het volgen van de behandeling. Onderwerpen in de studie waren: schade aan eigendommen; verbale agressie; verbale bedreiging voor mishandeling; en fysieke mishandeling (tegen patiënten en staf). In totaal waren er 50 patiënten (44 mannen) in de studie geïncludeerd.

Het totaal aantal agressie- en geweldsincidenten verminderde met 34,5% van 856 incidenten 12 maanden voor het volgen van de behandeling naar 561 incidenten 12 maanden na het volgen van de behandeling. Deze vermindering is significant ($t(49) = 3.16, p = .003, d = 0.90$).

Op schade aan eigendommen na werden er significante verminderingen gevonden op alle onderwerpen van agressie- en geweldsdelicten, met een matig ($r = 0.36$) tot groot ($r = 0.52$) effect.

Randomised Controlled Trial (RCT)

3)

Taylor, J. L., Novaco, R. W., Gillmer, B. T., Robertson, A., & Thorne, I. (2005). Individual cognitive-behavioural anger treatment for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: A controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 367 – 382.

Taylor e.a. (2005) onderzochten met behulp van een randomised controlled trial (RCT) de effectiviteit van een individuele woede interventie met CGT bij gedetineerde mannen met een LVB en een geschiedenis van agressie en geweld. In totaal waren er 36 gedetineerden in het onderzoek geïncludeerd: 16 in de

interventiegroep en 20 in de controlegroep. De controlegroep ontving de gebruikelijke zorg die in de kliniek gegeven werd. Metingen werden uitgevoerd tijdens een screening, voor de behandeling, na de behandeling, en 4 maanden na het afronden van de behandeling. Meetinstrumenten die in het onderzoek gebruikt zijn, zijn de Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 2003); de Anger Expression (AX) subschaal van de Spielberger State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI; Spielberger, 1996); en de Provocation Index (PI; Taylor & Novaco, 2005). Deze meetinstrumenten zijn zelf-rapportage instrumenten, en zijn aangepast aan de LVB doelgroep en door middel van interviews aangeboden. Ook is de Ward Anger Rating Scale (WARS; Novaco, 1994) gebruikt, waarbij het aantal incidenten in de afgelopen 7 dagen die met boosheid te maken hebben, wordt gerapporteerd door groepsleiding.

Boosheid gemeten met de NAS verminderde meer in de interventiegroep dan in de controlegroep. Dit was vooral zichtbaar in de subschaal Opwindig. De subschalen Cognitief en Gedragmatig veranderden wel in de verwachte richting, maar de verschillen tussen de interventiegroep en controlegroep waren niet significant. Er was geen verschil in verandering van algemene intensiteit van boosheid gemeten met de PI tussen de interventiegroep en controlegroep. Wel verbeterde de intensiteit van boosheid op de subschaal Oneerlijkheid significant meer in de interventiegroep dan in de controlegroep. Er was geen verschil in het controleren van boosheid gemeten met de STAXI tussen de interventiegroep en controlegroep. Het aantal incidenten met boosheid gemeten door groepsleiding met de WARS verschilde niet significant van de controlegroep. Kijkend naar de proportie verbeterde gedetineerden in de interventiegroep versus de controlegroep is te zien dat er meer gedetineerden verbeterden in de interventiegroep dan in de controlegroep op boosheid (gemeten met de totale schaal van de NAS), intensiteit van de boosheid (gemeten met de totale schaal van de PI), uiting van boosheid (gemeten met de totale schaal van de STAXI-AX), en frequentie van incidenten met boosheid (gemeten met de WARS).

4)

Willner, P., Rose, J., Jahoda, A., Kroese, B. S., Felce, D., Cohen, D., ... Hood, K. (2013). Group-based cognitive-behavioural anger management for people with mild to moderate intellectual disabilities: Cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 203, 288-296.

Willner e.a. (2013) onderzochten het effect van een groepsgerichte CGT op het controleren van woede door mensen met een LVB met behulp van een RCT. Er was een baselinemeting gedaan, vervolgens was er een nameting gedaan na 16 weken en een follow-up 10 maanden na de baselinemeting. Instrumenten die tijdens deze metingen zijn gebruikt, waren: de Provocation Index (PI; Taylor & Novaco, 2005); de Profile of Anger Coping Skills (PACS) en een aanvullende zelfrapportage Imaginal Provocation Test (PACS-IPT; Willner, Brace, & Phillips, 2005); de subschalen Hyperactiviteit en Prikkelbaarheid van de Aberrant Behavior Checklist (ABC-H/I; Aman, Singh, Stewart, & Field, 1985); en de Modified Overt Aggression Scale (MOAS; Oliver, Crawford, Rao, Reece, & Tyrer, 2007). De PI en de PACS-IPT werden door de cliënt zelf gerapporteerd, en de PI, PACS, ABC-H/I, en MOAS werden door de persoonlijk begeleider en verzorger van de cliënt gerapporteerd. In totaal waren er gegevens verzameld van 91 patiënten in de experimentele groep en 90 patiënten in de controlegroep.

Er werd geen verschil gevonden tussen de interventiegroep en controlegroep in woede gerapporteerd door de cliënt met behulp van de Provocation Index met hypothetische situaties. Begeleiders rapporteerden na 10 maanden minder woede op de Provocation Index bij de interventiegroep dan bij de controlegroep, maar dit werd niet ondersteund door rapportage na 16 weken of rapportage van verzorgers van de cliënt. Het gebruik van coping vaardigheden gemeten met persoonlijke voorbeelden door middel van zelfrapportage met de PACS liet wel een significante verbetering zien in de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep na 16 weken, en dit bleef significant na 10 maanden. De rapportage van begeleiders liet hetzelfde beeld zien, maar de rapportage van verzorgers van de cliënten liet geen verschil zien tussen interventie- en controlegroep. Begeleiders en verzorgers van de cliënten rapporteerden een significante verbetering van de interventiegroep ten opzichte van de controlegroep op de Hyperactiviteit subschaal van de ABC na 16 weken. Daarnaast rapporteerden begeleiders nog een verbetering op de subschaal Prikkelbaarheid. Deze uitkomsten bleven niet staan na 10 maanden.

Er werden geen verschillen gevonden tussen de interventiegroep en controlegroep op frequentie van agressie-incidenten gemeten met de MOAS door begeleiders en verzorgers van de cliënten.

5. Samenvatting werkzame elementen

Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is de meest onderzochte vorm van psychotherapie voor gedrags- en psychische problemen bij mensen zonder een LVB. De afgelopen twee decennia wordt deze behandeling steeds vaker toegepast bij mensen met een LVB en is het aantal studies naar de effectiviteit van CGT toegenomen – vooral gericht op agressief (delict) gedrag (zie Didden & Moonen, 2017; Didden e.a., in druk).

De onderzoekstraditie naar de effectiviteit van CGT bij personen met een LVB is nog jong. Het aantal wetenschappelijke studies naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapeutische programma's op het verminderen van agressief gedrag bij personen met een LVB is relatief bescheiden en veel studies laten methodologische tekortkomingen zien (zie Ali, Hall, Blickwedel, & Hassiotis, 2015; Didden e.a., in druk; Didden, Lindsay e.a., 2016; Didden & Moonen, 2017). Taylor en Novaco (2005) geven een overzicht van de studies die tussen 1986 en 2005 zijn uitgevoerd. Aanvankelijk werden vooral case studies verricht. Sinds 2000 is het aantal gecontroleerde (niet-) gerandomiseerde studies toegenomen (zie o.a. Rose, West, & Clifford, 2000; Taylor e.a., 2002; Willner e.a., 2002; Lindsay e.a., 2004; Taylor, Novaco, Guinan, & Street, 2004; Taylor e.a., 2005; Willner e.a., 2013), waarbij de resultaten erop wezen dat cognitieve gedragstherapie effectief was in het verminderen van agressief gedrag. Ook in studies die na 2005 zijn gepubliceerd (zie ook Didden e.a., in druk) komt naar voren dat CGT gemiddeld genomen effectief is de vermindering van agressief gedrag bij mensen met een LVB. Zo liet een gecontroleerd onderzoek onder 65 delinquenten met een LVB niet alleen zien dat cognitieve gedragstherapie effectief is in het verminderen van agressief gedrag maar bleef ook het effect na een follow-up van 12 maanden behouden (Taylor, Novaco, & Johnson, 2009). Een interessante bevinding was dat er geen significante verschillen waren in de uitkomsten tussen cliënten met een verbaal IQ lager dan 70 en cliënten met een verbaal IQ van 70 of hoger. Een meer recente studie (Taylor, Novaco, & Brown, 2016) liet eveneens zien dat bij 50 patiënten met een LVB die waren opgenomen in een forensisch psychiatrische instelling de agressie en geweldsincidenten verminderde na CGT die individueel werd gegeven. Ook op de langere termijn bleek het effect behouden.

What Works of Risk-Need-Responsivity

Bij een behandelprogramma voor cliënten met een forensische achtergrond zijn de What Works of Risk-Need-Responsivity principes (RNR; Andrews & Bonta, 2010) essentieel (voor meer informatie zie Programmahandleiding). Doordat personen met een LVB vooral leren van voorbeelden en oefeningen die voor hen herkenbaar zijn en bij voorkeur voortkomen uit hun eigen situatie ('real life'), is voortdurende afstemming op de individuele cliënten binnen de GoA-groep en het leefklimaat essentieel. Verder zijn aanpassingen aan CGT, zoals meer maar kortere sessies, veel herhaling, kortere zinnen, en visuele ondersteuning, noodzakelijk om aan te sluiten bij de LVB doelgroep (Didden e.a., in druk). Als er sprake is van een gebrek aan vereiste vaardigheden om de cognitieve componenten van CGT te begrijpen (zoals bij mensen met LVB), is het nodig om een voorbehandeling in te zetten. Deze zou dan gericht moeten zijn op de basisprincipes van CGT, namelijk het leren identificeren, differentiëren en verbinden van emoties, gedachten en gevolg. De vaktherapeutische modules en interventies zijn hierbij ondersteunend. Tegelijkertijd is programma integriteit belangrijk, waarbij wordt gewerkt volgens het protocol, zoals beschreven in de Programmahandleiding.

Responsiviteit: aansluiten bij de individuele cliënt en werken met individuele leerdoelen

Volgens het principe van 'responsiviteit' van RNR moet de behandeling zodanig worden aangeboden dat de deelnemer er optimaal van kan profiteren. De behandeling moet aansluiten bij de persoonlijke leerstijl, emotioneel niveau van functioneren en vaardigheden van de deelnemer.

Indien nodig kan bij een modulebijeenkomst van GoA een bepaalde oefening of een voorbeeld worden aangepast, zodat deze beter aansluit bij de kenmerken en de leefwereld van de cliënt. Een voorwaarde is dat de trainer de aanpassing kan verantwoorden naar de leerstijl van de cliënt en dat de aangepaste oefening voldoet aan het doel waartoe deze in het programma is opgenomen (zie: 'programma-integriteit'). Dit vraagt van de trainers dat zij 'boven' het programma staan, dat wil zeggen, dat zij begrijpen waarom de verschillende onderdelen in het totale programma zijn opgenomen en op welke manier deze aan welk programmadoel bijdragen. Daarnaast wordt de responsiviteit door het werken met geïndividualiseerde leerdoelen zoveel mogelijk gewaarborgd.

Generalisatie en behoud van de geleerde vaardigheden

De intensiteit van GoA wordt vergroot door veel aandacht te besteden aan de generalisatie: het leren toepassen in het dagelijks leven ('real life') van wat in een (niet-natuurlijke) trainingssituatie is geoefend. Generalisatie van de binnen GoA geleerde vaardigheden wordt nagestreefd in de leefgroep. Hiertoe wordt gewerkt met huiswerkopdrachten (zie Managementhandleiding) die in de leefgroep gemaakt worden. Ook door de vormgeving van het leefklimaat wordt generalisatie bewerkstelligd (zie Programmahandleiding). Binnen het leefklimaat worden de nieuwe GoA-vaardigheden geoefend, herhaald en getoetst op adequaat gebruik binnen de natuurlijke leefomgeving. Aanvankelijk betreft dit de woongroep of afdeling waar de cliënt

verblijft ('real life' tijdens GoA-module 1 t/m 5 in fase 2 van de klinische behandeling). Na verloop van tijd worden de nieuwe vaardigheden ook herhaald en getoetst binnen een omgeving met meer bewegingsvrijheid ('real life' tijdens GoA-module 6 en 7 in fase 3 van de klinische behandeling). Zo kan bij de doelgroep generalisatie van de geleerde vaardigheden naar de natuurlijke leefomgeving stapsgewijs worden bereikt. Bovendien draagt deze manier van werken bij aan de continuïteit: de GoA-vaardigheden komen niet alleen aan bod tijdens de modulebijeenkomsten, maar ook op de leefgroep.

Daarnaast wordt de gedragsdeskundige van de deelnemer op de hoogte gehouden van de ontwikkelingen van de cliënt tijdens de modules. Na elke bijeenkomst wordt de gedragsdeskundige hierover geïnformeerd door middel van de Individuele deelnemerskaart. Bij het uitblijven van gedragsverandering kan de gedragsdeskundige met behulp van therapeutische gesprekken aansluiten op die vaardigheden of inzichten waarop de cliënt geen of onvoldoende vooruitgang boekt.

Behalve dat via de sociotherapeuten en de gedragsdeskundige generalisatie wordt bevorderd, zijn de GoA-bijeenkomsten ook zodanig vormgegeven dat generalisatie voor cliënten eenvoudig(er) wordt. Diverse reviews wijzen uit dat het gebruik van praktische voorbeelden en rollenspellen de effectiviteit van CGT vergroot (zie Didden e.a., in druk). Binnen GoA gaat het daarbij om het gebruik van voorbeelden/rollenspellen die aansluiten bij de leefwereld van de deelnemers (in het programma is bijvoorbeeld opgenomen dat cliënten bij diverse oefeningen zelf met voorbeelden komen van situaties die zij kunnen oefenen), veel herhalingen op verschillende manieren en in verschillende contexten, vaak oefenen van vaardigheden in verschillende situaties, veel 'doen/ervaren' in plaats van 'praten over', en veel positieve bekrachtiging, zodat nieuwe vaardigheden worden aangeleerd, gegeneraliseerd en behouden blijven.

Bovenstaande werkzame bestanddelen resulteren in de volgende werkzame elementen:

Eerder hebben we de vaardigheidstekorten, leerstijl en kenmerken benoemd, die we gemiddeld genomen tegenkomen bij mensen met een LVB. De gebruikte technieken binnen Grip op Agressie sluiten aan bij de leerstijl van de specifieke doelgroep door met name: leren door ervaren, aansluiten bij het (cognitieve) ontwikkelingsniveau. Ervaringsgerichte technieken vanuit het vaktherapeutische aanbod van PMT en Drama therapie hebben hierdoor een prominente plaats binnen de start en gedurende het aanbod van de interventie. De uitgangspunten, zoals beschreven binnen de werkzame elementen van de cognitieve gedragstherapie, What works of Risk-Need-responsivity zijn vertaald in een aantal praktische kernelementen binnen Grip op Agressie.

In deze paragraaf worden kort de belangrijkste praktische aandachtspunten opgesomd die bij het vormgeven van interventies voor personen met een LVB hiermee rekening houden. Hierbij is tevens gebruik gemaakt van handreikingen voor programma's voor delinquentie onder jeugdigen met een LVB (Boertjes & Lever, 2007) en richtlijnen zoals ontwikkeld voor mensen met een LVB (De Wit, Douma & Moonen, 2011; Lindsay, Jahoda, & Willner, 2013; Nijman, Didden & Hesper, 2017). Door deze handreikingen bij de uitwerking van GoA als uitgangspunt te nemen wordt eraan bijgedragen dat cliënten van het aangeboden behandelprogramma zoveel mogelijk kunnen profiteren. Deze werkwijze draagt ook bij aan het vergroten van de motivatie voor deelname van cliënten aan het programma. Het betreft onder andere de aandacht voor:

- leren door doen en zien (ervaren);
- het zorgdragen voor succeservaringen;
- aansluiten bij het cognitief en emotioneel niveau van functioneren;
- vereenvoudiging van de geboden materie;
- herhaling van de geboden materie;
- directieve methode/benaderingswijze;
- generalisatie naar context.

Voor meer informatie zie de Theoriehandleiding en Programmahandleiding.

6. Aangehaalde literatuur

- Ali, A., Hall, I., Blickwedel, J., & Hassiotis, A. (2015). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003406.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: Author.
- Andrews, D., & Bonta, J. (2010). *The psychology of Criminal Conduct* (5th edition). New Providence, NJ: LexisNexis, Matthew Bender.
- Arron, K., Oliver, C., Moss, J., Berg, K., & Burbidge, C. (2011). The prevalence and phenomenology of self-injurious and aggressive behaviour in genetic syndromes. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 109-120.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: a social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Barron, P., Hassiotis, A., & Banes, J. (2002). Offenders with intellectual disability: The size of the problem and therapeutic outcomes. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 454-463.
- Basquill, M., Nezu, M., Nezu, A., & Klein, T. (2004). Aggression-related hostility bias and social problem-solving deficits in adult males with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 109, 255-263.
- Beenakkers, E. (2000). *Effectiviteit van sanctieprogramma's: bouwstenen voor een toetskader: een literatuuronderzoek*. Den Haag: WODC.
- Bellemans, T., Didden, R., Van Busschbach, J., Hoek, P., Scheffers, M., Lang, R., & Lindsay, W. (2019). Psychomotor therapy targeting anger and aggression in individuals with mild or borderline intellectual disabilities: A systematic review. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 44, 121-130
- Black, L., Cullen, C., & Novaco, R. (1997). Anger assessment for people with mild learning disabilities in secure settings. In: B. Stenfert Kroese, D. Dagnan, & K. Loumidis (Eds.), *Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities*. London: Routledge.
- Boertjes, M., & Lever, M. (2007). *LVG en Jeugdcriminaliteit*. Diemen: William Schrikker.
- Boone, M., Althoff, M., & Koenraadt, F. (2016). *Het leefklimaat in justitiële inrichtingen*. Den Haag: Boom.
- Chitty, C. (2005). The impact of corrections on re-offending: Conclusions and the way forward. In: G. Harper & C. Chitty (Eds.), *The Impact of Corrections on Re-offending: A Review of 'What Works', Home Office Research Study No.291* (pp. 75-82). London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Clarke, M., Crocker, A., & Morin, D. (2016). Victimization history and aggressive behavior among adults with intellectual disabilities: The mediating role of mental health. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15, 301-311.
- Crick, N., & Dodge, K. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- De Jong, M., Hogeveen, B., De Vogel, V., & Didden, R. (2014). Voorgeschiedenis en victimisatie bij vrouwen met een lichte verstandelijke beperking (LVB): Een vergelijking met vrouwen zonder een LVB en mannen met een LVB. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met een verstandelijke beperking*, 4, 305-322.
- De Ruiter, C., & Veen, V. (2004). *Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos Instituut.
- De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Didden, R., Lindsay, W., Lang, R., Sigafoos, J., Deb, S., & Lancioni, G. (2016). Aggression. In: N. Singh (Ed.), *Clinical handbook of evidence-based practices for individuals with intellectual disabilities* (pp. 727-750). New York: Springer.
- Didden, R., & Moonen, X. (2017). Gedragsinterventies. In: H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (Red.), *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtketen* (pp. 227-239). Amsterdam: Boom criminologie
- Didden, R., Nijman, H., Delforterie, M., & Keulen-De Vos, M. (in druk). Treatment of anger and violence of individuals with intellectual disabilities. In W. Lindsay, L. Craig & D. Griffith (Eds.), *What works for individuals with intellectual and developmental disabilities: Theory, research and practice*. London: Wiley.
- Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (2016). Inleiding. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dodge, K., & Pettit, G. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349-371.

- Duncan, D., Matson, J., Bamburg, J., Cherry, K., & Buckley, T. (1999). The relationship of self-injurious behavior and aggression to social skills in persons with severe and profound learning disability. *Research in Developmental Disabilities, 20*, 441-448.
- Fuchs, C., & Benson, B. (1995). Social information processing by aggressive and nonaggressive men with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 100*, 244-252.
- Glancy, G., & Saini, M. (2005). An evidenced-based review of psychological treatments of anger and aggression. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 5*, 229-248.
- Hatton, C., & Emerson, E. (2004). The relationship between life events and psychopathology amongst children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 17*, 109-117.
- Hesper, B., & Berg, J.-W. van den (2017). Risicotaxatie. In: H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (Red.), *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsheten*. Amsterdam: Boom criminologie.
- Hesper, B., & Drieschner, K. (2013). *Effectevaluatie SGLVG(+) behandeling De Borg (2007-2012)*. Den Dolder: De Borg.
- Hesper, B., & Rippen, C. (Red.) (2017). *Trajectummethodiek. Handboek voor SGLVB begeleiders*. Boschoord: Trajectum.
- Hulbert-Williams, L., & Hastings, R. (2008). Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: a critical review. *Journal of Intellectual Disability Research, 52*, 883-895.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. (2007). *A systematic review of the national and international evidence on the effectiveness of interventions with violent offenders*. Research Development Statistics, Ministry of Justice Research Series 16/07.
- Kaal, H. (2011). Gedetineerden met een licht verstandelijke beperking. *Proces, 90*, 251-261.
- Kawabata, Y., Alink, L., Tseng, W., Van Ijzendoorn, M., & Crick, N. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents. *Developmental Review, 31*, 240-278.
- Kolb, D. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Koolhof, R., Loeber, R., & Collot d'Escury, A. (2007). Eerst tot tien tellen! Of is dat voor een LVG-jongere niet genoeg? Is de LVG-jongere extra kwetsbaar om delinquent gedrag te ontwikkelen? *Onderzoek & Praktijk, 5*, 15-20.
- Larkin, P., Jahoda, A., & MacMahon, K. (2013). The social information processing model as a framework for frequent aggression in adults with mild to moderate intellectual disabilities: A systematic review of the evidence. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 26*, 447-465.
- Leenarts, L., & Van der Knaap, L. (2007). *Motivatatie te meten? Een inventarisatie van instrumenten om intrinsieke motivatie te meten bij drugsverslaafde justitiabelen*. Den Haag: WODC.
- Leffert, J., & Siperstein, G. (1996). Assessment of social-cognitive processes in children with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 100*, 441-455.
- Lemerise, E., & Arsenio, W. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development, 71*, 107-118.
- Lindsay, W., Allan, R., Parry, C., MacLeod, F., Cottrell, J., Overend, H., et al. (2004). Anger and aggression in people with intellectual disabilities: treatment and follow-up of consecutive referrals and a waiting list comparison. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 11*, 225-264.
- Lindsay, W., Jahoda, A., & Willner, P. (2013). Adapting psychological therapies for people with intellectual disabilities: Treatment approaches and modifications. In: J. Taylor, W. Lindsay, R. Hastings & C. Hatton (Eds.), *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities* (pp. 85-99). London: Wiley Blackwell.
- Lipsey, M., & Wilson, D. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: a synthesis of research. In: R. Loeber & D. Farrington (Eds.), *Serious & violent juvenile offenders, risk factors and successful interventions* (pp. 313-345). Newbury Park, CA: Sage.
- Lovaglio, W. (1997). *Stress and health. Biological and psychological interactions*. London: Sage publications.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence. *Philosophical Transactions of the Royal Society, 363*, 2577-2597.
- Miller, W., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering: Mensen helpen veranderen (3e druk)*. Gorinchem: Ekklesia.
- National Probation Service (2004). *Management of Evidence-based practice in Probation*. Proceedings of a Conference held by Conférence Permanente Européenne de la Probation and the National Probation Service for England and Wales at 3rd to 5th March 2004. Oxford, UK.
- Neimeijer, E., Roest, J., Helm, P. van der, & Didden, R. (2019). Psychometric properties of the Group Climate Instrument (GCI) in clients with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research, 63*, 215-224.
- Nijman, H., Didden, R., & Hesper, B. (2017). *Handreiking risicomangement LVB*. Utrecht: KFZ.

- Owen, D., Hastings, R., Noone, S., Chinn, J., Harman, K., Roberts, J., & Taylor, K. (2004). Life events as correlates of problem behavior and mental health in a residential population of adults with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 25*, 309-320.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. In: W. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.
- Rampling, J., Furtado, V., Winsper, C., Marwaha, S., Lucca, G., Livanou, M., & Singh, S. (2016). Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European Psychiatry, 34*, 17-28.
- Roos, J. (2017). Kenmerken en implicaties van een licht verstandelijke beperking. In: H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (Red.), *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtssketen* (pp. 19-40). Amsterdam: Boom criminologie.
- Rose, J., West, C., & Clifford, D. (2000). Group interventions for anger in people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 21*, 171-181.
- Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., ... & Yeager, M.H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports (11th edition)*. Washington, DC: AAIDD.
- Taylor, J., & Novaco, R. (2005). *Anger treatment for people with developmental disabilities*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- Taylor, J., & Novaco, R. (2013). Anger control problems. In: J. Taylor, W. Lindsay, R. Hastings & C. Hatton (Eds.), *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities* (pp. 133-155). London: Wiley Blackwell.
- Taylor, J., Novaco, R., & Brown, T. (2016). Reductions in aggression and violence following cognitive behavioural anger treatment for detained patients with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual and Disabilities Research, 60*, 126-133.
- Taylor, J., Novaco, R., & Johnson, L. (2009). Effects of intellectual functioning on anger treatment for adults with learning disabilities in secure settings. *Advances in Mental Health and Learning Disabilities, 3*, 51-56.
- Taylor, J., Novaco, R., Gillmer, B., Robertson, A., & Thorne, I. (2005). Individual cognitive-behavioural anger treatment for people with mild-borderline intellectual disabilities and histories of aggression: a controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology, 44*, 367-382.
- Taylor, J., Novaco, R., Gillmer, B., & Thorne, I. (2002). Cognitive-behavioural treatment of anger intensity among offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 15*, 151-165.
- Taylor, J., Novaco, R., Guinan, C., & Street, N. (2004). Development of an imaginal provocation test to evaluate treatment for anger problems in people with intellectual disabilities. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 11*, 233-246.
- Tenneij, N., & Koot, H. (2006). *Doelgroep in beeld, een nauwkeurige omschrijving van mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek*. Den Dolder: De Borg.
- Van der Helm, G. (2011). *First do no harm: group climate in secure correctional institutions*. Amsterdam: SWP.
- Van der Nagel, J., Van Duijvenbode, N., Trentelman, M., & Didden, R. (2014). Middelengebruik en delictgedrag bij forensische cliënten met een lichte verstandelijke beperking. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met een verstandelijke beperking, 4*, 288-304.
- Van Nieuwenhuijzen, M. (2005). Sociale Informatieverwerking bij kinderen met licht verstandelijke beperkingen. *Onderzoek en Praktijk, 3*, 35-38.
- Van Nieuwenhuijzen, M., & Vriens, A. (2012). (Social) Cognitive skills and social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities, 33*, 426-434.
- Van Nieuwenhuijzen, M., Bijman, E., Lamberix, I., Wijnroks, L., Orobio de Castro, B., Vermeer, A., & Matthys, W. (2005). Do children do what they say? Responses to hypothetical and real-life social problems in children with mild intellectual disabilities and behaviour problems. *Journal of Intellectual Disabilities Research, 49*, 419-433.
- Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Van Aken, M., & Matthys, W. (2009). Impulse control and aggressive response generation as predictors of aggressive behaviour in children with mild intellectual disabilities and borderline intelligence. *Journal of Intellectual Disability Research, 53*, 233-242.
- Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Van der Valk, I., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2006). Do social information processing models explain aggressive behaviour by children with mild intellectual disabilities in residential care? *Journal of Intellectual Disability Research, 50*, 801-812.
- Van Nieuwenhuijzen, M., Vriens, A., Scheepmaker, M., Smit, M., & Porton, E. (2011). The development of a diagnostic instrument to measure social information processing in children with mild to borderline intelligence. *Research in Developmental Disabilities, 32*, 358-370.
- Verbruggen, J., Blokland, A. & Geest, V.R. van der (2011). Werk, werkduur en criminaliteit. Effecten van werk en werkduur op criminaliteit in een hoogerisicogroep mannen en vrouwen van 18 tot 32 jaar. *Tijdschrift voor Criminologie, 53*, 116-139.

- Willner, P., Jones, J., Tams, R., & Green, G. (2002). A randomised controlled trial of the efficacy of a cognitive-behavioural anger management group for clients with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *15*, 224-235.
- Willner, P., Rose, J., Jahoda, A., Kroese, B., Felce, D., ... & Hood, K. (2013). Group-based anger management for people with mild to moderate intellectual disabilities: Cluster randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *203*, 288-296.

Bijlage 1

Overzicht van alle subdoelen die afgeleid zijn van de programmadoelen van Grip op Agressie.

Module 1 Herkennen van Gevoelens 1

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

Module 2 Herkennen van Gevoelens 2

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

Module 3 Herkennen van Gedachten

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

Module 4 Omgaan met boosheid en agressie 1

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

Module 5 Probleem- of delictscenario

- Deelnemer kent en erkent eigen agressief gedrag
- Deelnemer kent zijn delictketen
- Deelnemersanalyse van schakels uit de totale delictketen
- Deelnemer kent de schakels binnen de gebeurtenis rond: Gebeurtenis, Gedachten, Gevoelens, Gedrag en Gevolgen
- Deelnemer kent zijn: goed praters, ontremmers, schijnbaar onbelangrijke beslissingen, triggers en zijn signaleringsplan
- Deelnemer krijgt inzicht in proces dat vooraf gaat aan het agressieve (delict) gedrag
- Deelnemer kent de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag

- Deelnemer kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag
- Deelnemer beheerst technieken om de aanloop tot agressief gedrag te doorbreken
- Deelnemer geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag

Module 6 Omgaan met boosheid en agressie 2

- Deelnemer kent en erkent eigen agressief gedrag
- Deelnemer weet hoe agressief gedrag ontstaat
- Deelnemer kan eigen niveaus van oplopende spanning (spanningspiramide, spanningsthermometer, signaleringsplan) herkennen en benoemen
- Deelnemer geeft alternatieve technieken (assertieve en sociale vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag
- Deelnemer leert adequate oplossingsstrategieën uit te voeren in rollenspellen
- Deelnemer kent de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag
- Deelnemer kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag
- Deelnemer geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag
- Deelnemer verbetert zijn sociale en assertieve vaardigheden

Module 7 Terugvalpreventie

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

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.

