

Agressie Regulatie op Maat Jeugd Ambulant

Werkblad beschrijving interventie

Werkblad, versie mei 2015

Dit is een gezamenlijk werkblad van de volgende kennisinstituten:



Colofon

Ontwikkelaar / licentiehouder van de interventie

Naam organisatie: Tingkah en de Waag

E-mail: lhoogsteder@dewaagnederland.nl

Telefoon: 06-29082293

Website (van de interventie): www.behandelingopmaat.nl

Referentie in verband met publicatie

Naam auteur interventiebeschrijving: Dr. L.M. Hoogsteder

Titel interventie: Agressie Regulatie op Maat Jeugd Ambulant

Databank(en): Databank Effectieve Jeugdinterventies

Plaats, instituut: Utrecht, de Waag

Datum: 17-05-2016

Het werkblad is een invulformulier voor het maken van een interventiebeschrijving, geordend naar onderwerp (doelgroep, doel, enzovoort). De onderwerpen volgen de criteria voor beoordeling. De interventiebeschrijving is een samenvatting van de beschikbare schriftelijke informatie over de interventie voor de bezoeker van de databanken effectieve interventies en voor de erkenningscommissie interventies. De informatie is van belang voor de beoordeling van de kwaliteit, effectiviteit en randvoorwaarden van de interventie.

InhoudColofon	2
Samenvatting	4
<i>Korte samenvatting van de interventie</i>	4
Doelgroep	4
Doel	4
Aanpak	4
Materiaal.....	4
Onderbouwing.....	4
Onderzoek.....	5
1. Uitgebreide beschrijving	6
Beschrijving interventie	6
1.1 Doelgroep	6
1.2 Doel	9
1.3 Aanpak	11
2. Uitvoering	16
3. Onderbouwing	20
4. Onderzoek	26
4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden per onderzoek.....	26
5. Samenvatting Werkzame elementen – maximaal 250 woorden	28
6. Aangehaalde literatuur.....	29

Samenvatting

Eén A-4tje, maximaal 600 woorden

Korte samenvatting van de interventie – max 150 woorden

Agressie Regulatie op Maat Jeugd Ambulant (vanaf nu AROPMaat Jeugd) is bedoeld voor jongeren met (ernstige) agressieproblematiek van 12 tot 16 jaar en wordt binnen de ambulante forensische zorg aangeboden. Het primaire doel van AROPMaat Jeugd is het verminderen van agressief gedrag en het reduceren van (de kans op) recidive van gewelddadig gedrag. AROPMaat Jeugd is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness oefeningen) waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Voor het leveren van maatwerk wordt een set van standaard en optionele modules aangeboden. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van vier maanden tot maximaal 1,5 jaar.

Doelgroep – max 50 woorden

AROPMaat Jeugd is bedoeld voor jongeren met (ernstige) agressieproblematiek van 12 tot 16 jaar met een IQ boven de 80. Het agressieve gedrag is zichtbaar op minimaal twee levensgebieden. Bij de doelgroep is sprake van een matig, middelhoog of hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag. De jeugdigen zijn vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie, de Raad voor Kinderbescherming, CJG / Jeugdzorg en/of er is sprake van (dreigend) schooluitval. AROPMaat Jeugd richt zich naast de jeugdige ook op de opvoeder(s) van de jeugdige.

Doel – max 50 woorden

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

Aanpak – max 50 woorden

AROPMaat Jeugd is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van een cognitieve gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken en aangepaste mindfulness oefeningen) waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Voor het leveren van maatwerk wordt een set standaard en optionele modules aangeboden. De duur van de interventie is afhankelijk van het leertempo en de ernst van de problematiek en kan variëren van vier maanden tot maximaal 1,5 jaar. Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een (zeer) hoog recidiverisico. Enkele modules (Assertiviteit, Conflicthantering en Emoties de baas) kunnen ook in groepsverband worden aangeboden. Een groepsbijeenkomst duurt anderhalf uur.

Materiaal – max 50 woorden

Het materiaal van de interventie bestaat uit diversie handleidingen, zoals een theoretische handleiding, een programma- en managementhandleiding voor de behandelaar en managers van een instelling en een evaluatiehandleiding. Verder is de inhoud van het programma voor de jeugdige en de behandelaar nauwkeurig beschreven in elf standaard en optionele modules. Er bestaan ook videofragmenten die ter ondersteuning van de behandeling gebruikt kunnen worden. Daarnaast is er een opleidingshandleiding. Voor de werving kan er gebruik gemaakt worden van een folder en een PowerPointpresentatie.

Onderbouwing – max 150 woorden

De criminogene risicofactoren die kunnen leiden tot het ontwikkelen van agressief gedrag worden verklaard vanuit het transactionele ontwikkelingsmodel (Sameroff & Fiese, 2000). De theorie is gebaseerd op de gedachte dat noch het individu noch de omgeving alleen de ontwikkelingsuitkomst bepaalt. Dit betekent dat chronische agressie volgens deze theorie het product is van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). Zo laten diverse onderzoeken zien dat chronisch

agressief gedrag een lange voorgeschiedenis heeft en samenhangt met een combinatie van risicovolle individuele (biologische en psychologische factoren, zoals *cognitieve* en *emotionele processen*) en gezins- en omgevingsfactoren (gezin, netwerk en leeftijdsgenoten).

Onderzoek – max 100 woorden

Er heeft een procesevaluatie plaatsgevonden naar de uitvoering van de AROPmaat Jeugd bij de Waag (forensische ambulante zorg; Hoogsteder, 2016). Bij het onderzoek waren 36 jongeren en 12 behandelaren betrokken. 20 jongeren hebben inmiddels de behandeling afgerond. De resultaten toonden aan dat de beoogde doelgroep grotendeels is bereikt en dat de programma-integriteit redelijk in orde was. De behandelaren voldeden aan de basisvoorwaarden qua opleiding, het volgen van intervisie, de eisen omtrent de caseload en ervaring. De uitvoering van de sessies die steekproefsgewijs werden getoetst scoorden gemiddeld genomen 82%, terwijl er een minimale score van 70% gehaald moest worden. Op individueel niveau bleken zes van de 20 afgeronde behandelingen qua programma-integriteit niet in orde.

1. Uitgebreide beschrijving

Beschrijving interventie

Het werkblad is ook geschikt voor een samenvattende beschrijving van complexe of samengestelde interventies. Dit zijn interventies die uit twee of meer afzonderlijke onderdelen bestaan. Denk aan interventies met aparte onderdelen voor verschillende doelgroepen, zoals een leefstijlinterventie die zowel gericht is op de community als op de school als op de individuele docent. Of aan interventies met verschillende modules die bij een doelgroep 'op maat' worden toegepast.

Naarmate er meer onderdelen zijn is het aan te bevelen de structuur visueel weer te geven in een schema. Dit geldt met name voor de subdoelen en voor de aanpak van de interventie. Zie ook de aanwijzingen in de handleiding.

1.1 Doelgroep

Uiteindelijke doelgroep – max 100 woorden

Wat is de uiteindelijke doelgroep van de interventie?

ARopMaat Jeugd is bedoeld voor jongeren van 12 tot 16 jaar met ernstige agressieproblematiek en een IQ boven de 80. Het agressieve gedrag is zichtbaar op minimaal twee levensgebieden (gezin, school, vrije tijd) en kan instrumenteel of emotioneel van aard zijn of een combinatie van beide. Bij de doelgroep is sprake van (sterke trekken van) een oppositioneel-opstandige (Oppositional Defiant Disorder, afgekort ODD) of een antisociale gedragsstoornis (Conduct Disorder, afgekort CD) of NAO (Niet Anderszins Omschreven) gecombineerd met een tekort aan executieve functies, waaronder een geringe impulscontrole en cognitieve vervormingen die leiden tot agressief gedrag. Bij de jeugdige is sprake van een matig, matig tot hoog of hoog recidiverisico op gewelddadig gedrag. De jeugdigen zijn vanwege hun delict- en/of probleemgedrag in aanraking gekomen met politie, de Raad voor Kinderbescherming, CJG / Jeugdzorg en/of er is sprake van (dreigend) schooluitval.

Intermediaire doelgroep – max 100 woorden

ARopMaat Jeugd richt zich naast de jeugdige ook op de opvoeder(s) van de jeugdige.

Ook worden er relevante netwerkleden betrokken voor het bieden van steun aan de opvoeder(s) en de jeugdige. Leerkrachten worden bij de uitvoering van de interventie betrokken als het agressieve gedrag ook op school aan de orde is. Alle betrokken personen in de systemen om de jongere heen vormen de intermediaire doelgroep.

Selectie van doelgroepen – max 250 woorden

Hoe wordt de (intermediaire)doelgroep geselecteerd? Zijn er contra-indicaties? Zo ja, welke?

De jongere wordt (in overleg) via een verwijzer aangemeld bij een forensische zorginstelling. Tijdens het intakegesprek wordt vervolgens onderzocht of ARopMaat Jeugd voorlopig geïndiceerd is. Na de intake start de pre-behandeling (bestaat uit maximaal vier gesprekken). In deze periode vindt onder andere assessment en risicotaxatie plaats en het opstellen van een behandelplan. De AR-jeugdbehandelaar die de indicatie en risicotaxatie-gesprekken heeft gevoerd bespreekt de bevindingen in het reguliere multidisciplinaire teamoverleg. De hoofdbehandelaar is eindverantwoordelijk voor de definitieve indiciestelling, het is echter de uitvoerende AR-jeugdbehandelaar die ervoor zorgt dat de bevindingen worden teruggekoppeld aan de jongere en zijn opvoeder(s).

1.2.3 Indicatiecriteria

Algemene criteria

1. De jeugdige beheerst de Nederlandse taal in voldoende mate zodat hij de gegeven instructies en aanwijzingen kan begrijpen;
2. De jeugdige heeft de leeftijd van 12 en 16 jaar en een IQ score van 80 of hoger (via een screener voor intelligentie en licht verstandelijke beperking (SCIL) wordt bepaald of er een intelligentietest moet worden afgenomen);
3. De jeugdige heeft een matig (3), middelhoog (4) of hoog (5) recidiverisico. Dit betekent dat de jeugdige een 3, 4 of 5 scoort op het item algemeen geweldsrecidiverisico van de RAF-GGZ Jeugd (risicotaxatie-instrument);
4. De jeugdige scoort bij de RAF GGZ Jeugd matig (1) of hoog (2) op het item problemen met het hanteren van boosheid;
5. Er is sprake van (sterke trekken van) NAO, ODD of CD (richtlijnen volgens DSM-5: APA, 2013);
6. Uit het dossier van de verwijzer c.q. het intakegesprek blijkt dat het agressieve gedrag van de jeugdige in het heden zorgt voor problemen op minimaal twee leefgebieden.

Verdiepingscriteria

Een jeugdige is geïndiceerd voor de interventie als de algemene criteria van toepassing zijn in combinatie met **tenminste twee** van onderstaande punten:

1. De jeugdige heeft op de verkorte lijst irrationele gedachten (V-LIG) in totaal een score van 45 of hoger;
2. Uit het dossier van de verwijzer c.q. het intakegesprek blijkt dat de jeugdige maandelijks zijn agressie op andere personen of materialen richt in de vorm van verbale en/of fysieke agressie;
3. De jeugdige geeft tijdens de intake aan dat hij minimaal één keer in zijn leven "blind" van woede is geweest, hij wist toen niet meer wat hij deed;
4. Het agressieve gedrag van de jeugdige heeft geleid tot een (voorwaardelijke) strafafdoening, een (dreigende) civielrechtelijke maatregel of (dreigend) uitval op school;
5. De jeugdige scoort bij de RAF GGZ Jeugd matig (1) of hoog (2) op tenminste twee van de volgende items: Impulsiviteit, Ervaren stress, Geringe coping en Negatieve Opvattingen.

Contra-indicaties

1. Structurele weigering om te praten met AR-behandelaar, zowel thuis als bij de instelling
2. Primaire verslavingsproblematiek;
3. Acute psychose of een ernstig trauma;
4. Agressie die uitsluitend op zichzelf wordt gericht (automutilatie).

De contra-indicaties worden vastgesteld op grond van dossierinformatie / informatie van de verwijzer, informatie van opvoeder(s) en de klinische blik van de behandelaar die de intake verzorgt.

Indicatiecriteria optionele modules

Om te bepalen welke optionele modules geïndiceerd zijn, wordt gebruik gemaakt van een checklist 'indiceren optionele modules' en classificaties die door de DSM-V zijn vastgesteld. Zo is bijvoorbeeld de module impulscontrole geïndiceerd als er sprake is van ADHD.

Betrokkenheid doelgroep – max 150 woorden

Was de doelgroep betrokken bij de (door)ontwikkeling van de interventie, en op welke manier?

De doelgroep is op verschillende manieren betrokken bij de doorontwikkeling van de interventie. Zes maanden na de implementatie van het programma is de inhoud geëvalueerd met behandelaren. Zij hebben hierbij ook aan de jongeren en opvoeders om feedback gevraagd. Hieruit werd duidelijk dat de jongeren meer oefeningen wilden gericht op het verkrijgen van meer zelfvertrouwen. Dit helpt om makkelijker nieuwe vaardigheden aan te leren die helpen om minder snel boos te worden. Verder werd bijvoorbeeld duidelijk dat op de modules geen leeftijd vermeld moest worden, maar AROPmaat Jeugd. Enkele jeugdigen gaven namelijk aan dat het niet stoer is als er vermeld wordt dat het ook voor 12 jarigen is. Over de module Emoties de baas werd opgemerkt dat deze ook heel goed in groepsverband kan worden aangeboden. "Je beseft dan beter dat je niet de enige bent met stemmingswisselingen".

Er werd ook in groepsverband aan jeugdigen om feedback gevraagd. Hieruit bleek onder andere dat de jongeren vooral ondersteunende wensen hadden. Door hun feedback zijn de werkbladen in een word-formulier gezet, zodat het nu ook digitaal ingevuld kan worden en gemaïld. Verder zijn er cartoons uit de modules verwijderd die de jongeren niet begrepen en/of erg suf vonden. Ook is er gepoogd om het veiligheidsplan persoonlijker te maken. Verder werd door een deel van de jongeren aangegeven dat ze de Wii als onderdeel van de therapie cool vonden, omdat het hen helpt om het doel van bepaalde oefeningen beter te begrijpen en om op een leuke manier bezig te zijn met het leren focussen. De Wii wordt echter wel erg gedateerd gevonden; de jeugdigen hebben echter (nog) geen goed alternatief aangedragen.

1.2 Doel

Hoofddoel – max 100 woorden

Wat is het hoofddoel van de interventie?

Het primaire doel van AROPmaat Jeugd is tweeledig. Enerzijds gaat het om het verminderen of stoppen van agressief gedrag in het heden. Dit betekent dat de jeugdige minder agressieve gevoelens en gedachten ervaart en dat er minder conflicten plaatsvinden op verschillende leefgebieden (leefgroep, school/werk, gezin). Anderzijds dient de (kans op) recidive van gewelddadig gedrag in de toekomst te zijn verminderd. Dit wordt gemeten met de RAF GGZ Jeugd (Risicotaxatie-instrument voor de Ambulante Forensische GGZ Jeugd; Van Horn, Wilpert, Bos, Eisenberg, & Mulder, 2009). Op een later moment zullen de recidivecijfers worden opgevraagd bij het WODC.

Subdoelen – max 350 woorden

Wat zijn de subdoelen van de interventie? Indien van toepassing: welke subdoelen horen bij welke intermediaire doelgroepen of subdoelgroep(en)?

Hieronder worden de concrete subdoelen beschreven die helpen om het hoofddoel te realiseren. De subdoelen zijn gekoppeld aan de modules die binnen AROPmaat Jeugd worden aangeboden. Of een doel bereikt is, wordt per module aan de hand van vaste criteria geëvalueerd. Daarnaast worden aan het begin en aan het einde van de behandeling verschillende vragenlijsten afgenomen die het agressieve gedrag (de externaliserende schaal van de Child Behavior Checklist en de Youth Self-Report), de copingvaardigheden (UCL: De Utrechtse Coping Lijst), het tekort aan executieve functies (BRIEF) en de aanwezige cognitieve vervormingen (V-LIG; Verkorte Lijst Irrationele Gedachten) in kaart brengen.

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

De AROPmaat Jeugd werkt aan de volgende standaard subdoelen:

1. De jeugdige is gemotiveerd om de behandeling te doorlopen. Dit betekent bijvoorbeeld dat de jeugdige zicht heeft op de nadelen voor zichzelf van agressief handelen;
2. De jeugdige (en de opvoeders) ervaren steun van één of meer volwassenen uit hun netwerk;
3. De jeugdige kan adequate (geweldloze) oplossingen bedenken voor verschillende situaties die hij/zij lastig vindt;
4. De jeugdige is in staat tot het innemen van perspectief. Dit betekent o.a. dat de jeugdige lastige gebeurtenissen vanuit verschillende kanten kan bekijken en dat een jeugdige kan bedenken hoe een ander over een situatie denkt;
5. De interactie tussen opvoeder(s) en de jeugdige is verbeterd. Opvoeder(s) en jeugdige beschikken over vaardigheden voor het verbeteren van het contact en het adequaat hanteren en oplossen van conflicten. Dit betekent o.a. dat de opvoeder kan valideren (begrip aan de jeugdige toont over zijn gevoelens en gedachten) en conflictremmers kan toepassen;
6. De jeugdige beschikt over adequate beheersingsvaardigheden (trucs om zichzelf in te houden om agressief gedrag te voorkomen);
7. De jeugdige hanteert minder cognitieve vervormingen die agressief gedrag in stand houden. Dit betekent o.a. dat de jeugdige functionele (helpende) gedachten kan toepassen;
8. De jeugdige is beter in staat om assertief te handelen. Dit betekent o.a. dat een jeugdige rekening kan houden met de ander zonder agressief te doen (ook als hij boos is). Daarnaast blijkt dat de jeugdige weerbaar is (nee zegt) tegen de negatieve invloed van leeftijdsgenoten;
9. De jeugdige beschikt over adequate vaardigheden in het omgaan met conflicten. Dit betekent o.a. dat de jeugdige adequaat (assertief) met autoriteiten om kan gaan en kritiek kan ontvangen zonder boos te worden.

De ARopMaat Jeugd werkt aan de volgende optionele subdoelen:

1. De jeugdige reduceert gevoelens van stress, boosheid, spanningen en agressie en past regelmatig functionele coping vaardigheden toe;
2. De jeugdige kan eigen impulsen waarnemen en deze uitstellen/stoppen;
3. De jeugdige kan het gedrag van anderen objectief waarnemen en via rationele gedachten interpreteren;
4. De jeugdige kan zijn emoties reguleren. Hij herkent zijn emoties en kan deze zo vormgeven dat verwerking/loslaten mogelijk is;
5. De jeugdige beschikt over adequate vaardigheden in het omgaan met conflicten. Dit betekent o.a. dat de jeugdige adequaat (assertief) met autoriteiten om kan gaan en kritiek kan ontvangen zonder boos te worden.

1.3 Aanpak

Opzet van de interventie – max 200 woorden

Hoe is de opzet van de interventie en wat is de omvang (duur, aantal contacten – indien van toepassing)?

Voeg hier eventueel een schema in.

Algemeen

ARopMaat Jeugd is grotendeels een individuele behandeling die gebruik maakt van de RNR-principes (*risk-need-responsivity*; zie voor uitleg kopje *onderbouwing*), een cognitief gedragsmatige aanpak en het structureel aanbieden van doe-oefeningen (dramatherapeutische technieken, rollenspelen, oefeningen met het Wii-balanceboard en aangepaste mindfulness oefeningen) waarbij continu aandacht is voor het motiveren. Ook worden er thuiswerk-oefeningen meegegeven.

Fasering

ARopMaat Jeugd bestaat uit de volgende vijf fasen:

1. Indiceren. Het gaat om een regulier onderdeel die elke instelling toepast, namelijk het zorgdragen voor een algemeen intakegesprek. Er worden vragen gesteld die nodig zijn om een voorlopige diagnose en indicatie te kunnen stellen;
2. Pre-behandeling. Deze fase bestaat gemiddeld genomen uit vier gesprekken en is gericht op risicotaxatie en assessment, aangaan van contact, motiveren, empoweren, psycho-educatie, het opstellen van een veiligheidsplan en behandelplan (hiervoor is het nodig dat duidelijk is welke optionele modules van toepassing zijn). Aan het einde van deze fase is een definitieve indicatie en diagnose gesteld;
3. Behandeling. Het aanbieden van de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules. In deze fase wordt indien van toepassing ook een signaleringsplan opgesteld. De duur van deze fase varieert en is tevens afhankelijk van de intensiteit. Uit de procesevaluatie bleek deze fase gemiddeld genomen 37 weken te duren.
4. Afronding van de behandeling. Dit betreft een overgangsfase van maximaal twee weken en wordt ingezet als de doelen van de behandeling zijn behaald. Dit wordt bevestigd door de aanwezigheid van een terugvalpreventieplan, het realiseren van een eindevaluatie met verwijzers en het aanbieden van een certificaat;
5. Nazorg. De duur van de nazorgfase is afgestemd op het recidiverisico na afronding van de behandeling. Bij een lage tot matige recidive duurt de nazorg zes weken, er wordt dan om de week (telefonisch) contact gelegd. Als bij afsluiting van de behandeling de kans op recidive middelmatig of hoog is, bestaat de nazorgfase uit drie maanden. Er is dan maandelijks face to face contact en om de week contact via de app/mail/telefoon.

Frequentie en duur van de interventie

Een individuele sessie vindt minimaal eens per week plaats en duurt minimaal een uur. Dit geldt bij een matig recidiverisico en een grote responsiviteit (ontvankelijkheid) om te leren / te veranderen. De intensiteit kan echter oplopen tot drie keer per week als het gaat om een hoog recidiverisico en een jeugdige die langzaam leert (bijvoorbeeld door een vrij laag IQ of ADHD). Een groepsaanbod (bijvoorbeeld bij de module Assertiviteit, Emoties de Baas en Conflicthantering) duurt anderhalf uur.

Er wordt gemiddeld genomen vijf bijeenkomsten over een module gedaan (met uitzondering van de module Emoties de Baas en Conflicthantering). Uit de procesevaluatie bleek dat de gemiddelde behandeling 42 weken duurde (tot en met fasen vier).

Standaard en optionele modules

Voor het bieden van maatwerk bestaat het programma van ARopMaat Jeugd uit een set standaard modules (Startmodule, Gezin in Beeld, Jezelf beheersen, Invloed van het denken, Assertiviteit) en een aantal optionele modules (Verminderen van stress en boosheid, Impulsen de baas, Waarnemen en Interpretieren, Emoties de baas, en Conflicthantering). De Startmodule wordt al tijdens de pre-behandelfase ingezet. De overige modules worden ingezet vanaf de behandelfase. Om te bepalen of de optionele modules zijn geïndiceerd, worden concrete indicatiecriteria gebruikt. De module Impulsen de baas is bijvoorbeeld

geïndiceerd als er sprake is van ADHD en de module Emoties de baas als de jeugdige last heeft van sterke stemmingswisselingen.

Opbouw module

Elke module is op dezelfde wijze opgebouwd. Eerst wordt er uitleg gegeven over de inhoud van de module. Dan worden de vaste onderdelen van een sessie beschreven. Hierbij kan voor het evalueren van de afgelopen periode gevarieerd worden in de oefening die je doet. Dit is afhankelijk van de leerstijl, de leerdoelen en de wensen van de jeugdige. In elke module wordt theorie besproken afgewisseld met verschillende oefeningen. Ook bestaat er een hoofdstuk met thuiswerk-opdrachten. De jongere en de behandelaar beslissen welke opdracht het meest passend is.

Individuele versus groepsbehandeling

Er wordt grotendeels individueel behandeld. Als een jongere gemotiveerd is voor een groepsgericht aanbod, dan kunnen de module Assertiviteit (standaard), en indien van toepassing de modules Conflicthantering en Emoties de baas (optioneel) in groepsverband worden aangeboden. Het is hierbij wel van belang dat er een veilig leerklimaat wordt gerealiseerd en de jongere niet te lang hoeft te wachten totdat er een groep start. Er is sprake van een contra-indicatie als de jeugdige regelmatig negatief gedrag vertoont in een groep. Hetzelfde geldt als er sprake is van een leerstijl en/of specifieke vaardigheidstekorten en/of psychische problemen die belemmerend werken bij het leren in groepsverband. De genoemde modules worden dan individueel aangeboden. Er is al sprake van een groep als de module aan twee jongere wordt aangeboden. De ervaring leert dat er het beste gewerkt kan worden met maximaal vier jongeren.

Continuïteit

Opvoeders worden al vanaf de eerste fase bij de behandeling betrokken. Ze nemen een centrale positie in bij de uitvoering van het veiligheidsplan en/of signaleringsplan (dit wordt regelmatig geëvalueerd), het doen van huiswerk en het evalueren van de voortgang. Ook worden hen vaardigheden aangeleerd die de jeugdige helpt om het agressieve gedrag te verminderen. Hier wordt tijdens de behandelfase mee gestart. Daarnaast worden jeugdigen en de opvoeder(s) gestimuleerd om mensen uit hun netwerk te benaderen voor het krijgen van meer steun.

Inhoud van de interventie – max 1200 woorden

Welke concrete activiteiten worden uitgevoerd en -eventueel- in welke volgorde? Geef geen uitputtende beschrijving van activiteiten; het is voldoende als de lezer zich een beeld kan vormen van wat er gedaan wordt en hoe dit gedaan wordt.

Indien van toepassing per onderdeel samenvatten. Vergeet niet aandacht te besteden aan de werving.

Bij interventies op maat: geef aan wat op basis van welke criteria wanneer wordt uitgevoerd. Geef ook aan wat minimaal moet worden uitgevoerd om de gestelde doelen te behalen.

Algemene informatie

De inhoud van de AROPmaat Jeugd wordt bepaald door het toepassen van verschillende basisvaardigheden door de behandelaar, zoals het valideren en het kunnen opschorten van het eigen oordeel, zodat het mogelijk is om een werkaliantie op te bouwen. Daarnaast heeft een jeugdige altijd bij start van een bijeenkomst (al vanaf de pre-behandelfase) de mogelijkheid om situaties in te brengen die boosheid of irritatie hebben opgeroepen. Een jeugdige kan op die manier zijn gevoelens beter reguleren, maar bedenkt ook met de behandelaar adequate oplossingen / reacties voor als het nogmaals voorkomt. Naast dit onderdeel worden er verschillende modules aangeboden die elk gericht zijn op het behalen van een subdoel. De standaard modules en de geïndiceerde modules worden indien mogelijk in een vaste volgorde aangeboden (zie onderstaand overzicht). Het moment waarop de verschillende probleemgebieden worden aangepakt, heeft immers invloed op de leerbaarheid. Als een jeugdige bijvoorbeeld nog niet in staat is tot het verminderen van gevoelens van stress, dan zal het werken aan beheersingsvaardigheden minder effect hebben dan wanneer een jeugdige dit wel kan. In het kader van de responsiviteit kan hier echter van worden afgeweken, bijvoorbeeld als een jeugdige weerstand toont tegen een specifieke module en een andere wel graag wil doen.

Behandeling van een psychiater, verslavingszorg en/of een trauma-interventie kan parallel aan de AROPmaat Jeugd worden ingezet als er sprake is van bijvoorbeeld ADHD / depressie, problematisch middelengebruik of trauma gerelateerde klachten. Ook kan deze behandeling nog doorlopen als de jongere voor de AROPmaat Jeugd al in de nazorgfase zit.

Aanbod (pre)behandelfase

Opbouw modules

De modules hebben een cognitief gedragsmatige aanpak en bestaan naast theorie en psycho-educatie uit (dramatherapeutische technieken (rollenspelen), oefeningen met het Wii-balanceboard en aangepaste mindfulness oefeningen). Ook worden er thuiswerk-oefeningen meegegeven.

Opbouw sessie

Elke bijeenkomst wordt een transfer gemaakt naar de vorige bijeenkomst en stilgestaan bij de afgelopen dagen of week. Hierbij kan gekozen worden uit een drietal oefeningen. In de regel wordt gevraagd naar situaties waar de jongere boos over is geweest. Vervolgens wordt samen bekeken hoe je hier mee om zou kunnen gaan (oplossingsgericht) als de situatie zich nogmaals voor zou doen. Als de jongere erg opgefokt / gestrest is, dan wordt er een oefening gedaan die rustgevend werkt. Als er doorgedaan wordt met het aanbieden van de module, wordt er altijd gezocht naar een balans in het bieden van inzicht en het doen van een oefening. Elke sessie moet er een doe-oefening worden aangeboden. Aan het einde van de sessie wordt er samen gezorgd voor een samenvatting van de bijeenkomst en wordt er besloten welke thuisopdracht voor de jongere passend is om mee aan de slag te gaan.

In elke sessie wordt er aandacht besteedt aan:

- A.** Het leren innemen van perspectief wordt tijdens de interventie getraind door de jeugdige zich te laten verplaatsen in mensen die anders (tegenovergesteld) denken en door het doen van rollenspelen waarin de jeugdige een ander nadoet (bijvoorbeeld de docent, ouder, etc.)
- B.** Het werken aan oplossingsvaardigheden gebeurt structureel. De jeugdigen worden bij elke module gestimuleerd oplossingen te bedenken aan de hand van zelf ingebrachte probleemsituaties, maar ook door fictieve situaties te bespreken.

1. Startmodule (standaard).

Onderdelen uit deze module worden al ingezet tijdens de pre-behandeling. Als de module in deze fase nog niet is afgerond, wordt het aanbod voortgezet tijdens de behandelfase. Deze module staat in het teken van het motiveren, empoweren, het bieden van psycho-educatie, inzicht krijgen in de eigen agressieketen, veiligheidsmanagement en het opbouwen van een behandelrelatie. In deze module worden de jeugdigen bijvoorbeeld gevraagd een filmpje te maken waarin mensen worden opgenomen die iets positiefs zeggen over de jeugdige en die voor de jeugdige belangrijk zijn.

2. Module Gezin in Beeld (standaard met optionele onderdelen).

Een groot deel van de eerste bijeenkomsten worden alleen door de opvoeder(s) van de jeugdige gevolgd (behalve bij het onderdeel over de time-out procedure en het doornemen van elkaars triggers (rode knoppen). Als de geïndiceerde onderdelen met de opvoeder(s) zijn doorlopen komt de jeugdige er pas bij. Door het aanbieden van de module zullen de jeugdige en opvoeder(s) meer veiligheid ervaren (inzet veiligheidsplan, leren toepassen time-out procedure en/of signaleringsplan). De opvoeders krijgen psycho-educatie aangeboden over een gedragsstoornis / agressieproblematiek. Verder ligt bij hen de focus op het leren toepassen van de-escalerende technieken (conflictremmers), helpende gedachten en het leren adequater communiceren. Opvoeder(s) en de jeugdige gaan samen aan de slag met het benoemen van elkaars positieve eigenschappen, het (h)erkennen van elkaars triggers met als doel hiermee te stoppen, en het leren onderhandelen. De rode draad wordt gevormd door te werken aan het verbeteren van de communicatie, de kwaliteit van het contact en het verminderen van conflicten.

3. Module verminderen van stress en boosheid, inclusief signaleringsplan (optioneel).

De jeugdige leert meer greep te krijgen op eigen spanningen en stress en past vaardigheden toe om stress en boosheid te verminderen. Hierdoor zal de informatieverwerking beter verlopen en neemt het agressieve

gedrag af. Er wordt tijdens deze module o.a. gewerkt met diverse ontspanningsoefeningen, bewerkte mindfulness oefeningen, oefeningen op de Wii mini (Wii fit plus), en de oefening 'wisselen van aandacht' met als doel het snel verminderen van boosheid / hoge arousal. Bedoeling is dat de jeugdige minimaal twee tot drie oefeningen kan toepassen en dit regelmatig herhaalt waardoor chronische stress verdwijnt en/of boosheid gereduceerd kan worden.

4. Module Impulsen de baas (optioneel).

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

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

5. Module Jezelf beheersen (standaard).

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

6. Module Invloed van het denken (standaard).

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

7. Module Waarnemen en Interpretieren (optioneel).

De module is gericht op leren kennen van verschil tussen te snel oordelen en het onderbouwd een mening vormen. Verder is er aandacht voor bewustwording van niet-helpende gedachten die het waarnemen en interpreteren negatief beïnvloeden. Daarnaast wordt er geoefend met het neutraler interpreteren van de bedoelingen van anderen. Bijvoorbeeld door naar een filmfragment te kijken en vervolgens na te denken over mogelijke interpretaties. Ook wordt gevraagd om iemand waar je een hekel aan hebt met al je oordelen te beschrijven, dit vervolgens te doen zonder oordelen en daarna zoveel mogelijk redenen te bedenken waarom iemand doet zoals hij/zij doet.

8. Module Emoties de baas (optioneel; eventueel in groep).

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

9. Module Assertiviteit (standaard; eventueel in groep).

De jeugdige leert het verschil kennen tussen subassertief, assertief en agressief reageren. Vervolgens wordt geleerd om conflicten of lastige situaties op assertieve wijze op te lossen en te benaderen door te kijken naar voorbeelden en deze zelf uit te proberen. De jeugdige probeert ook assertieve (niet agressieve) reacties uit na confrontatie met beledigende opmerkingen. Verder wordt er geoefend met het weerstand bieden tegen (verschillende vormen van) een negatieve groepsdruk. In dit laatste voorbeeld is het handiger om groepsgericht te werken, omdat jongeren dan met elkaar tijdens rollenspelen voor de groepsdruk kunnen zorgen.

10. Module Conflicthantering (optioneel; eventueel in groep).

In deze module wordt gewerkt aan diverse vaardigheden, die nodig zijn om op een constructieve wijze conflicten te hanteren. Denk aan het adequaat communiceren, omgaan met autoriteiten, omgaan met kritiek. Bij conflicten die vaker voorkomen, wordt er eerst bekeken welke conflict-uitlokkers de jongere toepast. Vervolgens wordt aan de jongere gevraagd hiermee te stoppen en na te denken welke conflictremmer

helpend zou zijn om in het vervolg escalatie te voorkomen. Vervolgens wordt er geoefend met het toepassen van deze conflictremmer.

Wat moet er minimaal worden gedaan (alle fasen)

De jongere moet geïndiceerd worden voor de interventie en aan de hand van de checklist optionele modules is duidelijk geworden welke modules van toepassing zijn. Vervolgens krijgt de jeugdige de inhoud aangeboden van de standaard modules en de geïndiceerde optionele modules en doet hij de meest belangrijke oefeningen die hierbij horen. Er bestaat een overzicht waarin wordt weergegeven welke oefeningen / onderdelen er in elk geval gedaan moeten worden bij een module. De oefeningen die hierboven bij elke module staan beschreven zijn daar een voorbeeld van. Daarnaast kan er altijd gekozen worden voor extra oefeningen als een jeugdige meer tijd nodig heeft om de doelen van een module te behalen. De behandelaar bekijkt welke oefeningen goed aansluiten bij de leerstijl van de jeugdige. Opvoeder(s) volgen de module Gezin in Beeld als zij hiervoor te motiveren zijn. Na de behandelfase volgt de nazorg. Deze fase is belangrijk, omdat er dan getoetst kan worden of er geen terugval plaatsvindt. De focus ligt dan op het naleven van het terugvalpreventieplan. Hierbij kunnen onderdelen uit een module worden herhaald.

Werving

Voor elke instelling / vestiging die met AROPmaat Jeugd werkt, is het voor het verkrijgen van voldoende verwijzingen van belang om bekendheid over de interventie te realiseren bij potentiële verwijzers. De wijze waarop een instelling dit verzorgt, is verschillend. De ontwikkelaar van de AROPmaat Jeugd kan voorbeelden van een folder en een PowerPoint leveren. Ook bestaat er een folder voor opvoeder(s).

2. Uitvoering

Materialen – max 200 woorden

Welke materialen zijn beschikbaar voor de uitvoering, werving en evaluatie van de interventie?

De interventie bevat verschillende handleidingen en werkboeken, namelijk:

1. Theoretische handleiding.
2. Algemene programmahandleiding. Dit is een handleiding voor de behandelaar gericht op de individuele modules. Deze handleiding bevat ondersteunende informatie over het aanbieden van de modules.
3. Negen modules voor de jeugdige.
4. De module Gezin in Beeld voor de opvoeder(s) en jeugdige.
5. Managementhandleiding. Deze handleiding biedt zicht op de wijze waarop de kwaliteitsbewaking wordt gerealiseerd en gemonitord.
6. Opleidingshandleiding. Deze handleiding beschrijft de nodige eisen omtrent de opleiding en competenties. Eveneens wordt in deze handleiding het aanbod van de driedaagse basisopleiding voor toekomstige AROPmaat-jeugdbehandelaren beschreven.
7. Evaluatiehandleiding. Deze handleiding beschrijft op welke wijze het procesonderzoek wordt uitgevoerd en welke fases er doorlopen worden voor het doen van veranderings- en effectonderzoek.

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

Locatie en type organisatie – max 200 woorden

Waar kan de interventie uitgevoerd worden en welk(e) soort(en) organisatie(s) kan/kunnen de interventie uitvoeren?

De interventie kan worden uitgevoerd door een forensische ambulante zorginstelling die beschikt over de inzet van een kinder- en jeugdpsychiater en voldoende jeugdbehandelaren die thuis zijn in het systemisch en outreachend werken. De interventie kan bij de jeugdigen thuis worden aangeboden, op de poli of op de school van de jeugdige. Mocht een jeugdige tijdens de behandeling (tijdelijk) vast komen te zitten, dan kan de interventie voor die periode aangeboden worden in de instelling waar de jongere op dat moment verblijft.

Opleiding en competenties van de uitvoerders – max 200 woorden

Wie zijn de uitvoerders en welke opleiding en competenties hebben zij nodig?

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

Daarnaast zijn de volgende competenties vereist:

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

- De behandelaar heeft affiniteit met de doelgroep en heeft enige ervaring opgedaan in het geven van trainingen en/of het behandelen van jeugdigen met ernstige agressieproblematiek;
- De behandelaar kan een actieve (en indien nodig directieve) houding aannemen en is in staat tot responsief behandelen, hierbij zijn sensitiviteit, geduld en doorzettingsvermogen relevant;
- De behandelaar beschikt over voldoende gesprekstechnieken en kan in voldoende mate geëigende motivatietechnieken toepassen, waaronder het valideren (o.a. tonen van empathie);

- De behandelaar kan zijn/haar eigen waardeoordeel opschorten als dit nodig is om te voorkomen dat de jeugdige zijn eigen disfunctionele overtuigingen gaat verdedigen en zich hierdoor nog meer identificeert met een antisociale denkwijze;
- Ervaring in het toepassen van dramatherapeutische technieken is een pre. Mocht dit niet het geval zijn, dan is het belangrijk om na te gaan of een behandelaar geen problemen heeft met het doen van rollenspelen en andere doe-opdrachten.
- De behandelaar heeft een functie waarin hij/zij individuele behandelingen aanbiedt, hierdoor is het mogelijk om te voldoen aan de vereiste case-load.

Kwaliteitsbewaking – max 200 woorden *Hoe wordt de kwaliteit van de interventie bewaakt?*

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

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

Randvoorwaarden – max 200 woorden

Wat zijn de organisatorische en contextuele randvoorwaarden voor een goede uitvoering van de interventie?

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

1. Per instelling zijn minimaal twee AROPMaat-jeugd-behandelaren actief;
2. De AROPMaat-jeugdbehandelaren voldoen aan de minimale eis om twee tot drie cliënten per week AROPMaat Jeugd aan te bieden;
3. De AROPMaat-jeugdbehandelaren dienen voldoende indirecte tijd (zie paragraaf over de kosten) te krijgen voor het afstemmen met de ketenpartners, opvoeder(s), docenten en andere relevante betrokkenen;
4. De PV krijgt twee tot drie uur per week extra tijd voor het verrichten van ondersteunende werkzaamheden, zoals het begeleiden van beginnende AROPMaat-Jeugdbehandelaren (naast de intervisie), het zorgdragen voor de (interne) PR, het laten invullen van nul- en eindmetingen en evaluatieformulieren (ROM-en);

5. De behandelingsruimte moet groot genoeg zijn om met de behandelaar/behandelaren en de jeugdige(en) rondom tafels te kunnen zitten. Dit is vooral een issue als het gaat om het groepsonderdeel. Daarnaast moet ruimte zijn voor het doen van de verschillende doe-oefeningen. (Als de behandeling thuis wordt aangeboden, zijn er minder eisen. Wel moeten er dan afspraken gemaakt worden over het realiseren van een 'rustige plek').
6. Er is een tablet aanwezig om filmmateriaal op te kunnen bekijken en op te nemen.
7. Voor elke deelnemer is er werkmateriaal (de modules), schrijfbaar en papier beschikbaar.
8. Er zijn een fysiobal, Wii mini, Wii fit Plus met balanceboard, gevoelswereldspel, kwaliteitenspel, vaardighedenspel en opvoedingsspel aanwezig. Daarnaast zijn er enkele gezelschapsspelen beschikbaar, waaronder Jenga, Kikker be cool en vieropeenrij.

Implementatie – max 200 woorden

Is er een systeem voor implementatie? Geef een samenvatting.

Ondersteuning voorafgaande aan de uitvoering:

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

Ondersteuning tijdens de opstartfase:

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

Kosten – max 200 woorden

Wat zijn de kosten van de interventie? Benoem daarbij de personele (in aantallen uren) en de materiële kosten.

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

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

Uit de huidige procesevaluatie bleek dat jeugdigen gemiddeld genomen 42 weken lang behandeld werden met een gemiddelde duur van 1,2 uur. In onderstaand voorbeeld is er gerekend met het tarief dat geldt bij de gespecialiseerde GGZ. Het komt neer op: $42 \times 1,2 \text{ uur} \times 2 \text{ (50\% indirecte tijd)} \times 105 \text{ euro} = 10.584 \text{ euro}$

Extra tijdsinvestering programma-verantwoordelijke:

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

3 uur X 45 weken (min vakantie en ziekte) X uurloon bruto met alle werkgeverslasten =

Kosten opleiding

Het kost 500 euro (exclusief btw) per persoon om iemand te certificeren in ARopMaat Jeugd. Er kan ook een in company opleiding worden aangeboden. Deze kost 3800 euro (exclusief btw). Hierbij wordt ervan uitgegaan dat de opleiding (ontwikkelaar of een ervaren PV) door één trainer wordt aangeboden aan een groep die niet groter is dan tien personen. De behandelaar is drie dagen kwijt (uit de productie door het volgen van deze opleiding). Daarna gaat het jaarlijks om het volgen van een booster. Dit kost per groep 1000 euro (exclusief btw) of als er aangesloten wordt bij een reguliere training voor diverse instellingen 150 euro per persoon (exclusief btw).

Kosten materiaal

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

3. Onderbouwing

Probleem – maximaal 400 woorden

Voor welk probleem of (mogelijk) risico is de interventie ontwikkeld? Omschrijf aard, ernst, spreiding en gevolgen.

Probleem

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

Specifieke kenmerken gericht op ernst, spreiding en prevalentie

Agressie is één van de meest voorkomende gedragsproblemen bij adolescenten (e.g., Blake & Hamrin, 2007). Bij de jeugdigen die in aanmerking komen voor de AROPMaat Jeugd is het agressieve gedrag gerelateerd aan (sterke trekken van) een gedragsstoornis (inclusief NAO). De procesevaluatie toonde aan dat er bij ca. 20% sprake was van een antisociale gedragsstoornis, terwijl dit bij ongeveer 5,6% van de Nederlandse jeugdigen vanaf 13 jaar voorkomt. Bij mannelijke adolescenten is vaker sprake van antisociaal gedrag dan bij meisjes. Er zijn weinig verschillen in de aard en ernst van gedragsproblemen tussen landen en culturen. Wel komt het relatief vaker voor in lagere sociaaleconomische klassen (Nationaal Kompas Volksgezondheid, 2014).

Ondanks het gegeven dat het aantal misdaden de laatste jaren is gedaald, is er een toename zichtbaar in aan agressie gerelateerde misdrijven door jeugdigen, zoals bedreiging, mishandeling, vernieling en verstoring van de openbare orde (Tollenaar, Van Dijk & Alblas, 2009; Wartna et al., 2014).

Gevolgen

De agressieproblematiek heeft bij de doelgroep al geleid tot geweldsdelicten. Niets doen betekent dat de kans op terugval hoog is, ook op volwassen leeftijd (Garrido & Morales, 2007; Schubert, Mulvey, Loughran, & Loyosa, 2012; Wartna, et al., 2010; Wartna et al., 2014).

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

Oorzaken – max 400 woorden

Welke factoren veroorzaken het probleem of (mogelijk) risico?

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

chronische agressie volgens deze theorie het product is van een voortdurende wisselwerking tussen het individu en zijn omgeving (Granic & Patterson, 2006). Zo laten diverse onderzoeken zien dat chronisch agressief gedrag een lange voorgeschiedenis heeft en samenhangt met een combinatie van risicovolle individuele (biologische en psychologische factoren (denk aan *cognitieve* en *emotionele processen* (McGuire, 2008) en gezins- en omgevingsfactoren (gezin, netwerk en leeftijdsgenoten; Andrews & Bonta, 2010; Loeber, Slot, & Stouthamer-Loeber, 2008).

Individuele kindfactoren

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

Stoornissen in de sociale verwerking worden overigens versterkt door een tekort aan het vermogen om perspectief in te nemen (mentaliseren; Jolliffe & Farrington, 2004). Ook speelt de criminogene risicofactor 'een tekort aan coping vaardigheden' hierbij een rol (Bell & Deater-Deckard, 2007). Het gaat hierbij om coping vaardigheden die een beroep doen op de executieve functies, namelijk het kunnen reguleren van emoties; het kunnen toepassen van oplossingen en passende sociale vaardigheden (Van der Laan & Blom, 2006) en het adequaat omgaan met stress¹ (Kovacs et al., 2006). Het niet adequaat omgaan met (chronische) stress belemmert de ontwikkeling van de zelfregulatie.

Gezins- en omgevingsfactoren

Negatieve ouder-kind interacties vergroten het risico op het ontwikkelen en in stand houden van agressief gedrag (e.g., Kawabata, Alink, Tseng, Van IJzendoorn, & Crick, 2011). Uit het onderzoek van Van Doorn, Branje en Meeus (2008) kwam bovendien naar voren dat adolescenten die veel conflicten met hun ouders rapporteerden, hogere niveaus van delinquent en agressief gedrag lieten zien dan adolescenten die aangaven weinig conflicten met hun ouders te hebben. Verder blijkt dat de kwaliteit van ouder-kind relaties vooral tijdens de adolescentiefase samenhangt met de mate van delinquent en agressief gedrag van jeugdigen (Hoeve et al., 2009; Keijsers et al., 2011).

Als de relatie met opvoeders slecht is en er geen positieve ondersteuning van een andere volwassen persoon aanwezig is, dan is dit een extra risicofactor (Scholte, Van Lieshout, & Van Aken, 2001) voor het ontwikkelen van agressief gedrag. Verder is gebrekkig ouderlijk toezicht een risicofactor (Koot et al., 2008).

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

¹ Stress is gerelateerd aan agressie, stress gaat immers gepaard met het vrijkomen van spanningshormonen, die het lichaam paraat maken om te reageren op een bedreigende omgeving, door te vluchten of door aan te vallen (Miller & O'Callaghan, 2002).

Aan te pakken factoren – max 200 woorden

Welke factoren pakt de interventie aan en welke onder 1.2 benoemde (sub)doelen horen daarbij?

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

Dit betekent dat AROPMaat Jeugd zowel gericht is op het verminderen van dynamische (veranderbare) criminogene risicofactoren (DCRF) als het inzetten en optimaliseren van beschermende factoren² (Loeber et al., 2008). Hieronder wordt kort beschreven welke criminogene risicofactoren worden aangepakt. Per factor wordt benoemd welke modules er worden ingezet om een factor te verminderen of te versterken.

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

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

De aanwezigheid van een tekort aan oplossings- en opvoedingsvaardigheden bij opvoeder(s): de module Gezin in Beeld.

De afwezigheid van een steunend netwerk, de Intronmodule (jongere) en Gezin in Beeld (opvoeder(s)).

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

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

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

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

Verantwoording – max 1000 woorden

Maak aannemelijk dat met deze aanpak ook daadwerkelijk de doelen bij deze doelgroep bereikt kunnen worden.

Om zorg te dragen voor een effectieve behandeling heeft de AROPMaat Jeugd relevante interventie-onderdelen geïntegreerd die uit verschillende meta-analyses als recidive-verlagend naar voren komen bij adolescenten met (ernstige) agressieproblematiek. Zo is de interventie gebaseerd op de RNR principes (*risk-need-responsivity*; Andrews & Bonta, 2010) die leiden tot significant meer recidivevermindering in vergelijking tot interventies die geen gebruik hebben gemaakt van deze principes (Bonta & Andrews, 2007). Volgens de RNR-principes is het van belang dat de intensiteit van de behandeling (frequentie en duur) is afgestemd op het recidiverisico (risicoprincipe). Dit betekent dat de behandeling van jeugdigen met een hoog recidiverisico vraagt om een meer intensieve en langdurige behandeling in vergelijking tot jeugdigen met een matig recidiverisico. Daarnaast dienen de behandeldoelen gerelateerd te zijn aan de dynamische criminogene risicofactoren (behoefteprincipe) die een rol spelen bij de jeugdige. Dit kan dus bijvoorbeeld betekenen dat een jeugdige met (ernstige) agressieproblematiek ook behandeling moet krijgen aangeboden gericht op het verminderen van traumagerelateerde klachten, ADHD en problematisch middelengebruik. Vervolgens is het relevant dat er rekening wordt gehouden met de ontvankelijkheid van een individu voor een bepaalde interventie (Menger & Krechtig, 2008; Verdonck & Jaspaert, 2009; responsiviteitsbeginsel).

Het responsiviteitsbeginsel is onder te verdelen in algemene en specifieke responsiviteit. Algemene responsiviteit is gericht op het toepassen van technieken die bij een soortgelijke doelgroep effectief blijken te zijn (Bonta & Andrews, 2007). Specifieke responsiviteit staat voor het zorgdragen voor een goede werkalliantie en afstemming tussen de jeugdige en de behandelaar (Menger & Krechtig, 2008). Om dit te realiseren is het van belang dat je als behandelaar kijkt naar de persoonlijkheid (Van den Hurk & Nelissen, 2004), de intellectuele cognitieve en sociale (on)mogelijkheden (Verdonck & Jaspaert, 2009), de aard van de problematiek (Bonta & Andrews, 2007), de behandelmotivatie en de leerstijl van de jeugdige (Menger & Krechtig, 2008).

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

Uitwerking RNR-principes gerelateerd aan de ARopMaat

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

A: Risicobeginsel

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

B: Behoeftebeginsel

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

C. Responsiviteitsbeginsel

Algemeen responsiviteitsprincipe

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

a. Cognitief Gedragstherapeutische Elementen (CGT-elementen)

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

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

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

Om stressreductie te realiseren wordt er o.a. gewerkt met (bewerkte) elementen uit de mindfulness-based-stress-reduction (MBSR), deze is ontwikkeld door Kabat-Zinn (1998). Mindfulness heeft als doel het verminderen van stress door het leren richten van de aandacht (focussen) en het bewust worden van dat wat je waarneemt en doet. Hierdoor heeft mindfulness in potentie een gunstige invloed op het werkgeheugen en een verminderd vermogen tot inhibitie. Uit onderzoek van Davidson et al. (2003) blijken mindfulness oefeningen te leiden tot het verbeteren van stemmingen en volgens Chiesa en Serretti (2009) leiden deze oefeningen tot vermindering van stress. Tevens zijn er recent enkele single-subject studies uitgevoerd waarin wordt gesteld dat mindfulness een reducerende werking zou hebben op boosheid en agressie (Deffenbacher, 2011). Het is echter nog veel te vroeg om te spreken over generaliseerbare effect-sizes (Fix & Fix, 2013).

Inzicht versus ervaringsgericht werken

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

Specifieke responsiviteitsprincipe

a. Sensitief voor maatwerk / een responsief aanbod

AROPmaat Jeugd bestaat verder grotendeels uit een intensief individueel behandelaanbod (Landenberger & Lipsey; Lipsey, Landenberger, & Wilson, 2007; McQuire, 2008). Dit blijkt effectiever en maakt het makkelijker om maatwerk te leveren (responsief te behandelen). AROPmaat Jeugd voldoet aan het specifieke responsiviteitsprincipe door het werk materiaal en de inhoud van de behandeling af te stemmen op de behandelmotivatie, cognitieve capaciteiten, leerstijl en leertempo van de jeugdige. Het werk materiaal is bijvoorbeeld geschikt voor zowel jeugdigen met een vrij lage intelligentie als voor jeugdigen met een hoge intelligentie. In het laatste geval wordt er uitgebreider op theoretische onderdelen ingegaan en meer diepgang aangeboden. Rollenspellen kunnen variëren in moeilijkheidsgraad, bovendien worden er in de modules diverse oefeningen beschreven voor het behalen van hetzelfde subdoel. De behandelaar kiest samen met de jeugdigen voor oefeningen die het beste aansluiten op de leerstijl en interesses. De duur van de module wordt bepaald door het leertempo van de jeugdige. Tevens kan worden gekozen voor verschillende thuisopdrachten, wederom afhankelijk van leerstijl en de hulpvraag.

b. Verbeteren van zelfeffectiviteit (vergroten 'geloof in eigen kunnen (zelfvertrouwen')

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

c. Doorlopend motiveren

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

1. Het aangaan van contact en het opbouwen van een werkaliantie.
2. Aansluiten bij het eigenbelang van de jeugdige. Tot welke nadelen leidt het agressieve gedrag voor de jeugdige?
3. Er wordt actief met de jeugdige gezocht naar motivatoren (redenen die voor de jeugdige belangrijk zijn en maken dat het volgen van de AROPmaat Jeugd als voordelig wordt gezien);
4. Het werken aan het verbeteren van de zelfeffectiviteit (geloof in eigen kunnen).

4. Onderzoek

4.1 Onderzoek naar de uitvoering – max 600 woorden per onderzoek

Wat is op basis van het beschikbare onderzoek bekend over de uitvoering van de interventie?

Beschrijf kort welke onderzoeken zijn gedaan en wat daarvan de uitkomsten waren. Stuur bij het indienen van het werkblad de volledige publicatie van ieder genoemd onderzoek mee.

- A.** Een procesevaluatie van de AR op Maat Jeugd (12 tot 16 jarigen) Ambulant. Hoogsteder, L.M. (met ondersteuning van behandelaren en studenten van de UvA). De Waag, Utrecht. Mei 2016
- B.** Tijdens een procesonderzoek is getoetst of er voldaan is aan alle gestelde randvoorwaarden van ARopMaat Jeugd Ambulant. Hierbij werd uitgebreid stilgestaan bij de wijze van instroom (en uitval), de vraag of de beoogde doelgroep daadwerkelijk is bereikt en of de behandelaren voldeden aan de opleidingseisen (randvoorwaarden) en de eisen omtrent de caseload, ervaring en het volgen van intervisie. Ook is onderzocht of in voldoende mate aan de programma-integriteit was voldaan. Om de programma-integriteit te beoordelen is onder andere stilgestaan bij de gebruikte behandelmethoden, de duur van de bijeenkomsten, de fasering en intensiteit van het programma en de toegepaste modules. Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen werd een combinatie van meerdere methoden gebruikt, namelijk vragenlijsten / interviews met jongeren en behandelaren over uitgevoerde therapie sessies, observaties van individuele bijeenkomsten (steekproefsgewijs), en de uitkomst van de reguliere evaluatieformulieren die bij de interventie horen om de programma-integriteit te kunnen beoordelen en waarborgen. De informatie die in dit onderzoek wordt weergegeven, is gebaseerd op gegevens die in de Waag zijn verzameld in de periode van november 2014 tot en met april 2016. Er werden hierbij 36 jongeren (al dan niet met opvoeder(s)) betrokken en twaalf ARopMaat-behandelaren. Het onderzoek is uitgevoerd op vier vestigingen (Haarlem, Amsterdam, Leiden en Den Haag).
- C.** Vooraf aan de procesevaluatie is eerst de feedback van de voormalige Erkeningscommissie verwerkt. Dit heeft ertoe geleid dat de selectiecriteria scherper zijn geformuleerd, zodat de doelgroep minder breed is geworden. Ook zijn er richtlijnen beschreven in de algemene programma handleiding over de wijze waarop trauma gerelateerde klachten behandeld dienen te worden en op welke wijze problematisch middelengebruik kan worden aangepakt. Na het doorvoeren van deze aanpassingen heeft de procesevaluatie plaatsgevonden. Samenvattend kan worden gesteld dat er aan de randvoorwaarden was voldaan. Zo voldeden de behandelaren aan de eisen omtrent de opleiding, ervaring en caseload en het volgen van intervisie. Ook werd ARopMaat aangeboden aan de beoogde doelgroep en bleek de programma-integriteit met betrekking tot de wijze waarop de sessies werden uitgevoerd in orde. Uit de beoordeling van de uitvoering van de therapie sessies kwamen weinig aandachtspunten naar voren. Een enkele keer werd duidelijk dat de behandelaar vaker rollenspelen en ervaringsgerichte opdrachten had moeten aanbieden of meer had moeten valideren. De programma-integriteit is eveneens per behandeling op metaniveau beoordeeld door behandelaren en cliënten een evaluatieformulier in te laten vullen. Deze beoordeling heeft ertoe geleid dat zes van de 20 behandelingen (30%) niet voldoende bleken uitgevoerd. In het algemeen werd uit deze formulieren duidelijk dat bij de behandeling die onvoldoende scoorden de behandelduur en frequentie niet voldoende aansloot bij het recidiverisico. Ook bleek dat opvoeders of andere relevante systeemleden beter betrokken hadden kunnen worden bij het ondersteunen in het werken aan leerpunten van de jongere. Verder kwam als derde aandachtspunt naar boven dat er tijdens intervisiebijeenkomsten vaker geoefend mag worden met specifieke AR-vaardigheden, zoals het valideren en motiveren door aan te sluiten bij eigenbelang, zo oordeelsvrij mogelijk reageren (bijv. ingaan op antisociale oplossingen). De jongeren beoordeelde de ARopMaat met een 7.9. 88,2% vindt dat de ARopMaat ervoor gezorgd heeft dat ze minder vaak boos en/of geïrriteerd zijn. De mate waarin zij hun agressie konden beheersen werd bij aanvang gescoord met een 4.0 en bij afronding van de behandeling met een 7.5. 82,4 % van de jongeren denkt door de behandeling minder vaak in aanraking te komen met de politie. Door de jongeren werd als verbeterpunt genoemd dat ze zich niet altijd in voldoende mate begrepen voelden door de behandelaar. De ontwikkelaar en de

programmaverantwoordelijken zullen de aandachtspunten onder de aandacht brengen bij de behandelaren en samen met hen zorgen voor verbeteringen.

5. Samenvatting Werkzame elementen – maximaal 250 woorden

Wat zijn de werkzame elementen van deze interventie waardoor de gestelde doelen bij de doelgroep gerealiseerd worden? Geef een puntsgewijs overzicht van de belangrijkste werkzame elementen van de interventie. Denk daarbij aan inhoudelijke en praktische elementen.

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

6. Aangehaalde literatuur

Maak een alfabetische lijst van alle in deze beschrijving aangehaalde literatuur en gebruik hiervoor de APA-normen (variant met kleine letters, zie aanwijzingen in de handleiding).

- Aguilar, B., Sroufe, L.A., Egeland, B., & Carlson, E. (2000). Distinguishing the early- onset/persistent and adolescent-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and Psychopathology*, 12, 109-132.
- American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.): DSM-5. Washington DC: APA.
- Anderson, C.A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*. Vol. 16(1), 39-55. Ottawa: American Psychological Association.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy; the exercise of control*. New York: Freeman and Company.
- Barriga, A.Q., Gibbs, J.C., Potter, G.B., & Liau, A.K. (2001). *How I Think (HIT) Questionnaire manual*. Champaign, IL: Research Press.
- Beerthuisen, M.G.C.J., De Wied, M.A., & Orobio de Castro, B. (2011). *The implementation of the Responsive Aggressive Regulation Therapy for Juveniles*. Utrecht: WODC.
- Bell, M. A., & Deater-Deckard, K. (2007). Biological systems and the development of selfregulation: Integrating behavior, genetics, and psychophysiology. *Journal of Deviant Behavior Pediatrics*, 28, 409-420.
- Blake, C.S., & Hamrin, V. (2007). Current approaches to the assessment and management of anger and aggression in youth: A review. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20, 209-221.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. (User Report 2007–06). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Borum, R. Bartel, P., & Forth, A. (2002). *Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Tampa: University of South Florida.
- Brand, E.F.J.M., a'Campo, A.M.G., Hurk, van den, A.A. (2013). *15 jaar PIJ-ers in beeld: Kenmerken en veranderingen van jeugdigen die de PIJ-maatregel opgelegd kregen in de periode 1995-2010*. Dienst Justitiële Inrichtingen: Den Haag.
- Chiesa A., & Serretti A. (2009). Mindfulness-based stress reduction for stress management in healthy people: a review and meta-analysis. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2009, 15, 593-600.
- Crick, N.R., & Dodge, K.A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74 – 101.
- Coccaro. E.F., Lee. R., & McCloskey. M.S. (2014). Relationship between Psychopathy, Aggression, Anger, Impulsivity and Intermittent Explosive Disorder. *Aggressive Behavior*, 40, 526-536.
- Davidson, R.J. (2003). Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation. *Psychosomatic Medicine*, 65, 564-570.
- Deffenbacher, J.L. (2011). Cognitive-behavioral conceptualization and treatment of anger. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18, 212-221.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.
- Fischer, T.F.C., Captein, W.J.M., Zwirs, B.W.C. (2012) *Gedraginterventies voor volwassen justitiabelen*. Erasmus Universiteit Rotterdam en WODC. Boom Lemma: Den Haag.
- Fix, R.L. & Fix, S.T. (2013). The effects of mindfulness-based treatments for aggression: A critical review. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 219-227.
- Foolen, N., Ince, D., & Baat, M. de (2012). *Wat werkt bij gedragsproblemen en gedragsstoornissen?* Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Garrido, V., & Morales, L. A. (2007). *Serious (violent or chronic) juvenile offenders: A systematic review of treat*. Campbell Systematic Reviews 2007:7.
- Gatti, U., Tremblay, R.E., & Vitaro, F. (2009) Iatrogenic effect of juvenile justice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(8), 991-998.
- Granic, I., & Patterson, G.R. (2006). Toward a comprehensive model of antisocial development: a dynamic systems approach. *Psychological Review*, 113, 101-131.

- Hoeve, M., Dubas, J. S., Eichelsheim, V. I., Van der Laan, P. H., Smeenk, W., & Gerris, J. R. M. (2009). The relationship between parenting and delinquency: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37, 749-775.
- Hoogsteder, L.M. (2016). *Procesevaluatie AR op Maat Jeugd (12 tot 16 jarigen) Ambulant*. Utrecht: De Waag.
- Hoogsteder, L.M. (2014). *Coming on strong: Is Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART) a promising intervention?* (proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Hoogsteder, L.M., Hendriks, J., Horn, van, J., & Wissink, I. (2012). Agressie Regulatie op Maat: een evaluatiestudie in een justitiële jeugdinstelling. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, 51, 481- 493.
- Hoogsteder, L.M., Horn, van, J.E., Stams, G.J.J.M., Wissink, I.B., & Hendriks, J. (2015). The relationship between the level of program integrity and pre-post-test changes of Responsive Aggression Regulation Therapy (re-ART) Ambulant: a pilot study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*. doi: 10.1177/0306624X14554828
- Hoogsteder, L.M., Kuijpers, N., Stams, G.J.J.M., Horn, van, J.E., & Hendriks, J. (2014). Study on the Effectiveness of Responsive Aggression Regulation Therapy (Re-ART). *International Journal of Forensic Mental Health*, 13, 25-35.
- Hoogsteder, L.M. & Stams, G.J.J.M. (2012 en 2013). *De programma-integriteit en de doeltreffendheid van de ARopMaat*. Onderzoeksrapport voor de (voormalige) Erkenningscommissie Justitie over de uitvoering de doeltreffendheid van de ARopMaat om te kunnen beoordelen of een verlenging van de erkenning geëigend is. Castricum: Go op Maat!
- Hoogsteder, L.M., Stams, G.J.J.M., & Bonnes, D. (2016). Agressie Regulatie op Maat: Een Evaluatie Studie in een Justitiële Jeugdinstelling met harde uitkomstmaten. Manuscript submitted for publication.
- Hoogsteder, L.M., Wissink, I.B., Stams, G.J.J.M., Horn, van, J.E., & Hendriks, J. (2014). A validation Study of the Brief Irrational Thoughts. *Inventory Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 32, 216-232.
- Horn, van, J. E., Wilpert, J., Bos, M.G. N., Eisenberg, M. & Mulder, J. (2009). RAF MH Youth: validation of a structured risk assessment instrument for outpatient delinquents. *Tijdschrift voor Strafrecht, Criminologie en Forensisch welzijnswerk*, 30, 23-34.
- Huizinga, M. (2007). De ontwikkeling van executieve functies tussen kindertijd en jongvolwassenheid. *Neuropraxis* 3, 74-82.
- Hurk, A. A., van den, & Nelissen, P. Ph. (2004). 'What Works': een nieuwe benadering van resocialisatie van delinquenten. *Sancties*, 5, 280-297.
- Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 441-476.
- Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M., Cropley, T.G., Hosmer, D., & Bernhard, J. (1998). Influence of a mindfulness-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, 60, 625-632.
- Kawabata, Y., Alink, L. R., Tseng, W. L., Van IJzendoorn, M. H., & Crick, N. R. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents: A conceptual analysis and meta-analytic review. *Developmental Review*, 31(4), 240-278.
- Keijsers, L., Loeber, R., Branje, S., & Meeus, W. (2011). Bidirectional links and concurrent development of parent-child relationships and boys' offending behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 120, 878-889.
- Koot, H. M., Oosterlaan, J., Jansen, L. M., Neumann, A., Luman, A., & Lier, P. A. C. van (2008). Individual factors. In R. Loeber, N. W. Slot, P. H. van der Laan & M. Hoeve (Eds.), *Tomorrow's criminals – The development of child delinquency and effective interventions* (pp. 75-89). Farnham: Ashgate Publishing.
- Kovacs, M., Sherrill, J., George, C. J., Pollock, M., Tumuluru, R. V., & Ho, V. (2006). Contextual emotion-regulation therapy for childhood depression: Description and pilot testing of a new intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45 (8), 892-903.
- Laan, van der, A. M., Blom, M., Verwers, C., & Essers, A. A. M. (2006). Jeugddelinquentie: Risico's en bescherming Bevindingen uit de WODC monitor Zelfgerapporteerde Jeugdcriminaliteit 2005.
- Lange, A., Hoogendoorn, M., Wiederspahn, & A. Beurs, E. de. (2005). *Buss-Durkee Hostility Inventory - Dutch, BDHI-D*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

- Landenberger, N.A., & Lipsey, M.W. (2005). The positive effects of cognitive behavioral programs for offenders: a meta-analysis of factors associated with effective treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter J., Comtois, K.A. (1999) Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug dependence. *American Journal of Addictions*, 8, 279– 292.
- Lipsey, M.W. (2009). The Primary Factors that Characterize Effective Interventions with Juvenile Offenders: A Meta-Analytic Overview. In: *Victims and Offenders*, 4, 124-147.
- Lipsey, M.W., Landenberger, N.A., & Wilson, S.J. (2007). *Effects of Cognitive Behavioral Programs for Criminal Offenders*. Philadelphia, Pennsylvania: Campbell Collaboration.
- Litschge, C.M., Vaughn, M.G., & McCrea, C. (2010). *The empirical status of treatments for children and youth with conduct problems*. Research on Social Work Practice.
- Loeber, R., Slot, W., & Stouthamer-Loeber, M. (2008). A cumulative developmental model of risk and promotive factors. In Loeber, R., Slot, W. Laan, P.H. van der en Hoeve, M. (red.) *Tomorrow's criminals: The development of child delinquency and effective interventions*. Ashgate: Ashgate Press.
- Lodewijks, H., Doreleijers, T., & Ruiter de, C. (2008). Savvy risk assessment in violent Dutch adolescents – Relation to sentencing and recidivism. *Criminal Justice And Behaviour*, 35, 696-709. Amsterdam: SAGE.
- Lodewijks, H.P.B., Ruiter de, C., & Doreleijers, Th.A.H. (2003). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Tijdschrift voor Directieve Therapie* 23, 25-42.
- McGuire, J. (2008). A review of effective interventions for reducing aggression and violence, *Philosophical Transactions of the Royal Society B*, 363, 2577–2597.
- Menger, A., & Krechtig, L. (2008). *The delict as basic assumption: methodology for working in an forced setting*. Amsterdam: Publisher SWP/Probation Netherland.
- Miller, D.B. and O'Callaghan, J.P. (2002) Neuroendocrine Aspects of the Response to Stress. *Metabolism-Clinical and Experimental*, 51, 5-10.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Harrington, H., & Milne, B.J. (2002) Males of the life-course persistent and adolescence limited antisocial pathways: follow-up at age 26 years, *Development Psychopathology*, 14(1), 179-207.
- Murray, J., & Farrington, D.P. (2010), Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *Canadian Journal of Psychiatry* 55, 633-42.
- Nationaal Kompas Volksgezondheid. (2014). *Gedragsstoornissen*. Verkregen op 12 december 2015 via <http://www.nationaalkompas.nl/gezondheid-en-ziekte/ziekten-en-aandoeningen/psychischestoornissen/gedragsstoornissen/>.
- Nas, C.N., Brugman, D., & Koops, W. (2008). Measuring self-serving cognitive distortions with the “How I Think” Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* 24, 181–189.
- Nederlands Studiecentrum Criminaliteit en Rechtshandhaving & Vrije Universiteit Amsterdam. (2013). *Vallen en opstaan*. Verkregen op 12 februari 2015 via <http://www.nscr.nl/index.php/nl/nieuws-nscr/1549-vaakproblemen-na-verblijf-in-justitiele-jeugdinstelling>.
- Piquero, A. E., Farrington, D. P., Nagin, D. S., & Moffitt, T. E. (2010). Trajectories of offending and their relation to life failure in late middle age: Findings from the Cambridge Study in Delinquent Development. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 47, 151-173.
- Plattner, B., Giger, J., Bachmann, F., Brühwiler, K., Steiner, H., Steinhausen, H.C., Bessler, C. & Aebi, M. (2012). Psychopathology and offense types in detained male juveniles. *Psychiatry Research*, 198, 285-90.
- Put, van der, C.E., Stams, G.J.J.M., Dekovic, M., Hoeve, M., Van der Laan, P.H., Spanjaard, H., & Barnoski, R., (2012). Criminogenic needs during adolescence: Changes in the relative importance of dynamic risk factors for recidivism during adolescence. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 56, 296-316.
- Rakt, M. van de, Weerman, F., & Need, A. (2005). Delinquent gedrag van jongens en meisjes: het (anti)sociaal kapitaal van vriendschapsrelaties. *Mens en Maatschappij*, 80, 328-352.
- Rovers, B. 2010. *Motiveren en motivatieproblematiek. Integraal motiveren in het jeugdigenwerk van de Twern*, edited by M. Kooijmans. Den Bosch: Expertise centrum veiligheid.

- Sameroff, A.J., & Fiese, B.H. (2000). Transactional regulation: The developmental ecology of early intervention. In: J.P. Shonkoff, & S.J. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention*. Cambridge: University Press.
- Scholte, R. H. J., Van Lieshout, C. F. M., & Van Aken, M. A. G. (2001). Relational support in adolescence: Factors, types, and adjustment. *Journal of Research in Adolescence*, 11, 71-94.
- Schreurs, P.J.G., Willige, G. van de, Brosschot, J.F., Tellegen, B., & Graus, G.M.H. (1993). *De Utrecht Coping Inventory: UCL*. Lisse: Swets en Zeitlinger b.v.
- Schubert, C. A., Mulvey, E.P., Loughran, T.A., & Loyosa, S.H. (2012). Perceptions of institutional experience and community outcomes for serious adolescent offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 39. Doi: 10.1177/0093854811426710
- Syngelaki, E.M., Moore, S.C., Savage, J.C., Fairchild, G., & Van Goozen, S.H.M. (2009). Executive functioning and risky decision making in young male offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 1213-1227.
- Tollenaar, N, Dijk, van. J., & Alblas, J.W. (2009). *Monitor multi-offenders*. National Government: WODC.
- Verdonck, E., & Jaspaert, E. (2009). *Motivatatie voor gedragsinterventies bij jeugdige justitiabelen. Meetinstrumenten beoordeeld*. Leuven: Leuvens Instituut voor Criminologie, Katholieke Universiteit Leuven.
- Vitaro, F., Brendgen, M., & Tremblay, R.E. (2000). Influence of deviant friends on delinquency: Searching for moderator variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 28, 313-325.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Alma, S.M., Essers, A.A.M., & Bregman, I.M. (2010). *Recidivism report 1997-2007: Trends in the reconviction rate of Dutch offenders*. Fact sheet 2010-6a. The Hague: WODC.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Blom, M., Verweij, S., Alberda, D.L., & Essers, A.A.M. (2012). *Recidivebericht 2012. Landelijke cijfers met betrekking tot de strafrechtelijke recidive van justitiabelen uit de periode 2002-2009*. Den Haag: WODC. Factsheet 2012-6.
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Verweij, S., Timmermans, M., Witvliet, M., & Homburg, G.H.J. (2014). *Terugval in recidive. Exploratie van de daling in de recidivecijfers van jeugdigen en ex-gedetineerden bestraft in de periode 2002-2010*. Den Haag: WODC.
- Wallinius, M., Johansson, P., Lardén, M., & Dernevik, M. (2011). Self-serving cognitive distortions and antisocial behaviour among adults and adolescents. *Criminal Justice and Behavior*, 38, 286-301.