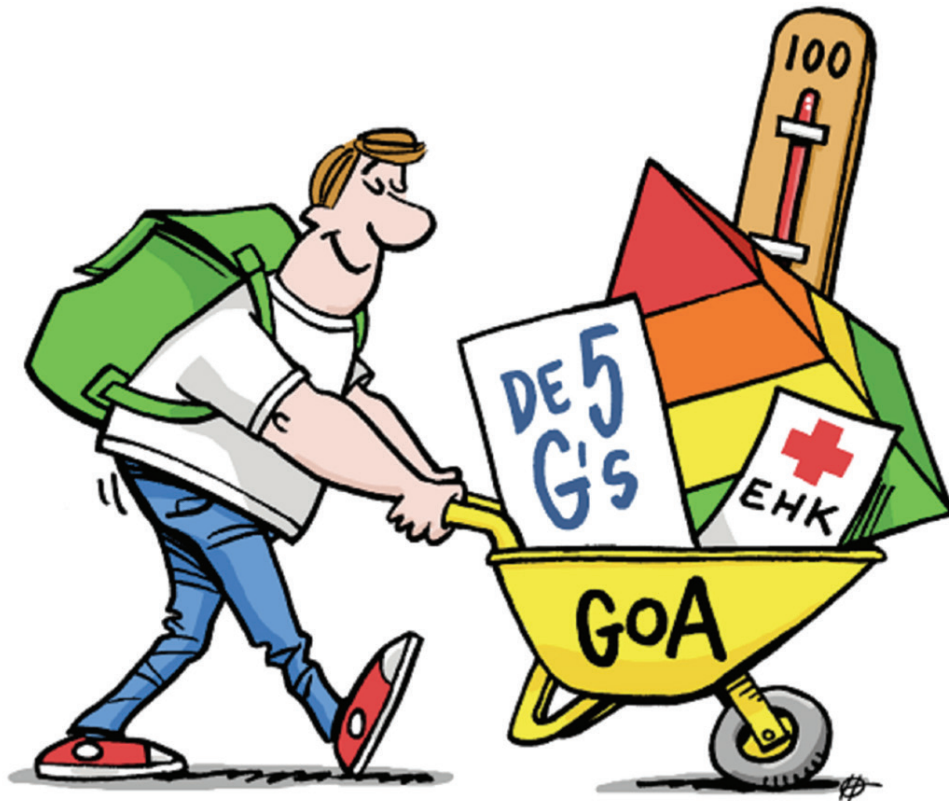


# Theoriehandleiding



## Grip op Agressie

Behandelprogramma voor mensen met  
een lichte verstandelijke beperking (LVB)  
en agressief (delict)gedrag.

trajectum

## Colofon

© 2018 Trajectum.

Grip op Agressie, een integraal behandelprogramma voor mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en agressief (delict)gedrag, is ontwikkeld en geïmplementeerd binnen Trajectum. Het programma is ontwikkeld door het Kenniscentrum van Trajectum, ondersteund door Van Montfoort, Kwaliteit Forensische Zorg en De Borg. Trajectum is een instelling voor de behandeling en begeleiding van mensen met een lichte verstandelijke beperking en onbegrepen en risicovol gedrag (SGLVB).

H. Niehoff (Trajectum)

R. Didden (Trajectum, Radboud Universiteit)

M. Valenkamp (Van Montfoort)

E. Rutten (Van Montfoort)

Tekeningen: Huib Jans, Cartoons en Illustraties, Maastricht

Film: Riske de Vries, Films en Fotografie, Amsterdam

Trajectum

Hanzeallee 2

8017 KZ Zwolle

hniehoff@trajectum.nl

www.trajectum.nl

trajectum



de Borg

# Voorwoord

In 2013 kreeg het programma Grip op Agressie (GoA) een erkenning van de Erkenningscommissie Gedragsinterventies Justitie. GoA is uniek vanwege het integrale karakter, een programma, niet een losstaande interventie.

Inmiddels is het programma binnen Trajectum en de Borg-instellingen verder ontwikkeld op basis van de ervaringen van en met cliënten, begeleiders, trainers en behandelaars.

De steun van het programma Kwaliteit Forensische Zorg en het Steunfonds Trajectum was daarbij van grote waarde.

De theoretische onderbouwing van het programma is aangevuld op basis van actueel wetenschappelijk onderzoek en procesevaluatie.

Daarmee is deze nieuwe versie van Grip op Agressie een programma met een degelijke onderbouwing. Voor Trajectum een onmisbaar onderdeel in de behandeling en begeleiding.

Ik wil de cliënten en professionals die hebben bijgedragen aan de vernieuwde versie van het programma bedanken, complimenteren en feliciteren met het prachtige resultaat.

Ook de komende jaren zullen we samen werken aan de verdere ontwikkeling van Grip op Agressie.

Ik kijk daar naar uit!

Christien Rippen

Hoofd Kenniscentrum Trajectum



# Inhoudsopgave

|  |    |
|--|----|
| <b>1 Inleiding</b> .....   | 7  |
| <b>2 Verklaringsmodel en programmadoelen</b> .....                         | 11 |
| 2.1 Biopsychosociaal model als generiek model van agressief gedrag .....   | 12 |
| 2.2 Dynamische risicofactoren voor agressief gedrag .....                  | 13 |
| 2.2.1 Sociaal informatieverwerkingsmodel: cognitie, emotie en gedrag ..... | 14 |
| 2.2.2 Uitlokkende en bekrachtigende factoren vanuit de context .....       | 17 |
| 2.3 Dynamische risicofactoren en programmadoelen .....                     | 17 |
| <b>3 Veranderingsmodel</b> .....   | 19 |
| 3.1 Cognitieve gedragstherapie .....                                       | 20 |
| 3.2 Cognitieve gedragstherapie bij agressief gedrag: woedebeheersing ..... | 21 |
| 3.3 Interventies binnen GoA .....  | 24 |
| 3.4 Responsiviteit .....   | 25 |
| <b>4 Behandelprogramma GoA</b> .....                                       | 27 |
| 4.1 Doelgroep en groepssamenstelling .....                                 | 28 |
| 4.2 Modulair aanbod GoA binnen gefaseerde klinische behandeling .....      | 28 |
| 4.3 Behandelprogramma .....  | 30 |
| 4.4 Duur en intensiteit van het programma .....                            | 32 |
| 4.5 Programma-integriteit en responsiviteit .....                          | 33 |
| 4.6 Generalisatie en behoud van de geleerde vaardigheden .....             | 35 |
| 4.7 Afronding van modules en monitoring van het geleerde .....             | 36 |
| 4.8 Continuïteit en nazorg na afronding van het programma .....            | 36 |
| <b>5 Referenties</b> .....   | 39 |



Hoofdstuk 1

# Inleiding

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

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

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



Voor cliënten met een LVB en agressief (delict)gedrag heeft Trajectum<sup>1</sup> een behandelprogramma ontwikkeld dat is gericht op het verminderen van agressief (delict) gedrag: Grip op Agressie (GoA). GoA is geïndiceerd voor cliënten vanaf 18 jaar<sup>2</sup> met een TBS, PIJ, RM of SGLVB-indicatie: het gaat zowel om cliënten met een justitiële maatregel (TBS, PIJ, RM) als om vrijwillig opgenomen (SGLVG<sup>3</sup>) cliënten, aangezien agressief (delict)gedrag bij beide groepen vaak voorkomt. GoA is opgebouwd uit zeven met elkaar samenhangende modules en beslaat een periode van één tot twee jaar, afhankelijk van de mogelijkheden van het behandelaanbod en/of duur van opname van de cliënt. Er is een klinische en ambulante variant van GoA beschikbaar. Deelname aan GoA dient te leiden tot veranderingen in inzicht, attitude, vaardigheden en (agressief) gedrag van de deelnemers.

Voor wat betreft de klinische variant van GoA is bij de ontwikkeling ervan uitgegaan van het sociotherapeutisch milieu of leefklimaat van Trajectum dat alle cliënten van de klinische behandelafdelingen wordt geboden. Het leefklimaat betreft verschillende aspecten die de leefomstandigheden binnen de instelling weergeven en die van invloed zijn op het gedrag en welbevinden van cliënten (zie Boone, Althoff, & Koenraadt, 2016).

GoA wordt naast het leefklimaat aangeboden en is er tegelijkertijd nauw mee verbonden. Het leefklimaat komt tot uiting in de begeleiding en bejegening van cliënten bij wonen, werken en vrijetijdsbesteding (zie Van der Helm, 2011; Neimeijer, Roest, Van der Helm, & Didden, ingediend). GoA wordt hiermee geïntegreerd in het dagelijks leven en is derhalve een integraal behandelprogramma voor agressief (delict) gedrag. Het samenleven en de dagelijkse routine worden gebruikt als oefen- en leersituatie. Momenten die zich daarvoor lenen worden gecreëerd en aangegrepen om met de cliënt vaardigheden te oefenen die hij of zij in de GoA-modules leert. Voor meer uitleg over het leefklimaat en de verbinding met GoA, zie de Programmahandleiding.

Nauwe afstemming met het leefklimaat van de cliënt is belangrijk om de generalisatie van geleerde vaardigheden te bevorderen en bovendien verbinding te maken met onderdelen uit het algemene behandelaanbod, waaronder de module sociale vaardigheden. Werken aan vaardigheden via GoA en het bieden van de aangepaste contextuele ondersteuning vullen elkaar aan. Contextuele ondersteuning vindt aanvankelijk plaats binnen het leefklimaat van de leefgroep. Voor een beschrijving van deze training en de verbinding met GoA, zie de Programmahandleiding.

1 Trajectum is een instelling voor de behandeling en begeleiding van cliënten met een LVB en onbegrepen en risicovol gedrag, al dan niet met een forensische achtergrond. Trajectum biedt in aanvulling op haar leefklimaat klinische behandelprogramma's voor specifieke doelgroepen en typen probleemgedrag of psychische stoornis, waaronder verslaving, seksueel grensoverschrijdend gedrag, traumatisering en agressief gedrag.  
 2 GoA is in principe ook toepasbaar bij cliënten vanaf 16 jaar.  
 3 SGLVG is de afkorting voor Sterk gedragsgestoord Licht Verstandelijke Gehandicapt. Nu gebruikt men SGLVB waarbij de B staat voor Beperking.

GoA wordt aangeboden tijdens de behandeling van de cliënt en gaandeweg de behandeling wordt een groter beroep gedaan op de zelfstandigheid en zelfsturing van de cliënt (zie Trajectummethodiek; Hesper & Rippen, 2017) zonder dat daarbij de noodzakelijke ondersteuning uit het oog wordt verloren. De verwachtingen die op het gebied van vaardigheden aan de cliënt worden gesteld, veranderen in de loop van de behandeling; zij worden stapsgewijs hoger en vrijheden nemen navenant toe. Voor een verdere uitwerking van de behandeling en de relatie met GoA zie §4.2 en de Programmahandleiding.

GoA is implementeerbaar binnen (forensische) instellingen die behandeling bieden aan personen met een LVB en gedrags- en psychische problemen. Een goede analyse en beeldvorming van de problematiek door observatie en psychodiagnostiek is een voorwaarde, alsmede het in de Programmahandleiding beschreven leefklimaat en aandacht voor algemene sociale vaardigheden.

Hoofdstuk 2

# **Verklaringsmodel en programmadoelen**

## 2.1 Biopsychosociaal model als generiek model van agressief gedrag

Het biopsychosociaal model omvat risicofactoren (en beschermende factoren) voor de ontwikkeling van agressief gedrag (Dodge & Pettit, 2003). In de eerste plaats vormen bepaalde biologische predisposities een risico voor de ontwikkeling van agressief gedrag, zoals mannelijk geslacht, moeilijk temperament en impulsiviteit. Daarnaast vormt ook het opgroeien in bepaalde sociaal-culturele contexten, zoals ongunstige sociaaleconomische omstandigheden of gezins- en andere omgevingsfactoren (waaronder negatieve ouder-kind interacties; zie bijvoorbeeld Kawabata, Alink, Tseng, Van Ijzendoorn & Crick, 2011), een risico. Bepaalde levenservaringen in de interactie met ouders, leeftijdgenoten en maatschappelijke instituties (bijvoorbeeld school) kunnen eveneens een risico vormen voor de ontwikkeling van agressief gedrag. Dodge en Pettit noemen in dit verband een inconsistente en strenge (vooral ook fysieke) disciplinerende, mishandeling, gebrek aan ouderlijke warmte, omgang met agressieve leeftijdgenoten, sociale afwijzing, gebrek aan supervisie en schooluitval. Op latere leeftijd hangen ook bijvoorbeeld middelenmisbruik (Van der Nagel, Van Duijvenbode, Trentelman, & Didden, 2014) en werkloosheid (Verbruggen, Blokland, & Van der Geest, 2011) samen met het risico op agressief gedrag. Uiteindelijk bepaalt de wisselwerking tussen biologische predisposities, contexten en levenservaringen in hoeverre agressief gedrag zich ontwikkelt en bestendigt.

Bij mensen met een LVB zijn meer risicofactoren aanwezig voor de ontwikkeling van agressief gedrag dan bij personen zonder een LVB (Didden, Lindsay e.a., 2016). Zo spelen bij relatief veel mensen met een LVB biologische factoren in de vorm van bepaalde ziektebeelden en syndromen (bijvoorbeeld epilepsie, Prader-Willi syndroom, fragiele X-syndroom) een rol in het ontstaan van agressief gedrag (zie o.a. Arron, Oliver, Moss, Berg, & Burbidge, 2011). Mensen met een LVB wonen daarnaast relatief vaak in een achterstandswijk en groeien relatief vaak op in gezinnen met een lage sociaaleconomische status (zie o.a., Koolhof, Loeber, & Collot d'Escury, 2007). Ook hebben zij vaker problemen op het gebied van werk en opleiding (Koolhof e.a., 2007) en zijn schooluitval en werkloosheid en armoede relatief vaak aan de orde. Delictplegers met een LVB hebben daarnaast als kind vaak met agressief gedrag te maken gehad; zij zijn in hun jeugd relatief vaak verwaarloosd en/of mishandeld (zie o.a. Boertjes & Lever, 2007; De Jong, Hogeveen, De Vogel, & Didden, 2014; Tenneij & Koot, 2006). Clarke, Crocker en Morin (2016) vonden eveneens een relatie tussen fysieke en/of seksuele mishandeling in de voorgeschiedenis en agressief gedrag bij meer dan 200 volwassenen met een LVB. Zij vonden tevens dat psychische problemen (vooral psychotische symptomen en persoonlijkheidsproblematiek) deze relatie medieerden.

De bovengenoemde risicofactoren in het biopsychosociaal model betreffen aangeboren condities, sociaal-maatschappelijke factoren en levenservaringen. De biologische risicofactoren en ervaringen worden binnen het forensisch veld beschouwd als statische risico- of criminogene factoren voor agressief (delict)gedrag. Dit zijn onveranderbare factoren, waarvan in wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat ze de kans op agressief (delict)gedrag vergroten (zie Hesper & Van den Berg, 2017). Hoewel deze factoren van grote

waarde zijn voor het vaststellen van het risico op agressief (delict)gedrag, zijn ze vanwege de onveranderbaarheid minder relevant voor de behandeling dan dynamische (veranderbare) risicofactoren (Didden & Moonen, 2017). In §2.2 worden de dynamische risicofactoren voor agressief gedrag binnen het biopsychosociaal model uitgewerkt.

## 2.2 Dynamische risicofactoren voor agressief gedrag

Cognitieve en emotionele processen zijn volgens McGuire (2008) van cruciaal belang in het biopsychosociaal model. Ook Taylor en Novaco (2005) noemen cognitieve en emotionele processen als belangrijke risicofactoren, die in samenhang met de factoren gedrag en context verklaren waarom iemand op een bepaald moment overgaat tot agressief gedrag. Taylor en Novaco stellen dat woede, arousal, cognitie en inhibitie (zelfcontrole) belangrijke componenten zijn van cognitieve en emotionele processen.

Volgens Taylor en Novaco is woede een negatieve emotie, die door de persoon wordt ervaren als een toestand van hoge psychofysiologische opwinding (arousal). De woede komt onder andere voort uit de betekenis die de persoon aan een bepaalde gebeurtenis (context) geeft. Woede is gerelateerd aan de perceptie van dreiging en onrechtvaardigheid. De activatie van woede tot daadwerkelijk agressief gedrag is vervolgens gerelateerd aan het verhoogde arousalniveau dat tot doel heeft de persoon in gereedheid te brengen om de ervaren bedreiging te bestrijden en aan de mate van zelfcontrole en emotieregulatie waarmee de persoon in staat is zijn impulsen te beheersen. Ook de sociale kennis die iemand heeft (scripts over hoe men zich dient te gedragen in sociale situaties; kennis over hoe sociale situaties verlopen), normen en waarden en de mate waarin iemand agressief gedrag goedkeurt (attitude), bepalen in belangrijke mate de kans dat woede wordt geactiveerd tot agressief gedrag (zie ook Taylor, Novaco, & Brown, 2016).

Gedragmatige factoren tenslotte betreffen het aangeleerde reactiepatroon op een provocatie of dreiging. Hoe de omgeving reageert op agressief gedrag bepaalt vervolgens de kans dat het agressieve gedrag wordt bestendigd of uitdooft (zie Didden, Lindsay e.a., 2016).

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

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

Voor agressief gedrag bij personen met een LVB worden de dynamische risicofactoren met betrekking tot de cognitieve processen, emotionele processen en gedrag in §2.2.1 toegelicht aan de hand van het sociaal informatieverwerkingsmodel van Crick en Dodge (1994) en de latere bewerking van dit model door Lemerise en Arsenio (2000). In §2.2.2 worden contextuele factoren besproken die agressief gedrag bij personen met een LVB kunnen uitlokken en bekrachtigen.

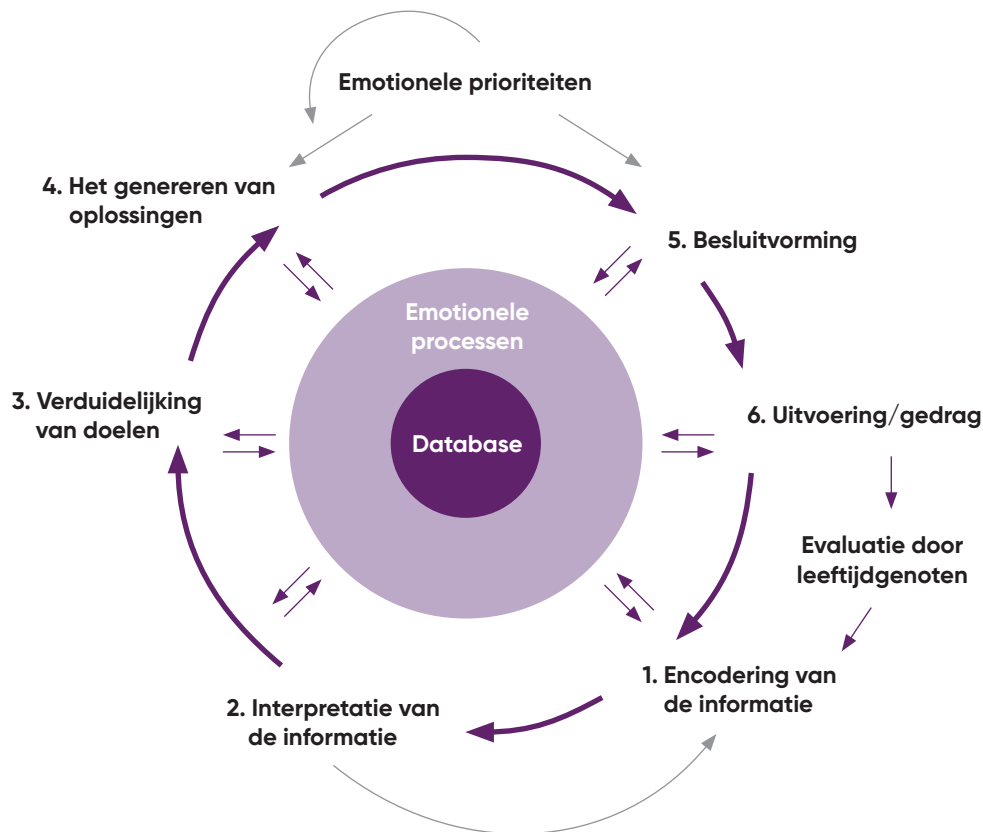
## 2.2.1 Sociaal informatieverwerkingsmodel: cognitie, emotie en gedrag

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

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

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

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



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

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

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

- Uit onderzoek van Basquill e.a. (2004) onder agressieve en niet-agressieve mannen met een LVB bleek dat de agressieve mannen in niet-vijandige of ambigue situaties minder goed in staat waren om andermans bedoelingen accuraat te identificeren. Er leek sprake van een vijandige interpretatie door de agressieve mannen, hetgeen in overeenstemming is met de relatie die Taylor & Novaco (2005; zie de inleiding van §2.2) leggen tussen woede en de perceptie van bedreiging en onrechtvaardigheid (stap 2 interpretatie).

- Uit onderzoek van Hatton en Emerson (2004) (zie ook Hulbert-Williams & Hastings, 2008) bleek dat personen met een LVB doorgaans meer negatieve levensgebeurtenissen (stressoren) meemaakten dan hun gemiddeld of hoger begaafde leeftijdgenoten. Owen e.a. (2004) vonden bij personen met een LVB daarnaast een verband tussen het meemaken van negatieve levensgebeurtenissen en agressief gedrag. Bij een stressor stijgt over het algemeen het arousalniveau (emotionele processen) met als doel het organisme in gereedheid te brengen de bedreiging te bestrijden (Lovallo, 1997): het organisme maakt zich op voor 'fight or flee' (vechten of vluchten) (stap 3 doelbepaling).
- In het onderzoek van Fuchs en Benson (1995) bleken agressieve en niet-agressieve mannen met een LVB niet van elkaar te verschillen in hun mogelijkheden om alternatieve oplossingen voor een conflict te bedenken. Echter, de agressieve groep genereerde wel significant meer agressieve oplossingen. Dezelfde bevindingen werden gedaan door Basquill e.a. (2004) (stap 4 genereren van oplossingen).
- Basquill e.a. (2004) vonden daarnaast dat de agressieve mannen met een LVB minder goed waren in het evalueren van de positieve en/of negatieve consequenties van de oplossingen. Tegelijkertijd vonden Fuchs en Benson (1995) dat de agressieve mannen met een LVB de agressieve oplossing vaker kozen dan de niet-agressieve mannen (stap 5 besluitvorming).
- Uit onderzoek onder jeugdigen met een LVB bleek dat, wanneer hen werd gevraagd voor een aantal hypothetische situaties uit drie verschillende oplossingen - agressief, passief of assertief gedrag - de beste oplossing te kiezen, zij bij voldoende tijd even goed als de jeugdigen met LVB maar zonder gedragsproblemen in staat waren adequate oplossingen te kiezen. In hun daadwerkelijke gedrag in 'real life situations' lieten zij echter vaker agressieve oplossingen zien (Van Nieuwenhuijzen e.a., 2005). Jeugdigen met een LVB en bijkomende gedragsproblemen leken hun kennis van adequate oplossingen niet te gebruiken tijdens het daadwerkelijk uitvoeren van gedrag. Uit een later onderzoek bleek dan ook dat impulsiviteit het agressieve gedrag van een klinische groep jeugdigen met een LVB voor een belangrijk deel mede verklaarde (Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, Van Aken, & Matthys, 2009) (stap 6 gedrag).
- Uit onderzoek van Duncan, Matson, Bamburg, Cherry en Buckley (1999) bleek daarnaast een tekort op gedragsniveau. In dit onderzoek onder personen met een verstandelijke beperking werd een omgekeerd verband gevonden tussen sociale vaardigheden (bijvoorbeeld oogcontact maken) en gedragsproblemen, waaronder agressief gedrag. Personen met gedragsproblemen lieten meer tekorten in sociale vaardigheden zien dan personen zonder gedragsproblemen (stap 6 gedrag).



## 2.2.2 Uitlokkende en bekrachtigende factoren vanuit de context

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

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

## 2.3 Dynamische risicofactoren en programmadoelen

Het doel van GoA is het verminderen en het voorkomen van agressief (delict) gedrag en recidive. De programmadoelen van GoA zijn geformuleerd op basis van de kennis van dynamische risicofactoren voor agressief (delict) gedrag. Uit de voorgaande paragrafen kunnen de volgende dynamische risicofactoren bij personen met een LVB en agressief gedrag worden afgeleid:

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

Deze dynamische risicofactoren hebben voor GoA geresulteerd in de onderstaande programmadoelen:

1. cliënt kent en erkent eigen agressief gedrag;
2. cliënt kent de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag;
3. cliënt kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag;
4. cliënt beheerst technieken om de aanloop tot agressief gedrag te doorbreken;
5. cliënt geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag;
6. cliënt verbetert zijn sociale en assertieve vaardigheden.

Deelname aan GoA dient te leiden tot veranderingen in vaardigheden, attitude en inzicht (zoals omschreven in de programmadoelen) van de deelnemers waarmee wordt beoogd dat agressief (delict) gedrag wordt verminderd dan wel voorkomen.

Hoofdstuk 3

# **Veranderingsmodel**

### 3.1 Cognitieve gedragstherapie

Cognitieve gedragstherapie is waarschijnlijk de meest onderzochte vorm van psychosociale therapie voor gedrags- en psychische problemen bij mensen zonder een LVB. De afgelopen twee decennia wordt deze behandeling steeds vaker toegepast bij mensen met een LVB en is het aantal studies naar de effectiviteit van CGT toegenomen – vooral gericht op agressief (delict) gedrag (zie Didden & Moonen, 2017). Zoals de naam al aangeeft, bestaat CGT ruwweg uit cognitieve therapie en gedragstherapie. Gedragstherapie is gericht op het veranderen van gedrag van cliënten waarbij gedrag wordt veranderd door het manipuleren van uitlokkende en bekrachtigende gebeurtenissen. Bij cognitieve therapie ligt de focus meer op (negatief getinte of disfunctionele) gedachten, opvattingen en attitude en wordt getracht deze cognities te veranderen zodat ze meer functioneel worden. Agressief (delict) gedrag kan worden verminderd door uitlokkende en bekrachtigende gebeurtenissen weg te nemen en disfunctionele cognities te vervangen door functionele en ongewenst gedrag door adaptief gedrag (zie Didden, Lindsay e.a., 2016).

Hoewel er nog weinig kennis bestaat over de effecten op de lange termijn en veel studies methodologische tekortkomingen hebben, tonen diverse studies bij niet-verstandelijk beperkte delinquenten aan dat cognitief gedragstherapeutische behandelprogramma's gemiddeld genomen effectief zijn in het veranderen van dynamische criminogene factoren (zie bijvoorbeeld Beenackers, 2000; De Ruiter & Veen, 2004; Glancy & Saini, 2005; Rampling e.a., 2016). Deze programma's lijken succesvol in het verminderen en voorkomen van recidive, vooral bij delinquenten die impulsief en egocentrisch zijn, moeilijk hun agressieve gedrag kunnen beheersen, moeilijk problemen kunnen oplossen, rigide en vertekende cognities hebben, en zich moeilijk kunnen verplaatsen in anderen (National Probation Service, 2004). Jolliffe en Farrington (2007) concludeerden in hun systematische review van 11 studies, dat het succes van interventies bij mannelijke geweldsdelinquenten met betrekking tot het verminderen van algehele recidive en geweldsrecidive afhangt van de intensiteit en de inhoud van het programma. Intensievere multimodale programma's blijken het meest succesvol in het verminderen van (gewelds)recidive. Interventies gericht op cognitieve en adaptieve vaardigheden of 'anger management' (woedebeheersing), die rollenspellen gebruiken, terugvalpreventie inzetten en waarbij cliënten huiswerk moeten maken, zijn effectiever bevonden dan programma's die hierin niet voorzien (zie ook Chitty, 2005).

De onderzoekstraditie naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapie bij personen met een LVB is nog jong. Het aantal wetenschappelijke studies naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapeutische programma's op het verminderen van agressief gedrag bij personen met een LVB is relatief bescheiden en veel studies laten methodologische tekortkomingen zien (zie Ali, Hall, Blickwedel, & Hassiotis, 2015; Didden, Lindsay e.a., 2016; Didden & Moonen, 2017). Taylor en Novaco (2005) geven een overzicht van de studies die tussen 1986 en 2005 zijn uitgevoerd. Aanvankelijk werden vooral case studies verricht. Sinds 2000 is het aantal gecontroleerde (niet-) gerandomiseerde studies toegenomen (zie o.a. Rose, West, & Clifford, 2000; Taylor e.a., 2002; Willner e.a., 2002; Lindsay e.a., 2004; Taylor, Novaco, Guinan, & Street,

2004; Taylor e.a., 2005; Willner e.a., 2013), waarbij de resultaten erop wezen dat cognitieve gedragstherapie effectief was in het verminderen van agressief gedrag. Ook in studies die na 2005 zijn gepubliceerd komt naar voren dat CGT gemiddeld genomen effectief is de vermindering van agressief gedrag bij mensen met een LVB. Zo liet een gecontroleerd onderzoek onder 65 delinquenten met een LVB niet alleen zien dat cognitieve gedragstherapie effectief is in het verminderen van agressief gedrag maar bleef ook het effect na een follow-up van 12 maanden behouden (Taylor, Novaco, & Johnson, 2009). Een interessante bevinding was dat er geen significante verschillen waren in de uitkomsten tussen cliënten met een verbaal IQ lager dan 70 en cliënten met een verbaal IQ van 70 of hoger. Een meer recente studie (Taylor, Novaco, & Brown, 2016) liet eveneens zien dat bij 50 patiënten met een LVB die waren opgenomen in een forensisch psychiatrische instelling de agressie en geweldsincidenten verminderde na CGT die individueel werd gegeven. Ook op de langere termijn bleek het effect behouden.

Geconcludeerd kan worden dat het aantal wetenschappelijke studies naar de effectiviteit van cognitieve gedragstherapeutische programma's op agressief gedrag van (delinquente) personen met een LVB de laatste jaren is toegenomen. Ofschoon de meeste studies methodologische tekortkomingen hebben, zijn gemiddeld genomen gunstige resultaten gevonden voor wat betreft de afname van agressief gedrag, hetgeen aannemelijk maakt dat cognitieve gedragstherapie bij deze groep effectief is (zie o.a. Didden, Lindsay e.a., 2016; Taylor & Novaco, 2013; Taylor e.a., 2016).

### 3.2 Cognitieve gedragstherapie bij agressief gedrag: woedebeheersing

Centraal voor de toepassing van cognitieve gedragstherapie bij agressief gedrag (anger control; woedebeheersing) is het gegeven dat de emotie 'woede' voortkomt uit de betekenis die de persoon aan een gebeurtenis geeft. Activatie van woede is gerelateerd aan de perceptie van dreiging en onrechtvaardigheid (zie §2.2). Het gaat hier om de cognitieve processen uit het verklaringsmodel (zie hoofdstuk 2). Cognitieve gedragstherapie in het kader van agressief gedrag grijpt in op de manier waarop personen informatie verwerken in situaties die stress (arousal) oproepen en hoe zij hiermee omgaan (Taylor & Novaco, 2005, 2013).

Activatie van woede tot agressief gedrag is tevens gerelateerd aan een verhoging van het arousalniveau en aan een beperkte zelfcontrole. Dit betreft de emotionele processen en de gedragsmatige component uit het verklaringsmodel. Arousalreductie en zelfmanagement (met aandacht voor zelfcontrole, zelfmonitoring en zelfbeloning) zijn daarom volgens Taylor en Novaco (2005, 2013) ook belangrijke componenten van cognitieve gedragstherapie bij agressief gedrag.

Andere gedragsmatige componenten uit het verklaringsmodel van agressief gedrag betreffen de voorkeur voor het hanteren van agressieve oplossingen. Het vergroten van alternatieve technieken (te weten sociale en assertieve vaardigheden) is daarom ook een belangrijk onderdeel van cognitieve gedragstherapie

bij agressief gedrag (Taylor & Novaco, 2005, 2013). Samengevat heeft agressief gedrag dus een cognitieve, emotionele en gedragsmatige component. Binnen de cognitief gedragstherapeutische behandeling van agressief gedrag bij personen met een LVB wordt aandacht besteed aan alle drie de componenten met behulp van de volgende interventies (Taylor & Novaco, 2005; 2013):

- psycho-educatie over woede, stress en agressief gedrag;
- monitoring van de frequentie, intensiteit en duur van agressief gedrag en gebeurtenissen die agressief gedrag uitlokken (provocaties);
- opstellen van scenario's met voor de cliënt provocerende gebeurtenissen (provocatie-scenario's). Daarnaast is het belangrijk zelfmanagement-vaardigheden (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) te leren toepassen om de provocaties te hanteren en de zelfcontrole te vergroten;
- arousalreductietechnieken, zoals ademhalings- en ontspanningsoefeningen;
- cognitieve herstructurering door het verplaatsen van de aandachtsfocus, het veranderen van interpretaties en het gebruik van zelfinstructie daarbij;
- training in sociale en assertieve vaardigheden, zoals voorgedaan door en geoefend met de therapeut;
- oefenen van de cognitieve, arousalregulatie- en sociale en assertieve vaardigheden.

Tijdens de uitvoering van cognitief gedragstherapeutische programma's wordt de persoon in toenemende mate geconfronteerd met provocerende gebeurtenissen (Taylor & Novaco, 2005, 2013). Dit gebeurt aanvankelijk met behulp van rollenspellen. Na verloop van tijd wordt de persoon geconfronteerd met agressie-uitlokkende gebeurtenissen die het dagelijks leven van de cliënt steeds meer benaderen. Dit laatste is belangrijk voor de generalisatie van de trainingsresultaten (geleerde vaardigheden) naar de natuurlijke leefwereld ('real life') van de cliënt. Taylor en Novaco (2005, 2013) onderstrepen daarom het belang van een cognitief gedragstherapeutische benaderingswijze in een contextueel perspectief: ook de omgeving waarin de persoon verblijft moet een duidelijke plaats krijgen binnen de behandeling. Aspecten als ondersteuning bij het oefenen van nieuwe vaardigheden in het kader van generalisatie, een responsieve bejegening en het bieden van een structuur dragen bij aan de behandelresultaten. Deze aspecten krijgen vorm binnen een leefklimaat of sociotherapeutisch milieu (zie ook de Inleiding).

Met cognitieve gedragstherapie kan ook de motivatie voor verandering van een cliënt worden verhoogd. Aangenomen wordt dat de motivatie voor verandering in verschillende stadia verloopt, met een opbouw van weerstand, naar nadenken over het probleem, besluiten tot gedragsverandering, het actief werken aan verandering en voorbereidingen treffen om terugval te voorkomen (Prochaska & DiClemente, 1986). Technieken om motivatieverandering te bewerkstelligen zijn het reflectief luisteren, kunnen omgaan met weerstand, aansluiten bij de inbreng van de cliënt en uitlokken dat de cliënt zelf uitspraken doet waaruit blijkt dat hij zijn gedrag wil veranderen (Miller & Rollnick, 2014). Cognitief gedragstherapeutische programma's

vereisen de medewerking van de cliënt en/of beogen een verhoging van de motivatie van de cliënt om eraan deel te nemen. Daarom moet de persoon gemotiveerd zijn om te veranderen (Black, Cullen, & Novaco, 1997). Verondersteld wordt dat de aanwezigheid van intrinsieke motivatie om te veranderen het effect van de behandeling verhoogt en bovendien leidt tot betere lange-termijn effecten (Leenarts & Van der Knaap, 2007).

Op basis van het voorgaande concluderen we dat een cognitief gedragstherapeutisch programma voor personen met een LVB en agressief (delict) gedrag bij voorkeur dient te bestaan uit de volgende componenten:

- cognitieve component: cognitieve herstructurering en verbetering sociale informatieverwerking (perceptie) met gebruikmaking van zelfinstructie;
- emotionele component: arousalherkenning en -reductie;
- gedragsmatige component: zelfmanagement (vergroten zelfcontrole, zelfmonitoring en zelfbeloning) en sociale en assertieve vaardigheidstraining.

Het programma dient plaats te vinden binnen een contextueel perspectief. Dat wil zeggen, een omgeving waarin wordt geoefend met nieuwe vaardigheden van de cliënt om generalisatie te bevorderen, waar een responsieve bejegeningstijl heerst en afgestemd op de kenmerken, leerstijl en emotioneel functioneringsniveau van cliënten, structuur wordt geboden, agressief gedrag niet wordt bekrachtigd en waar provocaties worden vermeden tenzij deze met een therapeutisch doel worden ingezet. Ook componenten als psycho-educatie, monitoring van agressief gedrag en het opstellen van provocatiescenario's maken bij voorkeur deel uit van het cognitief gedragstherapeutisch programma. Om de programmadoelen te behalen wordt onder andere gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie, psychomotore therapie (zie Bellemans e.a., in druk) en dramatherapie. Bovendien sluiten de gebruikte technieken aan bij de kenmerken en leerstijl van de specifieke doelgroep door: leren door ervaren, aansluiten bij het cognitieve en emotioneel niveau van functioneren, eenduidig taalgebruik, herhaling, ondersteuning bij abstraheren en generaliseren met uiteindelijk het behoud van het geleerde. Om de effectiviteit van het behandelprogramma te verhogen is het niet in de laatste plaats belangrijk de motivatie tot gedragsverandering bij de cliënt (verder) te vergroten. Bij veel cliënten is de motivatie voorafgaand aan GoA beperkt. Door de vormgeving van het CGT programma en het bieden van de juiste contextuele ondersteuning en responsiviteit (§4.3) wordt de motivatie gaandeweg (verder) vergroot.

De opbouw van de modules binnen GoA sluiten aan bij de opeenvolgende fasen van leren zoals die door Kolb (1984) worden onderscheiden. Volgens Kolb vindt een leerproces plaats als er vier fasen worden doorlopen: concrete ervaring, observeren en reflecteren op de ervaring, een theorie vormen en experimenteren. De eerste modules van GoA, waarin een grote nadruk ligt op interventies van psychomotore therapie en dramatherapie (zie Tabel 2), doen een sterk beroep op ervarend leren van cliënten, terwijl de laatste modules zijn gericht op het toepassen van het geleerde in andere situaties (generaliseren) en op terugvalpreventie.

### 3.3 Interventies binnen GoA

De componenten die deel dienen uit te maken van een cognitief gedragstherapeutisch programma in het kader van agressief gedrag bij personen met een LVB, hebben geleid tot de keuzes voor interventies binnen het behandelprogramma GoA. Deze zijn in Tabel 1 weergegeven. De interventies zijn gekoppeld aan de programmadoelen van GoA.

**Tabel 1. Programmadoelen en interventies binnen GoA**

| Programmadoel GoA  | Interventies binnen GoA   |
|--|---|
| 1. Cliënt kent en erkent eigen agressief gedrag.   | Psycho-educatie<br>Monitoring van agressief gedrag<br>Vergroten van motivatie tot gedragsverandering  |
| 2. Cliënt kent de eigen interne en externe risicofactoren voor agressief gedrag.   | Monitoring van agressief gedrag<br>Opstellen van provocatie-scenario's  |
| 3. Cliënt kent de eigen signalen (gedachten, gevoelens, arousal) van dreigend agressief gedrag.                                  | Herkenning van arousal<br>Herkenning van agressie-uitlokkende percepties, gedachten en gevoelens  |
| 4. Cliënt beheerst technieken en vaardigheden om de aanloop tot agressief gedrag te doorbreken.                                  | Ontspanningsoefeningen, met als gevolg arousalreductie<br>Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning)<br>Aanpassing sociale informatieverwerking (perceptie)<br>Cognitieve herstructering<br>Zelfinstructie<br>Sociale en assertieve vaardigheidstraining |
| 5. Cliënt geeft de voorkeur aan alternatieve technieken (sociale en assertieve vaardigheden) boven gebruik van agressief gedrag. | Psycho-educatie<br>Verheldering van gevolgen van agressief versus assertief gedrag (op korte en lange termijn)  |
| 6. Cliënt verbetert zijn sociale en assertieve vaardigheden.   | Sociale en assertieve vaardigheidstraining  |



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

### 3.4 Responsiviteit

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

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

Voor een toelichting op deze handreikingen, zie de Opleidingshandleiding.



Hoofdstuk 4

# **Behandelprogramma GoA**

## 4.1 Doelgroep en groepssamenstelling

Voor GoA gelden de volgende in- en exclusiecriteria. De operationalisatie van de in- en exclusiecriteria is uitgewerkt in §2.1 van de Managementhandleiding.

Inclusiecriteria voor cliënt:

- Plaatsing in een (forensische) behandelinstelling met een TBS, PIJ, RM of SGLVB-indicatie
- De behandeling duurt naar verwachting tenminste 1 jaar
- 18 jaar of ouder (eventueel 16 jaar)
- Een LVB
- Agressief gedrag staat op de voorgrond of is index-delictgedrag

Exclusiecriteria voor cliënt:

- Floride psychotische symptomen, schizofrenie of niet-aangeboren hersenletsel als 'oorzaak' van agressief gedrag
- Psychopathie
- Niet kunnen profiteren van het leerproces binnen een groep.
- Agressief gedrag heeft alleen plaatsgevonden toen de cliënt onder invloed van middelen was
- Agressief gedrag was uitsluitend tegen zichzelf gericht (automutilatie)

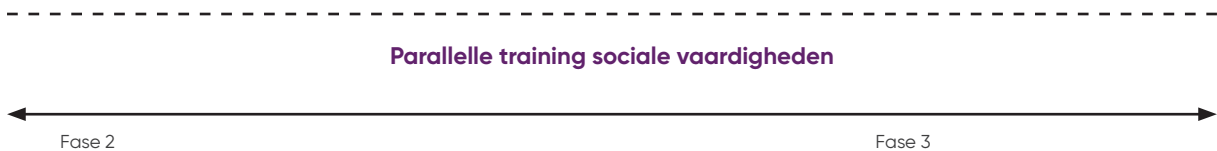
### Groepsgrootte en groepssamenstelling

GoA is een groepsgerichte interventie, die ook individueel gegeven kan worden. Indien GoA groepsgewijs gegeven wordt, wordt gewerkt met kleine groepen van 4 cliënten. (Zie de Managementhandleiding §2.4 voor onderbouwing en toelichting van de groepsgrootte en groepssamenstelling.)

## 4.2 Modulair aanbod GoA binnen gefaseerde klinische behandeling

GoA wordt gegeven tijdens de behandeling, nadat observatie en diagnostiek hebben plaatsgevonden (voor nadere uitwerking, zie hoofdstuk 1 en de Programmahandleiding). GoA is opgebouwd uit zeven modules, die groepsgewijs dan wel individueel worden gegeven buiten de woongroep of afdeling (zie Figuur 2 en §4.3). Tegelijkertijd is GoA nauw verbonden met het leefklimaat van de instelling. Het leefklimaat en de relatie met GoA worden toegelicht in de Inleiding en komen uitgebreider aan bod in de Programmahandleiding. Parallel aan het doorlopen van de GoA-modules wordt een training sociale vaardigheden aangeboden. Meer over de training sociale vaardigheden in relatie tot GoA staat beschreven in de Programmahandleiding.

| Module 1, 2 en 3   | Module 4                          | Module 5       | Module 6                          | Module 7          |
|--|-----------------------------------|----------------|-----------------------------------|-------------------|
| 1. Herkennen van gevoelens 1<br>2. Herkennen van gevoelens 2<br>3. Herkennen van gedachten | Omgaan met boosheid en agressie 1 | Delictscenario | Omgaan met boosheid en agressie 2 | Terugvalpreventie |



Figuur 2. Schema aanbod modules GoA.

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

Vanaf module 4 ligt de volgorde van de modules vast. De cliënt kan vanaf dan niet langer optimaal van een module profiteren zonder eerst de inhoud van de voorgaande modules te beheersen. Een module is afgerond als de cliënt heeft voldaan aan de gemaakte afspraken rond aanwezigheid en huiswerk (zie de Managementhandleiding). Ook het eindrapport met de evaluatie van de programmadoelen (zie §4.7) moet door de trainer tenminste als voldoende zijn beoordeeld. Deze evaluatie vindt plaats op de moduledoelen, die allemaal van de programmadoelen (zie §2.3) zijn afgeleid. Voor een overzicht van de moduledoelen per programmadoel zie de Beoordelings- en evaluatiehandleiding.

De opeenvolgende fasen binnen de behandeling worden gekenmerkt door een stapsgewijs afnemend niveau van (ruimtelijke) beveiliging (voor meer uitleg, zie de Programmahandleiding). Module 1 t/m 5 van GoA vinden plaats binnen de behandeling, waarbij de cliënt aan de hand van probleemgedrag in het dagelijks leven binnen de leefgroep wordt geconfronteerd met zijn probleemgedrag en waarin de noodzaak tot verandering zichtbaar wordt en aan de orde wordt gesteld.

Modules 6 en 7 vinden later plaats in de behandeling. De cliënt kan laten zien dat hij de risico's (her)kent en ermee weet om te gaan. De vaardigheden die de cliënt binnen GoA leert worden al vanaf de start van GoA samen met de sociotherapeuten geoefend in het dagelijkse leven op de leefgroep en op andere plekken (o.a. arbeid en dagbesteding) binnen het leefklimaat (zie ook hoofdstuk 1 en de Programmahandleiding).

Tijdens de nazorg (zie §4.8; na afloop van de behandeling) zijn de GoA-modules afgesloten. De geleerde vaardigheden worden dan beoordeeld en getoetst in een (open) context met meer vrijheden en verantwoordelijkheden. Voor vrijwel alle cliënten uit de doelgroep geldt dat zij langdurend of zelfs levenslang aangewezen zijn op een vorm van begeleiding. 'Real life' betekent voor hen dat zij een leven leiden waarin (bijna) altijd sprake is van begeleiding met een zekere intensiteit (zie ook de Programmahandleiding).

## 4.3 Behandelprogramma

### Contextuele ondersteuning

GoA streeft naar het verbeteren van de met agressie samenhangende cognitieve en adaptieve vaardigheden (zie programmadoelen in §2.3). Sommige situaties (stressoren) en vaardigheden blijven voor de cliënten uit de doelgroep lastig vanwege (blijvende) beperkingen in het leervermogen. Behandeling van agressief (delict)gedrag bij personen met een LVB vindt daarom enerzijds plaats door vaardigheden van de cliënt te vergroten via het werken aan de programmadoelen. Anderzijds worden beschermende factoren vergroot en passende ondersteuning geboden. Hoge eisen (stressoren) vanuit de context worden verlaagd, bijvoorbeeld door het bieden van ondersteuning en door het wegnemen van bepaalde eisen die een te groot beroep doen op de zelfstandigheid van de cliënt. In een context waarin geen (te) hoge eisen worden gesteld, ontstaat er ruimte bij de cliënt om vaardigheden te leren. Wanneer de stijl van bejegening tegemoet komt aan de emotionele behoeften van cliënten leidt dit tot een leefklimaat waarin cliënten optimaal kunnen profiteren van het aanbod (zie Nijman e.a., 2017). Cliënten profiteren het best van een behandelaanbod en leefklimaat waarin weinig tot geen stress is en waarin begeleiders zodanig ondersteunen dat de (oplopende) stress bij cliënten laag blijft of snel verdwijnt (Nijman e.a., 2017). Werken aan vaardigheden via GoA en het bieden van de passende contextuele ondersteuning zijn daarom zeer belangrijk in het integrale behandelaanbod. Contextuele ondersteuning vindt in de behandeling (GoA-module 1 t/m 5) actief plaats binnen het leefklimaat. Naarmate de behandeling vordert (GoA-module 6 en 7) vindt sociotherapeutische ondersteuning plaats in een context met meer vrijheden (zie §4.2 en de Programmahandleiding). Gedurende de behandeling wordt de contextuele ondersteuning vanuit het sociotherapeutisch milieu aangepast aan wat de cliënt aan vaardigheden beheerst en aan diens emotionele behoeften (Nijman e.a., 2017). Een vorm van (passende) ondersteuning zal bij de doelgroep altijd met een zekere intensiteit nodig zijn. Maar vooral ook na een eventuele over/doorplaatsing naar een andere voorziening en nazorg is het bieden en organiseren van (blijvende) ondersteuning van de cliënt van doorslaggevende betekenis (zie §4.8).

### Vergroten van vaardigheden

Het verminderen van agressief (delict)gedrag staat in GoA centraal. Elke GoA-module draagt hieraan bij door via de moduledoelen te werken aan de in §2.3 beschreven programmadoelen (zie voor uitwerking van de moduledoelen per module de Beoordelings- en evaluatiehandleiding). De basis van de modules wordt gevormd door cognitief gedragstherapeutische, vaktherapeutische (o.a. psychomotore therapie; zie

Bellemans e.a., in druk) en andere interventies die in §3.3 per programmadoel zijn samengevat. Bij de vormgeving zijn daarnaast de in §3.4 beschreven praktische handreikingen met betrekking tot responsiviteit richtinggevend.

De zeven GoA-modules en de parallelle training sociale vaardigheden vormen samen één geheel en cliënten dienen dit gehele programma te volgen. De opdeling in modules maakt dat het langdurige programma voor de cliënten uit overzichtelijke en haalbare onderdelen bestaat. Cliënten werken in kortdurende perioden (modules) aan bepaalde doelen en kunnen (o.a. ter motivatie) met de afronding van elke module een certificaat behalen. Voor een beknopte beschrijving van de inhoud van de modules, zie de Programmahandleiding (§2.2). Tabel 2 geeft aan welke van de in Tabel 1 (zie §3.3) afgeleide interventies per module worden aangeboden.

**Tabel 2. Interventies binnen de GoA-modules**

| Module                               | Interventies  |
|--------------------------------------|---|
| 1. Herkennen van gevoelens 1         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ontspanningstechnieken</li> <li>- Cognitieve herstructurering</li> <li>- Sociale en assertieve vaardigheidstraining</li> <li>- Psycho-educatie</li> <li>- Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning)</li> <li>- Vergroten van de motivatie tot gedragsverandering</li> <li>- Monitoring van agressief gedrag</li> </ul>   |
| 2. Herkennen van gevoelens 2         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning)</li> <li>- Ontspanningstechnieken</li> <li>- Vergroten van de motivatie tot gedragsverandering</li> <li>- Monitoring van agressief gedrag</li> </ul>   |
| 3. Herkennen van gedachten           | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognitieve herstructurering</li> <li>- Aanpassing sociale informatieverwerking (perceptie)</li> <li>- Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning)</li> <li>- Zelfinstructie</li> <li>- Vergroten van de motivatie tot gedragsverandering</li> <li>- Monitoring van agressief gedrag</li> </ul>   |
| 4. Omgaan met boosheid en agressie 1 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Psycho-educatie</li> <li>- Herkenning van arousal</li> <li>- Herkenning van agressie-uitlokkende percepties, gedachten en gevoelens</li> <li>- Ontspanningstechnieken</li> <li>- Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning)</li> <li>- Zelfinstructie</li> <li>- Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn)</li> <li>- Monitoren van agressief gedrag</li> </ul> |
| 5. Delictscenario                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opstellen van provocatie-scenario's</li> <li>- Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning)</li> <li>- Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn)</li> <li>- Monitoren van agressief gedrag</li> </ul>   |

|   |  |
|---|--|
| 6. Omgaan met boosheid en agressie 2        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Herkenning van arousal</li> <li>- Herkenning van agressie-uitlokkende percepties, gedachten en gevoelens</li> <li>- Cognitieve herstructurering</li> <li>- Ontspanningstechnieken</li> <li>- Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) (Signaleringsplan)</li> <li>- Zelfinstructie</li> <li>- Sociale en assertieve vaardigheidstraining</li> <li>- Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn)</li> <li>- Monitoren van agressief gedrag</li> </ul> |
| 7. Terugvalpreventie                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cognitieve herstructurering</li> <li>- Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning)</li> <li>- Zelfinstructie</li> <li>- Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn)</li> <li>- Monitoren van agressief gedrag</li> </ul>  |
| Parallele training:<br>Sociale vaardigheden | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sociale en assertieve vaardigheidstraining</li> <li>- Zelfinstructie</li> <li>- Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn)</li> <li>- Monitoren van agressief gedrag</li> </ul>  |

#### 4.4 Duur en intensiteit van het programma

De intensiteit van de behandeling dient te zijn afgestemd op het recidiverisico. Personen met een gemiddeld tot hoog recidiverisico hebben een intensieve behandeling nodig (Andrews & Bonta, 2010). Bij deelnemers van GoA is sprake van een gemiddeld tot hoog recidiverisico. Personen met een LVB hebben daarnaast behoefte aan veel herhaling en het opknippen van een intensief programma in overzichtelijke eenheden (zie §3.4). Studies naar de cognitieve behandeling bij justitiabelen met een laag intelligentieniveau lieten zien dat groepsbehandeling en interventies met een behandelduur van meer dan een jaar belangrijke factoren zijn in het effectief terugdringen van recidive (Barron, Hassiotis, & Banes, 2002). De klinische variant van GoA duurt tenminste 1 jaar. Deze duur geeft de cliënt de mogelijkheid veel te herhalen en te oefenen. Tevens maakt de relatief lange duur het mogelijk dat de nieuw te leren inzichten en vaardigheden in kleine stukken kunnen worden aangeboden, voordat ze in groter geheel kunnen worden geïntegreerd. Daarnaast maakt deze duur het mogelijk dat de nieuwe vaardigheden aanvankelijk kunnen worden toegepast in een sterk beveiligde omgeving en vervolgens in toenemende mate in een omgeving met meer bewegingsvrijheid (zie de Programmahandleiding). Dit sluit aan bij de leerstijl van cliënten met een LVB.

Gedurende het programma vinden in totaal 100 modulebijeenkomsten (module 1 t/m 7) plaats. Daarnaast wordt parallel hieraan de training sociale vaardigheden gevolgd. In de Programmahandleiding wordt de intensiteit per GoA-module toegelicht. Voor het maken van huiswerkopdrachten wordt per keer 30



minuten gereserveerd (zie de Managementhandleiding). Door aandacht te besteden aan de principes van responsiviteit (zie §3.4 en §4.5), generalisatie en behoud van geleerde vaardigheden in het leefklimaat (zie §4.6 en zie de Programmahandleiding) wordt de intensiteit van het programma, in meerdere contexten en over langere duur, sterk vergroot.

## 4.5 Programma-integriteit en responsiviteit

Bij een behandelprogramma voor cliënten met een forensische achtergrond zijn de What Works of Risk-Need-Responsivity principes (RNR; Andrews & Bonta, 2010) essentieel (voor meer informatie zie de Programmahandleiding). Voor personen met een LVB zijn de principes 'responsiviteit' en 'programma-integriteit' extra belangrijk (zie Didden & Moonen, 2017). Doordat personen met een LVB vooral leren van voorbeelden en oefeningen die voor hen herkenbaar zijn en bij voorkeur voortkomen uit hun eigen situatie ('real life' zie §3.4), is voortdurende afstemming op de individuele cliënten binnen de groep en het leefklimaat essentieel. Tegelijkertijd is het belangrijk dat wordt gewerkt volgens het protocol, zoals beschreven in de Programmahandleiding.

### **Programma-integriteit: programma uitvoeren zoals bedoeld**

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

Binnen GoA wordt de programma-integriteit op verschillende manieren gewaarborgd. In de eerste plaats worden trainers geselecteerd op basis van een voor GoA opgesteld competentieprofiel (zie de Managementhandleiding). Hiermee wordt gewaarborgd dat alleen trainers worden opgeleid die als basis reeds beschikken over de specifieke competenties die nodig zijn voor het betrouwbaar kunnen uitvoeren van het programma. Hierna worden de geselecteerde trainers opgeleid tot GoA-trainer (zie de Opleidingshandleiding). Na afronding van de GoA-opleiding volgen de opgeleide trainers nascholings- en coachingsbijeenkomsten (werkbegeleiding, intervisie en supervisie), waarmee de vaardigheden van de trainers op peil worden gehouden (zie hoofdstuk 1 van de Managementhandleiding). Tenslotte is getracht de programma-integriteit te bewerkstelligen door alle modules en modulebijeenkomsten in detail te beschrijven in de Programmahandleiding. Deze beschrijving geeft een format dat de trainers per bijeenkomst dienen te volgen, zonder dat dit ten koste gaat van hun handelingsvrijheid. De trainers moeten immers de ruimte hebben om te kunnen aansluiten op de individuele cliënten en omstandigheden (zie hieronder).

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

Volgens het principe van 'responsiviteit' moet de behandeling zodanig worden aangeboden dat de cliënt er

optimaal van kan profiteren. De behandeling moet aansluiten bij de persoonlijke leerstijl, emotioneel niveau van functioneren en vaardigheden van de cliënt. De praktische handreikingen ten behoeve van het aanbieden van programma's voor mensen met een LVB (zie §3.4) dragen bij aan de responsiviteit. Indien nodig kan bij een modulebijeenkomst van GoA een bepaalde oefening of een voorbeeld worden aangepast, zodat deze beter aansluit bij de kenmerken en de leefwereld van de cliënt. Een voorwaarde is dat de trainer de aanpassing kan verantwoorden naar de leerstijl van de cliënt en dat de aangepaste oefening voldoet aan het doel waartoe deze in het programma is opgenomen (zie: 'programma-integriteit'). Dit vraagt van de trainers dat zij 'boven' het programma staan, dat wil zeggen, dat zij begrijpen waarom de verschillende onderdelen in het totale programma zijn opgenomen en op welke manier deze aan welk programmadoel bijdragen. Daarnaast wordt de responsiviteit door het werken met geïndividualiseerde leerdoelen zoveel mogelijk gewaarborgd.

Alle cliënten binnen GoA hebben problemen op het gebied van emotieregulatie en agressie. Aan het verminderen of opheffen van de agressieproblematiek wordt gewerkt via de programmadoelen. Cliënten verschillen in de mate waarin gewicht wordt gegeven aan een of meerdere programmadoelen. Immers, de risicofactoren wegen niet allemaal even zwaar voor alle cliënten voor wie GoA geïndiceerd is. Met behulp van de in de Managementhandleiding beschreven procedure wordt daarom per cliënt duidelijkheid verkregen over de nadruk die elk programmadoel moet krijgen. Cliënt A bijvoorbeeld staat, hoewel hij zijn agressieve impulsen niet kan controleren, in principe negatief tegenover het gebruik van agressie (programmadoel 5), terwijl cliënt B agressie goedkeurt. Bij cliënt B zal programmadoel 5 dus meer nadruk krijgen dan bij cliënt A. Tevens worden de algemeen geldende programmadoelen voor cliënten in op het individu afgestemd concreet gedrag geformuleerd. Cliënt C heeft in het kader van programmadoel 4 (technieken om de aanloop tot agressief gedrag te doorbreken) bijvoorbeeld veel baat bij het zoeken van contact met een vertrouwde sociotherapeut. Bij cliënt D heeft meer contact juist een averechts effect. Hij zal in het kader van dit programmadoel juist moeten oefenen zich uit de situatie terug te trekken. De algemene programmadoelen worden hiermee nader gespecificeerd tot individuele leerdoelen in het kader van GoA.

De GoA-bijeenkomsten staan vast en alle GoA-programmadoelen komen bij alle cliënten aan bod, maar in het programma bestaat ruimte om aan individuele leerdoelen extra aandacht te besteden. Ook kunnen sociotherapeuten op de leefgroep deze vaardigheden met de cliënt extra oefenen, ondersteunen en bekrachtigen (zie ook generalisatie in §4.6 en het leefklimaat in de Programmahandleiding). Daarnaast kan de behandelverantwoordelijke binnen haar individuele contactmomenten met de cliënt extra ondersteuning bieden aan deze specifieke vaardigheden (zie §4.6).

## 4.6 Generalisatie en behoud van de geleerde vaardigheden

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

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

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

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

## 4.7 Afronding van modules en monitoring van het geleerde

Elke module wordt bij goed gevolg afgesloten met de uitreiking van een certificaat aan de cliënt. De voortgang van de cliënt op de programmadoelen wordt hiertoe doorlopend gemonitord (zie de Managementhandleiding en Beoordelings- en evaluatiehandleiding). Als sprake is van stagnatie of onvoldoende vooruitgang in het realiseren van bepaalde moduledoelen, wordt dit door de behandelverantwoordelijke vertaald naar een verdere specificering van de individuele leerdoelen (zie §4.5). De behandelverantwoordelijke kan met behulp van therapeutische gesprekken aansluiten op die vaardigheden en inzichten waarop de cliënt geen of te weinig vooruitgang boekt (zie ook §4.6). Daarnaast kan stagnatie op bepaalde doelen betekenen dat de contextuele ondersteuning wordt geïntensiveerd, zowel in de huidige leefomgeving van de cliënt (de in meer of mindere mate beveiligde leefgroep) als na afronding van het programma door middel van (blijvende) ondersteuning (nazorg; zie §4.8).

## 4.8 Continuïteit en nazorg na afronding van het programma

Afhankelijk van de mate waarin de cliënt de programmadoelen van GoA behaalt (zie §4.7), kunnen voor de vervolgsetting/zorgstructuur doelen worden geformuleerd om de protectieve factoren in het systeem rondom de cliënt te versterken. Dit is de contextuele ondersteuning in het kader van nazorg, waarover in §4.3 wordt gesproken. Het kan bijvoorbeeld nodig zijn het systeem zorg te laten dragen voor of te laten ondersteunen bij bepaalde vaardigheden die de cliënt zelfstandig niet kan uitvoeren.

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

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



Hoofdstuk 5

# Referenties

Ali, A., Hall, I., Blickwedel, J., & Hassiotis, A. (2015). Behavioural and cognitive-behavioural interventions for outwardly-directed aggressive behaviour in people with intellectual disabilities. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD003406.

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: Author.

Andrews, D., & Bonta, J. (2010). *The psychology of Criminal Conduct (5th edition)*. New Providence, NJ: LexisNexis, Matthew Bender.

Arron, K., Oliver, C., Moss, J., Berg, K., & Burbidge, C. (2011). The prevalence and phenomenology of self-injurious and aggressive behaviour in genetic syndromes. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55, 109-120.

Bandura, A. (1973). *Aggression: a social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Barron, P., Hassiotis, A., & Banes, J. (2002). Offenders with intellectual disability: The size of the problem and therapeutic outcomes. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 454-463.

Basquill, M., Nezu, M., Nezu, A., & Klein, T. (2004). Aggression-related hostility bias and social problem-solving deficits in adult males with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 109, 255-263.

Beenackers, E. (2000). *Effectiviteit van sanctieprogramma's: bouwstenen voor een toetskader: een literatuuronderzoek*. Den Haag: WODC.

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

Black, L., Cullen, C., & Novaco, R. (1997). Anger assessment for people with mild learning disabilities in secure settings. In: B. Stenfort Kroese, D. Dagnan, & K. Loumidis (Red.), *Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities*. London: Routledge.



- Boertjes, M., & Lever, M. (2007). *LVG en Jeugdcriminaliteit*. Diemen: William Schrikker.
- Boone, M., Althoff, M., & Koenraadt, F. (2016). *Het leefklimaat in justitiële inrichtingen*. Den Haag: Boom.
- Chitty, C. (2005). The impact of corrections on re-offending: Conclusions and the way forward. In: G. Harper & C. Chitty (Eds.), *The Impact of Corrections on Re-offending: A Review of 'What Works'*, Home Office Research Study No.291 (pp. 75-82). London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.
- Clarke, M., Crocker, A., & Morin, D. (2016). Victimization history and aggressive behavior among adults with intellectual disabilities: The mediating role of mental health. *International Journal of Forensic Mental Health*, 15, 301-311.
- Crick, N., & Dodge, K. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- De Jong, M., Hogeveen, B., De Vogel, V., & Didden, R. (2014). Voorgeschiedenis en victimisatie bij vrouwen met een lichte verstandelijke beperking (LVB): Een vergelijking met vrouwen zonder een LVB en mannen met een LVB. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met een verstandelijke beperking*, 4, 305-322.
- De Ruiter, C., & Veen, V. (2004). Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld. Utrecht: Trimbos Instituut.
- De Wit, M., Moonen, X., & Douma, J. (2011). *Richtlijn effectieve interventies LVB*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Didden, R., Lindsay, W., Lang, R., Sigafos, J., Deb, S., .... & Lancioni, G. (2016). Aggression. In: N. Singh (Ed.), *Clinical handbook of evidence-based practices for individuals with intellectual disabilities* (pp. 727-750). New York: Springer.
- Didden, R., & Moonen, X. (2017). Gedragsinterventies. In: H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (Red.), *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen* (pp. 227-239). Amsterdam: Boom criminologie.
- Didden, R., Troost, P., Moonen, X., & Groen, W. (2016). Inleiding. In: R. Didden, P. Troost, X. Moonen & W. Groen (Red.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking*. Utrecht: De Tijdstroom.
- Dodge, K., & Pettit, G. (2003). A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology*, 39, 349-371.

Duncan, D., Matson, J., Bamburg, J., Cherry, K., & Buckley, T. (1999). The relationship of self-injurious behavior and aggression to social skills in persons with severe and profound learning disability. *Research in Developmental Disabilities, 20*, 441-448.

Fuchs, C., & Benson, B. (1995). Social information processing by aggressive and nonaggressive men with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation, 100*, 244-252.

Glancy, G., & Saini, M. (2005). An evidenced-based review of psychological treatments of anger and aggression. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 5*, 229-248.

Hatton, C., & Emerson, E. (2004). The relationship between life events and psychopathology amongst children with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 17*, 109-117.

Hesper, B., & Berg, J.-W. van den (2017). Risicotaxatie. In: H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (Red.), *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsketen*. Amsterdam: Boom criminologie.

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

Hesper, B., & Rippen, C. (Red.) (2017). *Trajectummethodiek. Handboek voor SGLVB begeleiders*. Boschoord: Trajectum.

Hulbert-Williams, L., & Hastings, R. (2008). Life events as a risk factor for psychological problems in individuals with intellectual disabilities: a critical review. *Journal of Intellectual Disability Research, 52*, 883-895.

Jolliffe, D., & Farrington, D. (2007). A systematic review of the national and international evidence on the effectiveness of interventions with violent offenders. *Research Development Statistics, Ministry of Justice Research Series 16/07*.

Kaal, H. (2011). Gedetineerden met een licht verstandelijke beperking. *Proces, 90*, 251-261.

Kawabata, Y., Alink, L., Tseng, W., Van Ijzendoorn, M., & Crick, N. (2011). Maternal and paternal parenting styles associated with relational aggression in children and adolescents. *Developmental Review, 31*, 240-278.

Kolb, D. (1984). *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Koolhof, R., Loeber, R., & Collot d'Escury, A. (2007). Eerst tot tien tellen! Of is dat voor een LVG-jongere niet genoeg? Is de LVG-jongere extra kwetsbaar om delinquent gedrag te ontwikkelen? *Onderzoek & Praktijk*, 5, 15-20.

Larkin, P., Jahoda, A., & MacMahon, K. (2013). The social information processing model as a framework for frequent aggression in adults with mild to moderate intellectual disabilities: A systematic review of the evidence. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26, 447-465.

Leenarts, L., & Van der Knaap, L. (2007). *Motivatatie te meten? Een inventarisatie van instrumenten om intrinsieke motivatie te meten bij drugsverslaafde justitiabelen*. Den Haag: WODC.

Leffert, J., & Siperstein, G. (1996). Assessment of social-cognitive processes in children with mental retardation. *American Journal on Mental Retardation*, 100, 441-455.

Lemerise, E., & Arsenio, W. (2000). An integrated model of emotion processes and cognition in social information processing. *Child Development*, 71, 107-118.

Lindsay, W., Allan, R., Parry, C., MacLeod, F., Cottrell, J., Overend, H., e.a. (2004). Anger and aggression in people with intellectual disabilities: treatment and follow-up of consecutive referrals and a waiting list comparison. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 225-264.

Lindsay, W., Jahoda, A., & Willner, P. (2013). Adapting psychological therapies for people with intellectual disabilities: Treatment approaches and modifications. In: J. Taylor, W. Lindsay, R. Hastings & C. Hatton (Red.), *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities* (pp. 85-99). London: Wiley Blackwell.

Lipsey, M., & Wilson, D. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: a synthesis of research. In: R. Loeber & D. Farrington (Eds.). *Serious & violent juvenile offenders, risk factors and successful interventions* (pp. 313-345). Newbury Park, CA: Sage.

Lovaglio, W. (1997). *Stress and health. Biological and psychological interactions*. London: Sage publications.

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

Miller, W., & Rollnick, S. (2014). *Motiverende gespreksvoering: Mensen helpen veranderen (3e druk)*. Gorinchem: Ekklesia.

National Probation Service (2004). *Management of Evidence-based practice in Probation*. Proceedings of a Conference held by Conférence Permanente Européenne de la Probation and the National Probation Service for England and Wales at 3rd to 5th March 2004. Oxford, UK.

Neimeijer, E., Roest, J., Helm, P. van der, & Didden, R. Psychometric properties of the Group Climate Instrument (GCI) in clients with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning. Manuscript ingediend voor publicatie.

Nijman, H., Didden, R., & Hesper, B. (2017). *Handreiking risicomangement LVB*. Utrecht: KFZ.

Owen, D., Hastings, R., Noone, S., Chinn, J., Harman, K., Roberts, J., & Taylor, K. (2004). Life events as correlates of problem behavior and mental health in a residential population of adults with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 309-320.

Prochaska, J., & DiClemente, C. (1986). *Toward a Comprehensive Model of Change*. In: W. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating Addictive Behaviors: Processes of Change* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.

Rampling, J., Furtado, V., Winsper, C., Marwaha, S., Lucca, G., Livanou, M., & Singh, S. (2016).

Non-pharmacological interventions for reducing aggression and violence in serious mental illness: A systematic review and narrative synthesis. *European Psychiatry*, 34, 17-28.

Roos, J. (2017). Kenmerken en implicaties van een licht verstandelijke beperking. In: H. Kaal, N. Overvest & M. Boertjes (Red.), *Beperkt in de keten. Mensen met een licht verstandelijke beperking in de strafrechtsheten* (pp. 19-40). Amsterdam: Boom criminologie.

Rose, J., West, C., & Clifford, D. (2000). Group interventions for anger in people with intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 21, 171-181.

Schalock, R., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V., Buntinx, W., Coulter, D., Craig, E., ... & Yeager, M.H. (2010). *Intellectual Disability: Definition, Classification, and Systems of Supports* (11th edition). Washington, DC: AAIDD.

Taylor, J., & Novaco, R. (2005). *Anger treatment for people with developmental disabilities*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.

Taylor, J., & Novaco, R. (2013). Anger control problems. In: J. Taylor, W. Lindsay, R. Hastings & C. Hatton (Red.), *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities* (pp. 133-155). London: Wiley Blackwell.

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

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

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

Taylor, J., Novaco, R., Gillmer, B., & Thorne, I. (2002). Cognitive-behavioural treatment of anger intensity among offenders with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 151-165.

Taylor, J., Novaco, R., Guinan, C., & Street, N. (2004). Development of an imaginal provocation test to evaluate treatment for anger problems in people with intellectual disabilities. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11, 233-246.

Tenneij, N., & Koot, H. (2006). Doelgroep in beeld, een nauwkeurige omschrijving van mensen met een lichte verstandelijke beperking en meervoudige complexe problematiek. Den Dolder: De Borg.

Van der Helm, G. (2011). *First do no harm: group climate in secure correctional institutions*. Amsterdam: SWP.

Van der Nagel, J., Van Duijvenbode, N., Trentelman, M., & Didden, R. (2014). Middelengebruik en delictgedrag bij forensische cliënten met een lichte verstandelijke beperking. *Nederlands Tijdschrift voor de Zorg aan mensen met een verstandelijke beperking*, 4, 288-304.

Van Nieuwenhuijzen, M. (2005). Sociale Informatieverwerking bij kinderen met licht verstandelijke beperkingen. *Onderzoek en Praktijk*, 3, 35-38.

Van Nieuwenhuijzen, M., & Vriens, A. (2012). (Social) Cognitive skills and social information processing in children with mild to borderline intellectual disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 33, 426-434.

Van Nieuwenhuijzen, M., Bijman, E., Lamberix, I., Wijnroks, L., Orobio de Castro, B., Vermeer, A., & Matthys, W. (2005). Do children do what they say? Responses to hypothetical and real-life social problems in children with mild intellectual disabilities and behaviour problems. *Journal of Intellectual Disabilities Research*, 49, 419-433.

Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Van Aken, M., & Matthys, W. (2009). Impulse control and aggressive response generation as predictors of aggressive behaviour in children with mild intellectual disabilities and borderline intelligence. *Journal of Intellectual Disability Research*, 53, 233-242.

Van Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B., Van der Valk, I., Wijnroks, L., Vermeer, A., & Matthys, W. (2006). Do social information processing models explain aggressive behaviour by children with mild intellectual disabilities in residential care? *Journal of Intellectual Disability Research*, 50, 801-812.

Van Nieuwenhuijzen, M., Vriens, A., Scheepmaker, M., Smit, M., & Porton, E. (2011). The development of a diagnostic instrument to measure social information processing in children with mild to borderline intelligence. *Research in Developmental Disabilities*, 32, 358-370.

Verbruggen, J., Blokland, A. & Geest, V.R. van der (2011). Werk, werkduur en criminaliteit. Effecten van werk en werkduur op criminaliteit in een hoogrisicogroep mannen en vrouwen van 18 tot 32 jaar. *Tijdschrift voor Criminologie*, 53, 116-139.

Willner, P., Jones, J., Tams, R., & Green, G. (2002). A randomised controlled trial of the efficacy of a cognitive-behavioural anger management group for clients with learning disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 15, 224-235.

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



The logo for Trajectum, featuring the word "trajectum" in a lowercase, purple, sans-serif font. A small, stylized green and yellow icon is positioned above the letter 'j'.

trajectum