

# **Programmahandleiding Grip op Agressie (GoA)**

BEHANDELPROGRAMMA VOOR MENSEN  
MET EEN LICHT VERSTANDELIJKE BEPERKING  
EN ERNSTIG AGRESSIEF (DELICT)GEDRAG



**trajectum**

© Juli 2013 Trajectum en Van Montfoort.

Grip op Agressie, het behandelprogramma voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstig agressief (delict)gedrag, is ontwikkeld en geïmplementeerd in Trajectum. Het programma is, in opdracht van Trajectum, beschreven door Van Montfoort in nauwe samenwerking met het Kenniscentrum van Trajectum. Trajectum is een instelling voor behandeling en begeleiding van sterk gedragsgestoorde mensen met een lichte verstandelijke beperking en onbegrepen en risicovol gedrag. Voor het beschrijven van de interventies is een subsidie verleend door het programma Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ).

Drs. H. Niehoff (Trajectum) (red.).

Stichting Trajectum  
Centraal Kantoor  
Hanzeallee 2  
8017 KZ Zwolle  
Tel.: 0561-422374  
hniehoff@trajectum.info  
www.trajectum.info

Van Montfoort  
Houttuinlaan 4  
3447 GM Woerden  
Tel.: 0348 48 12 00  
info@vanmontfoort.nl  
www.vanmontfoort.nl



## Inhoudsopgave

<b>Samenvatting Grip op Agressie (GoA) .....</b>	<b>5</b>
<b>1 Inleiding.....</b>	<b>8</b>
<b>2 Algemene opzet behandelprogramma Grip op Agressie.....</b>	<b>10</b>
2.1 Programmadoelen en interventies van behandelprogramma GoA.....	10
2.2 Modulair aanbod GoA binnen gefaseerde klinische behandeling .....	11
2.3 Balans draagkracht en draaglast en vaardigheden vergroten per module .....	13
2.3.1 Balans tussen draagkracht en draaglast: contextuele ondersteuning.....	13
2.3.2 Vergroten van vaardigheden .....	13
2.3.3 Korte beschrijving modules en training sociale vaardigheden .....	13
2.4 Duur en intensiteit van het programma.....	16
2.5 Huiswerkopdrachten.....	17
2.6 Groepsgrootte en groepssamenstelling .....	18
2.7 Trainer en co-trainer.....	18
2.8 Registratie, rapportage, evaluatie van het geleerde en afronding modules .....	19
2.9 Randvoorwaarden m.b.t. aanwezigheid, opdrachten, motivatie voor behandeling en uitsluiting .....	20
2.10 Programma-integriteit en responsiviteit: aansluiting bij de individuele cliënt .....	20
2.11 Generalisatie en behoud van de geleerde vaardigheden.....	22
2.12 Afronding van modules en monitoring van het geleerde.....	23
2.13 Continuïteit en nazorg na afronding van het programma .....	23
2.14 Aanvang van het behandelprogramma voor de deelnemer .....	25
2.15 Generalisatie van het geleerde binnen het sociotherapeutisch milieu .....	25
2.15.1 Inleiding .....	25
2.15.2 Fasegewijs aanbod .....	26
2.15.3 Fasen en inhoud.....	26
2.15.4 Aanvullende trainingen en therapieën.....	28
2.15.5 Theoretische onderbouwing .....	29
2.16 Parallel te volgen training sociale vaardigheden.....	30
2.16.1 Doelen en toetsing van de training sociale vaardigheden.....	31
2.16.2 Voorwaarden aan de training sociale vaardigheden .....	31
<b>Referenties.....</b>	<b>34</b>

## Voorwoord

Trajectum Noord, voorheen Hoeve Boschoord, heeft vanaf 2001 een ontwikkeling doorgemaakt bij de behandeling van cliënten met ernstige agressieproblematiek. De instelling heeft voor deze doelgroep een gespecialiseerd behandelprogramma samengesteld, dat het uiteindelijke resultaat is van een langdurige en intensieve samenwerking tussen behandelaars en de afdeling onderzoek van Trajectum.

De ontwikkeling van het behandelprogramma Grip op Agressie is tot stand gekomen op basis van inzichten vanuit wetenschappelijk onderzoek, praktijkervaringen van Trajectum bij de behandeling van ernstig agressief (delict)gedrag en het programma "Minder vaak uit de bocht" van Gert Jan Verberne en Wilmien Verzijl.

Aan de ontwikkeling van het behandelprogramma hebben veel mensen bijgedragen. Anke ten Wolde, Brenda Hesper, Klaus Drieschner en Robert Didden van het Kenniscentrum van Trajectum hebben bijgedragen aan de wetenschappelijke verantwoording en het uitvoeren van effectonderzoek. Pieter Schut, Manon Begeer en Tjerk Jan Haga hebben een bijdrage geleverd aan de ontwikkeling van de module Herkennen van gevoelens 2 (drama), Jaap van Belzen heeft in samenwerking met vaktherapeuten van de Borg gezorgd voor de ontwikkeling van de module Herkennen van gevoelens 1 (PMT), Johan Bakker heeft de module delictscenario samengesteld, Walter Rosen en Egbert Hendriksen hebben als gespecialiseerde trainers de deelnemersboeken gemaakt van de modules Omgaan met boosheid en agressie 1 en 2, en Herkennen van gedachten en Hilde Niehoff heeft de programmahandleidingen gemaakt van Omgaan met boosheid en agressie 1 en 2, alsook de module terugvalpreventie en de module Herkennen van gedachten. Vanuit haar functie als programmaleider heeft zij vanuit Trajectum het ontwikkelingstraject voor Grip op Agressie gesuperviseerd en bijgedragen aan de organisatie en inhoudelijke ontwikkeling van dit behandelprogramma voor mensen met een lichte verstandelijke beperking en ernstig agressief (delict)gedrag.

Drs. Hilde Niehoff  
Programmaleider

## Samenvatting Grip op Agressie (GoA)

Trajectum<sup>1</sup> is een instelling voor behandeling en begeleiding van sterk gedragsgestoorde mensen met een lichte verstandelijke beperking (LVB) en onbegrepen en risicovol gedrag. Voor cliënten met ernstig agressief (delict)gedrag heeft Trajectum het behandelprogramma Grip op Agressie (GoA) ontwikkeld. De belangrijkste doelstelling van dit programma is het verminderen en het voorkomen van ernstig agressief (delict)gedrag. De interventie is geïndiceerd voor cliënten vanaf 18 jaar met een TBS, PIJ, RM (justitiële maatregel) en vrijwillig opgenomen sterk gedragsgestoorde cliënten met een LVB en onbegrepen en risicovol agressief gedrag. GoA is ontwikkeld voor de klinische behandelafdelingen. Het programma duurt ongeveer twee jaar en is opgebouwd uit zeven met elkaar samenhangende modules, die aansluiten op het sociotherapeutisch milieu. Daarnaast is een training 'sociale vaardigheden' onderdeel van het klinisch behandel aanbod. Het sociotherapeutisch milieu komt tot uiting in de begeleiding en bejegening van cliënten bij wonen, werken en vrijetijdsbesteding. GoA wordt geïntegreerd in het dagelijks leven. Het samenleven en de dagelijkse routine worden gebruikt als oefen- en leersituaties. Vanuit het sociotherapeutisch milieu vindt daarbij ondersteuning plaats om de balans tussen draagkracht en draaglast van de cliënt in evenwicht te brengen.

Mensen met een LVB hebben vaak bijkomende psychiatrische, medische en sociaal-maatschappelijke problemen. De LVB en de bijkomende problematiek kunnen resulteren in gedragsproblemen, zoals agressief (delict)gedrag. Personen met een LVB en ernstig agressief gedrag zijn minder accuraat in het interpreteren van sociale situaties en ervaren een gebeurtenis eerder als bedreigend of onrechtvaardig, hetgeen samenhangt met een hoog arousalniveau (spanning). Daarnaast genereren ze meer agressieve oplossingen voor probleemsituaties, zijn ze minder goed in staat de consequenties van deze oplossingen te evalueren, hebben ze minder zelfcontrole en laten ze tekorten in sociale vaardigheden zien.

GoA is erop gericht de genoemde tekorten die leiden tot ernstig agressief (delict)gedrag op te heffen door specifieke vaardigheden en inzicht bij deelnemers te vergroten. Hiertoe bestaat GoA uit zeven met elkaar samenhangende modules die worden geboden naast een sociale vaardigheidstraining. In de GoA-modules staat het werken met de zogeheten 5 G's (Gebeurtenis – Gedachte – Gevoel – Gedrag – Gevolg) centraal. In de eerste drie modules (Herkennen van gevoelens 1 en 2 en Herkennen van gedachten) leert de cliënt zijn eigen signalen van arousal te herkennen en leert hij vaardigheden om deze te verminderen. De cliënt leert wat gedachten zijn die te maken samenhangen met boosheid en agressief gedrag, en op welke manier hij zijn gedrag kan beïnvloeden. De cliënt wordt geleerd om een verbinding te leggen tussen gevoelens, gedachten en gedrag. Binnen

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

module 4 en 6 (Omgaan met boosheid en agressie 1 en 2) leert de cliënt wat onder agressief gedrag en boosheid wordt verstaan en hoe hij boosheid (als emotie) bij zichzelf kan herkennen.

In deze twee modules worden de vaardigheden uit de voorgaande modules uitgebreid. Hierbij wordt gebruik gemaakt van het individuele Deelnemersboek, werkbladen, beeldmateriaal, de Spanningsthermometer en de Spanningspiramide, de Eerste Hulp Kaart en het Signaleringsplan waarin de opbouw van arousal geformuleerd is, met daaraan gekoppeld de acties van de cliënt zelf en de begeleiders om het niveau van arousal te verlagen. In module 5 (Delictscenario) wordt het delict en/of het agressieve gedrag van de individuele cliënt geanalyseerd. Hierbij wordt gekeken naar de schakels (Gebeurtenis, Gedachten, Gevoelens, Gedrag) die binnen de agressieketen hebben geleid tot het probleemgedrag. Tevens wordt geïnventariseerd welke gebeurtenissen boosheid en agressief gedrag uitlokken. De module Terugvalpreventie is de zevende en laatste module van GoA. Gebeurtenissen die een verhoogde arousal bij de cliënt hebben veroorzaakt worden door de cliënt ingebracht en geanalyseerd met de trainers. Aan de hand van de geanalyseerde gebeurtenissen wordt in deze module gewerkt aan het voorkomen van terugval in de toekomst.

GoA is gericht op het ontwikkelen van vaardigheden en op het versterken van protectieve factoren bij de cliënt. Tijdens het programma heeft de cliënt op de leefgroep te maken met een sociotherapeutisch milieu waarbinnen hij/zij oefent met nieuwe vaardigheden. Het samenleven en de dagelijkse routine worden gebruikt als oefen- en leersituaties. Momenten die zich daarvoor lenen worden gecreëerd en aangegrepen om met de cliënt vaardigheden te oefenen die hij in de GoA-modules leert. Nauwe afstemming met het sociotherapeutisch milieu is belangrijk om de generalisatie van geleerde vaardigheden te bevorderen. Werken aan vaardigheden via GoA en het bieden van de aangepaste contextuele ondersteuning zijn aanvullende componenten. Contextuele ondersteuning vindt aanvankelijk plaats binnen het sociotherapeutisch milieu van de leefgroep. Gaandeweg vindt de sociotherapeutische ondersteuning plaats in een context met meer vrijheden. Ondersteuning zal bij de cliënten uit de doelgroep altijd met een zekere intensiteit nodig zijn. Bij het organiseren van nazorg na de klinische behandeling is (blijvende) ondersteuning voor de GoA-vaardigheden daarom belangrijk. Overdracht van de gewenste begeleidingsstijl en het voor de cliënt opgestelde Signaleringsplan voor de begeleiders van de vervolgvoorziening of woonvorm na afronding van het programma maken ook deel uit van het programma.

GoA is implementeerbaar binnen (forensische) behandelinstellingen voor personen met een LVB en ernstig agressief (delict)gedrag. Voorwaarde voor implementatie is een klinisch behandel aanbod met tenminste een observatie- en diagnostiecfase. Binnen deze periode wordt door middel van observatie en zo nodig nader diagnostisch onderzoek besloten of de cliënt voldoet aan de inclusiecriteria. Daarnaast dient ook sprake te zijn van het hierboven beschreven sociotherapeutisch milieu en een aanbod van training in sociale vaardigheden.

Voor GoA is een handleidingenset ontwikkeld, bestaande uit een Theoriehandleiding met de verantwoording en onderbouwing voor het behandelprogramma, een Programmahandleiding voor de trainers (inclusief Deelnemersboeken en -bladen), de Opleidingshandleiding voor opleiders van trainers, de Beoordelings- en evaluatiehandleiding voor trainers en onderzoekers, de Managementhandleiding en de Samenvatting met leeswijzer.



## 1 Inleiding

De programmahandleiding begint met een beschrijving van de algemene opzet en kenmerken van behandelprogramma GoA. Hierbij wordt regelmatig verwezen naar de andere handleidingen van GoA, waarmee deze handleiding een geheel vormt. Na de algemene opzet volgt een uitgebreide beschrijving van de zeven modules van GoA. Elke module begint achter een gekleurd tabblad. Tijdens de trainersopleiding GoA wordt uitgebreid aandacht besteed aan de wijze waarop het programma dient te worden aangeboden aan de deelnemers.







**trajectum**

Programmahandleiding Grip op Agressie

## 2 Algemene opzet behandelprogramma Grip op Agressie

### 2.1 Programmadoelen en interventies van behandelprogramma GoA

Met behulp van GoA wordt gestreefd naar een vermindering en het voorkomen van agressief (delict)gedrag. Om dit te kunnen realiseren zijn er voor GoA op basis van een verklaringsmodel (zie Theoriehandleiding hoofdstuk 2) zes programmadoelen geformuleerd (zie ook Tabel 1). Om deze programmadoelen te kunnen behalen wordt gebruik gemaakt van cognitieve gedragstherapie (zie Theoriehandleiding Hoofdstuk 3).

De componenten die deel dienen uit te maken van een cognitief gedragstherapeutisch programma bij agressief gedrag bij personen met een LVB hebben geleid tot de keuzes voor interventies binnen het behandelprogramma GoA (zie Tabel 1). Door GoA aan te laten sluiten op het basisbehandelaanbod, waarvan het sociotherapeutisch milieu (zie §2.15) een centraal element is, wordt ervoor gezorgd dat de behandeling plaatsvindt binnen contextueel perspectief.

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

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

### *Aandacht voor responsiviteit*

Voor het uitvoeren van cognitief gedragstherapeutische interventies (zie Theoriehandleiding hoofdstuk 3) is het belangrijk in ruime mate aandacht te besteden aan de responsiviteit. In de Theoriehandleiding (hoofdstuk 1) worden de cognitieve tekorten besproken, die we gemiddeld genomen tegenkomen bij personen met een LVB. De belangrijkste praktische aandachtspunten waarmee bij het vormgeven van interventies voor personen met een LVB rekening wordt gehouden met deze tekorten worden hieronder kort benoemd. Hierbij is gebruik gemaakt van een literatuuroverzicht van DesNoyers Hurley e.a. (1998) over aandachtspunten die cruciaal zijn voor het vormgeven van effectieve cognitief gedragstherapeutische programma's voor personen met een LVB. De inzichten die dit literatuuroverzicht opleverde zijn aangevuld met de handreikingen voor programma's voor delinquentie onder jeugdigen met een LVB (Boertjes & Lever, 2007). 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 de aandacht voor:

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

Tijdens de trainersopleiding GoA (dagdeel 3) wordt het principe "responsiviteit" nader toegelicht en worden de trainers getraind om responsief te handelen.

## **2.2 Modulair aanbod GoA binnen gefaseerde klinische behandeling**

GoA wordt gegeven in fase 2 en 3 van de klinische behandeling, nadat de cliënt fase 1 van de behandeling (observatie en diagnostiek) heeft doorlopen (zie ook §2.15) en Theoriehandleiding hoofdstuk 1). GoA is opgebouwd uit zeven modules, die groepsgewijs worden gegeven buiten de leefgroep (zie Figuur 1 en §2.3). Tegelijkertijd is GoA nauw verbonden met het sociotherapeutisch milieu binnen de leefgroep. Het sociotherapeutisch milieu en de relatie met GoA worden toegelicht in §2.15 en in de Theoriehandleiding (hoofdstuk 1). De GoA-modules worden gelijktijdig doorlopen met de training sociale vaardigheden (zie §2.16), die minimaal eens per twee weken plaatsvindt als vast onderdeel van GoA. De vaardigheden die in de training sociale vaardigheden worden geleerd, worden ook tijdens de bijeenkomsten van de zeven modules van GoA geoefend.

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

*Figuur 1. Gefaseerd aanbod GoA-modules.*

GoA-module 1, 2 en 3 zijn educatieve modules, die de cliënt voorbereiden op de modules erna. In module 4 t/m 7 leren de cliënten de in de educatieve modules 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 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 §2.4 en §2.5). Ook het Eindverslag met de evaluatie van de programmadoelen (zie §2.12) moet door de trainer tenminste als voldoende zijn beoordeeld. Deze evaluatie vindt plaats op de moduledoelen, die allemaal zijn afgeleid van de besproken programmadoelen (zie Theoriehandleiding §2.3). Voor een overzicht van de moduledoelen per programmadoel, zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding Bijlage 9.

De opeenvolgende fasen binnen de klinische behandeling worden gekenmerkt door een stapsgewijs afnemend niveau van (ruimtelijke) beveiliging (voor meer uitleg, zie §2.15). Module 1 t/m 5 van GoA vinden plaats in fase 2 van het klinische behandelaanbod, de fase waarin 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 plaats in fase 3 van het klinische behandelaanbod. In deze fase neemt de bewegingsvrijheid toe, hetgeen de kans op risicosituaties vergroot. 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 sociotherapeutisch milieu (zie §2.15) en Theoriehandleiding hoofdstuk 1).

In fase 4 en 5 van de klinische behandeling zijn de GoA-modules afgesloten. De geleerde vaardigheden worden in deze fasen beoordeeld en getoetst in een (open) context met meer vrijheden en verantwoordelijkheden. Begeleiding vindt plaats in de vorm van nazorg (zie §2.13). 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 §2.15).

## 2.3 Balans draagkracht en draaglast en vaardigheden vergroten per module

### 2.3.1 Balans tussen draagkracht en draaglast: contextuele ondersteuning

GoA streeft naar het verbeteren van de met agressie samenhangende cognitieve en praktische vaardigheden (zie programmadoelen in §2.1). Sommige situaties (stressoren) en vaardigheden blijven voor de cliënten uit de doelgroep echter altijd lastig vanwege het (blijvend) beperkte leervermogen. Behandeling van agressief (delict)gedrag bij personen met een LVB vindt daarom enerzijds plaats door de competentie (draagkracht) van de cliënt te vergroten via het werken aan de programmadoelen. Anderzijds worden protectieve factoren vergroot: te grote eisen (stressoren) vanuit de context worden verlaagd (draaglast), 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. Cliënten aan wie te hoge eisen worden gesteld, zullen niet gemotiveerd zijn tot gedragsverandering. Worden te hoge eisen door de context afdoende ondervangen, dan ontstaat ruimte voor de cliënt om zijn vaardigheden te vergroten. De cliënt leert pas vaardigheden wanneer hij geen stress – als gevolg van hoge eisen – ervaart. Werken aan vaardigheden via GoA en het bieden van de juiste contextuele ondersteuning zijn daarom aanvullende componenten. Contextuele ondersteuning vindt in fase 2 van de klinische behandeling (GoA-module 1 t/m 5) actief plaats binnen het sociotherapeutisch milieu. In fase 3 van de klinische behandeling (GoA-module 6 en 7) vindt sociotherapeutische ondersteuning plaats in een context met meer vrijheden (zie §2.2 en §2.15). Gedurende de klinische behandeling wordt de contextuele ondersteuning vanuit het sociotherapeutisch milieu vervolgens steeds meer afgebouwd. Ondersteuning zal bij de doelgroep echter altijd met een zekere intensiteit nodig zijn. Bij de resocialisatie (fase 4) en de nazorg (fase 5) is het bieden en organiseren van (blijvende) ondersteuning voor de GoA-vaardigheden daarom een belangrijk onderwerp van aandacht (zie §2.13).

### 2.3.2 Vergroten van vaardigheden

Het verminderen van agressief (delict)gedrag staat in GoA centraal. Elke GoA-module draagt hieraan bij door via de moduledoelen te werken aan de programmadoelen (zie voor uitwerking van de programmadoelen in moduledoelen Beoordelings- en evaluatiehandleiding Bijlage 9). De basis van de modules wordt gevormd door de cognitief gedragstherapeutische interventies die in §2.1 per programmadoel zijn samengevat. Bij de vormgeving zijn daarnaast de in §2.1 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 ter motivatie met de afronding van elke module een certificaat behalen.

### 2.3.3 Korte beschrijving modules en training sociale vaardigheden

Hieronder volgt een korte beschrijving van de inhoud van de modules en de training sociale vaardigheden. In Tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de interventies die binnen de modules plaatsvinden. Deze interventies zijn afgeleid van de programmadoelen (zie Tabel 1).

### *Module 1. Herkennen van gevoelens 1*

Het doel van deze module is dat de cliënt zijn eigen signalen en gevoelens van spanning kan herkennen. Lichamelijke spanning en ontspanning staan hierbij centraal. Eveneens wordt binnen deze module stilgestaan bij de verbinding tussen gevoelens, gedachten en gedrag. Vaardigheden worden aangeleerd en geoefend, bijv. op het gebied van grenzen aangeven, afstand en nabijheid, confronteren en oplossingsstrategieën bij verhoogde spanning benoemen en uitvoeren.

### *Module 2. Herkennen van gevoelens 2*

In deze module staat tevens het herkennen van gevoelens centraal. Door middel van diverse oefeningen wordt de cliënt geleerd zijn gevoelens te herkennen. Naast de gevoelens als bang, blij, beschaamd en bedroefd ligt de nadruk op het herkennen van het gevoel 'boos'.

### *Module 3. Herkennen van gedachten*

Binnen deze module leert de cliënt wat gedachten zijn. De cliënt wordt geleerd dat gedachten samenhangen met hoe je je gedraagt. Ook wordt stilgestaan bij de samenhang tussen negatieve gedachten enerzijds en gevoel en gedrag anderzijds. Negatieve gedachten en helpende gedachten en de mogelijke gevolgen hiervan op het gedrag en de gevoelens worden uiteengezet.

### *Module 4. Omgaan met boosheid en agressie 1*

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

### *Module 5. Delictscenario*

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

### Module 6. Omgaan met boosheid en agressie 2

Eerder behandelde thema's, zoals gebeurtenis, gedachten, gevoel, gedrag en gevolg, staan wederom centraal. Er wordt geoefend met het toepassen van de Spanningspiramide, het Signaleringsplan en de Spanningsthermometer. Probleemoplossende vaardigheden worden veelvuldig uitgewerkt middels rollenspelen en videomateriaal/fragmenten.

### Module 7. Terugvalpreventie

Dit is de laatste module. Gebeurtenissen die spanning bij de cliënt hebben opgeleverd worden door de cliënt ingebracht. Een gebeurtenis wordt geanalyseerd door het formuleren van gevoelens, gedachten, gedrag en gevolgen. De cliënt geeft bovendien de ernst en intensiteit van de gevoelens een cijfer. Bij de gevolgen wordt naderhand gekeken of deze spanning verminderend of verhogend was. Ook wordt er gekeken of de gedachten helpend waren of juist negatief.

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

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

Module	Interventies per module
5. Delictscenario	Opstellen van provocatie-scenario's Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) Monitoren van agressief gedrag
6. Omgaan met boosheid en agressie 2	Herkenning van arousal Herkenning van agressie-uitlokkende percepties, gedachten en gevoelens Cognitieve herstructurering Ontspanningstechnieken Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) (signaleringsplan) Zelfinstructie Sociale en assertieve vaardigheidstraining Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) Monitoren van agressief gedrag
7. Terugvalpreventie	Cognitieve herstructurering Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) Zelfinstructie Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) Monitoren van agressief gedrag
Parallele training: sociale vaardigheden	Sociale en assertieve vaardigheidstraining Zelfinstructie Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) Monitoren van agressief gedrag

*Parallele training sociale vaardigheden (als onderdeel van sociotherapeutisch milieu)*

De parallelle training 'sociale vaardigheden' (zie §2.16) wordt gedurende het gehele behandelprogramma GoA aangeboden als onderdeel van het sociotherapeutisch milieu. Aanvankelijk wordt gestreefd naar imitatie van (delen van) het sociale gedrag dat door de sociotherapeuten wordt getoond. Geleidelijk worden aan de cliënt hogere eisen gesteld, d.w.z. in toenemende mate worden complexere vaardigheden verlangd. De rollenspelsituaties zullen in moeilijkheidsgraad toenemen en er zal een verschuiving plaatsvinden van imitatie naar meer persoonlijke invulling van deze aan te leren vaardigheid in door de cliënt zelf aangedragen relevante situaties. Doel van deze training is het aanleren van sociale vaardigheden, het vergroten van zelfkennis en het vergroten van het zelfvertrouwen in de omgang met anderen.

## 2.4 Duur en intensiteit van het programma

Het totale behandelprogramma GoA duurt 2 jaar. Deze duur geeft de cliënt de mogelijkheid veel te oefenen en te herhalen. Tevens maakt de relatief lange duur het mogelijk dat de nieuw te leren inzichten en vaardigheden in kleine stukjes kunnen worden aangeboden, voordat ze in groter geheel kunnen worden geïntegreerd. Daarnaast maakt deze duur het mogelijk dat de nieuwe vaardigheden aanvankelijk kunnen worden toegepast in een



sterk beveiligde omgeving en vervolgens in toenemende mate in een omgeving met meer bewegingsvrijheid (zie §2.15). Dit sluit aan bij de leerstijl van cliënten met een LVB.

Gedurende het gehele GoA-programma vinden voor module 1 tot en met 7 in totaal 100 bijeenkomsten van 90 minuten plaats (zie Tabel 4). Na de meeste bijeenkomsten krijgt de deelnemer ook huiswerk mee, hiervoor zijn per keer 30 minuten gereserveerd. Parallel aan de modules wordt de training sociale vaardigheden gevolgd (zie §2.16).

**Tabel 4. Modules GoA en tijdsinvestering voor deelnemers GoA**

Module	Duur in maanden	Aantal bijeenkomsten, huiswerk en tijdsduur
1. Herkennen van gevoelens 1	4	15 bijeenkomsten van 90 minuten 10 x huiswerkopdrachten van 30 minuten
2. Herkennen van gevoelens 2	4	15 bijeenkomsten van 90 minuten 14 x huiswerkopdrachten van 30 minuten
3. Herkennen van gedachten	4	11 bijeenkomsten van 90 minuten 10 x huiswerkopdrachten van 30 minuten
4. Omgaan met boosheid en agressie 1	3	16 bijeenkomsten van 90 minuten 15 x huiswerkopdrachten van 30 minuten
5. Delictscenario	6	16 bijeenkomsten van 90 minuten 15 x huiswerkopdrachten van 30 minuten
6. Omgaan met boosheid en agressie 2	3	11 bijeenkomsten van 90 minuten 10 x huiswerkopdrachten van 30 minuten
7. Terugvalpreventie	4	16 bijeenkomsten van 90 minuten 15 x huiswerkopdrachten van 30 minuten

Door aandacht te besteden aan de principes van responsiviteit (zie §2.1 en §2.10), generalisatie en behoud van geleerde vaardigheden in het sociotherapeutisch milieu (zie §2.15) wordt de intensiteit van het programma, in meerdere contexten en over langere duur, sterk vergroot.

## 2.5 Huiswerkopdrachten

In GoA zijn per bijeenkomst huiswerkopdrachten voor cliënten opgenomen. Het gaat in module 3, 4, 6 en 7 (Herkennen van gedachten, Omgaan met boosheid en agressie 1 en 2, en Terugvalpreventie) om specifieke huiswerkopdrachten die de cliënt samen met zijn persoonlijk begeleider binnen de leefgroep voorbereidt. Deze huiswerkopdrachten, die voor de cliënt zijn uitgewerkt in het individuele Deelnemersboek (zie voor de huiswerkopdrachten verderop in deze handleiding bij de modules achter elke bijeenkomstbeschrijving), worden in de volgende bijeenkomst besproken. In de andere modules gaat het om het oefenen van nieuwe vaardigheden door de cliënt op de leefgroep. Herhaling van hetgeen in de bijeenkomsten is geleerd staat hier centraal. Voor het maken van huiswerkopdrachten is per keer 30 minuten gereserveerd (zie Tabel 4).

## 2.6 Groepsgrootte en groepssamenstelling

De GoA modules worden in groepsvorm gegeven. Er wordt gewerkt met kleine groepen van vier deelnemers, omdat personen met een LVB hiervan goed lijken te profiteren. Bij kleine groepen komt de individuele cliënt vaker aan bod, waardoor de stof zorgvuldig op de (programma)doelen en de manier van leren van de individuele deelnemers kan worden afgestemd. Kleine groepen geven de mogelijkheid langer bij de materie stil te staan en stof vaker te herhalen. Een kleiner aantal cliënten betekent ook dat de condities voor aandacht en informatieverwerking zo gunstig mogelijk zijn. De trainers kunnen zo bovendien goed nagaan of de deelnemers de materie hebben begrepen (zie voor een uitwerking van individuele aandacht onder 'responsiviteit' ook §2.1, §2.10, Opleiding dagdeel 3 en Bijlage 13). Door te werken met kleine groepen wordt zoveel mogelijk tegemoet gekomen aan het responsiviteitsprincipe. Procedures met betrekking tot diagnostiek in het kader van responsiviteit zijn beschreven in Managementhandleiding §2.3.

In het geval er drie deelnemers zijn en voorzien wordt dat er binnen de beperkte periode geen nieuwe aanmelding verwacht kan worden, kan de groep bij uitzondering uit drie deelnemers bestaan. Voor de inhoudelijke uitvoering van het programma heeft dit geen nadelen. De groepssamenstelling is mede afhankelijk van de ontvangen aanmeldingen. In beginsel gelden er geen beperkingen, afgezien van de gestelde selectiecriteria.

## 2.7 Trainer en co-trainer

Alle modules worden verzorgd door twee gecertificeerde trainers (zie voor taken Managementhandleiding §1.1 ). Om welk type trainers het gaat is afhankelijk van het soort module. In Tabel 3 wordt per module een overzicht gegeven van de betrokken trainers.

**Tabel 3. Modulaire opbouw GoA: modules, duur en verantwoordelijke trainers.**

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

## 2.8 Registratie, rapportage, evaluatie van het geleerde en afronding modules

### *Registratie en rapportage*

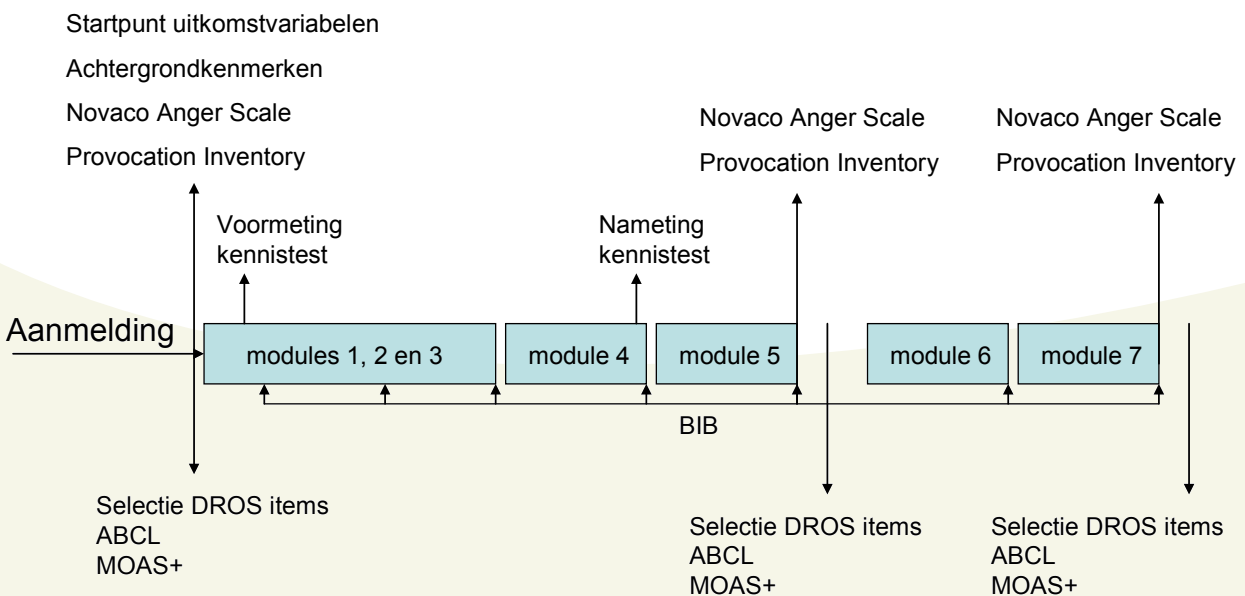
De trainers houden de aanwezigheid van de deelnemers bij op de Deelnemers- en presentielijst GoA (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding Hoofdstuk 2 en Bijlage 1). Hiernaast rapporteren ze per cliënt m.b.v. de Individuele deelnemerskaarten na elke bijeenkomst aan de behandelverantwoordelijke van de deelnemer en de persoonlijk begeleider. Aan het eind van elke module maken ze per deelnemer een individueel

Eindverslag (zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding, Hoofdstuk 2 en Bijlage 1, 2 en 4), en dragen dit over aan de behandel-verantwoordelijke van de cliënt. In dit Eindverslag worden de vorderingen op de moduledoelen beschreven, hetgeen de persoonlijk begeleider en de behandelverantwoordelijke inzicht geeft in de behandelprogressie. De progressie loopt samen op met de voortgang op de modules.

### *Evaluatie van het geleerde en afronding van modules*

De voortgang van de cliënt op de programmadoelen wordt doorlopend gemonitord, onder andere na afronding van modules met behulp van de DROS. Als onderdeel van de kwalitatieve evaluatie wordt voor de cliënt per module de Individuele deelnemersvolgkaart (zie boven) bijgehouden, waarna mede hierop gebaseerd aan het eind van elke module met de cliënt het individueel Eindverslag (zie boven) per module GoA wordt opgesteld. Dit Eindverslag geeft na afronding van de module, soms aangevuld met een toets, een beeld van het behandelresultaat van de cliënt op de moduledoelen. In de Eindverslagen wordt ook aandacht besteed aan de kwantitatieve evaluatie, die wordt uitgevoerd met behulp van verschillende meetinstrumenten, die eveneens op meerdere momenten worden afgenomen. Zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding §3.1 voor meer informatie over de beoordeling en evaluatie.

Figuur 1 geeft een overzicht van de aanmelding en het (module)verloop van GoA. Zichtbaar is wanneer de meetinstrumenten voor evaluatie van de geleerde vaardigheden worden afgenomen.



Figuur 1. Verloop GoA: aanmelding, modules en metingen.

## **2.9 Randvoorwaarden m.b.t. aanwezigheid, opdrachten, motivatie voor behandeling en uitsluiting**

Alle cliënten worden vooraf door de trainers geïnformeerd over de *aanwezigheidsplicht* en het verplicht maken van *huiswerk*. Elke cliënt mag per module maximaal twee bijeenkomsten verzuimen, onder voorwaarde dat deze bijeenkomsten individueel worden ingehaald bij de trainers van de module. Huiswerkopdrachten dienen altijd te worden gemaakt, bij afwezigheid schuift het huiswerk door naar de volgende bijeenkomst. Indien de cliënt zijn huiswerk twee keer of vaker niet heeft gemaakt, volgt uitsluiting van de module.

De cliënt moet bij verzuim zelf (ondersteund door de persoonlijk begeleider) de trainer afbellen. De persoonlijk begeleider dient de afmelding van de cliënt aan de behandelverantwoordelijke van de cliënt te bevestigen via een bericht of telefoontje. Iedere afwezigheid wordt zo gerapporteerd aan de persoonlijk begeleider en aan de behandelverantwoordelijke van de cliënt.

Als de cliënt meer dan twee keer afwezig is geweest (zoals blijkt uit de Deelnemers- en presentielijst GoA, zie §2.8) volgt een gesprek met hem, waarbij de afwezigheid wordt geanalyseerd. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de periodieke afnames van de Beoordelingslijst Inzet voor de behandeling (BIB; zie Beoordelings- en evaluatiehandleiding §2.1 en Bijlage 3) om het aandeel van de motivatie van de cliënt in kaart te brengen.

De cliënt krijgt de mogelijkheid om de achterstanden volgens afspraak in te halen. Hiertoe kunnen afspraken worden gemaakt met de trainers. Aan de hand van een kort gesprek met de cliënt, waarbij ook de resultaten op de BIB worden besproken, constateren de trainers en de cliënt in samenspraak of de cliënt hiertoe voldoende gemotiveerd is. Indien men op basis hiervan geen mogelijkheden meer ziet om de module te continueren, dan kan door de trainers in overleg met de persoonlijk begeleider, de behandelverantwoordelijke van de cliënt en de programmaleider worden besloten tot (tijdelijke) uitsluiting van GoA. Dat kan bijvoorbeeld wanneer de cliënt totaal niet gemotiveerd is of de stof van de module op dit moment wegens persoonlijke psychische of emotionele destabiliserende factoren niet tot zich kan nemen. De genoemde medewerkers besluiten ook of een uitgesloten cliënt het programma mogelijk kan voortzetten vanaf de eerstvolgende keer dat de module weer wordt aangeboden binnen de instelling. Indien daartoe wordt besloten, wordt ook vastgelegd welke voorwaarden daarbij gelden voor de cliënt. De modules worden binnen de instelling meerdere keren per jaar aangeboden om onnodige wachttijden zoveel mogelijk te minimaliseren.

## **2.10 Programma-integriteit en responsiviteit: aansluiting bij de individuele cliënt**

Bij de vormgeving van een behandelprogramma voor cliënten met een forensische achtergrond zijn de What Works- / Risk-Need-Responsivity principes (RNR; Andrews & Bonta, 2006) essentieel (zie §2.15). Voor personen met een LVB zijn de principes 'responsiviteit' en 'programma-integriteit' extra belangrijk. 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 §2.1), is voortdurende afstemming op de individuele cliënten binnen de groep essentieel. Tegelijkertijd is het belangrijk dat wordt gewerkt volgens het protocol, zoals beschreven bij de modules verderop in deze handleiding.

*Programma-integriteit: programma uitvoeren zoals bedoeld*

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

Binnen GoA wordt programma-integriteit op verschillende manieren gewaarborgd. In de eerste plaats worden trainers geselecteerd op basis van een voor GoA opgesteld competentieprofiel (zie Managementhandleiding hoofdstuk 1). 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 (een uitwerking hiervoor is opgenomen in de Opleidingshandleiding). Na afronding van de GoA-opleiding volgen de gecertificeerde trainers nascholings- en coachingsbijeenkomsten (werkbegeleiding, intervisie en supervisie), waarmee de vaardigheden van de trainers op peil worden gehouden (een uitwerking hiervan is opgenomen in de Managementhandleiding, hoofdstuk 1). Tenslotte is de basis voor het bereiken van programma-integriteit zo groot mogelijk gemaakt door alle modules en modulebijeenkomsten uit te schrijven in deze Programmahandleiding. Deze geprotocolleerde beschrijving geeft per bijeenkomst een format dat de trainers dienen te volgen, zonder dat dit ten koste gaat van hun handelingsvrijheid. De trainers moeten immers de ruimte hebben om aan te kunnen sluiten op de individuele cliënten en omstandigheden.

*Responsiviteit: aansluiten bij het individu en werken met individuele behandel-doelen*

Volgens het principe van 'responsiviteit' moet de behandeling worden aangeboden op een manier die de cliënt er optimaal van kan laten profiteren. De behandeling moet aansluiten bij de persoonlijke leerstijl en vaardigheden van de cliënt. De praktische handreikingen ten behoeve van het aanbieden van programma's voor mensen met een LVB (zie §2.1) 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 agressieregulatie. Aan het opheffen van de agressieproblematiek wordt gewerkt via de programmadoelen (zie §2.1). Niet elke cliënt binnen GoA heeft evenveel moeite met elk programmadoel. Met behulp van de in de Managementhandleiding (§2.3) beschreven procedure wordt daarom per cliënt helderheid verkregen over de nadruk die elk programmadoel moet krijgen. Cliënt A staat bijvoorbeeld, 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 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 behandeldoelen extra aandacht te besteden. Ook kunnen sociotherapeuten op de leefgroep deze vaardigheden met de cliënt extra oefenen, ondersteunen en bekrachtigen (zie ook generalisatie in §2.11 en het sociotherapeutisch milieu in §2.15). Daarnaast kan de behandelverantwoordelijke binnen haar individuele contactmomenten met de cliënt extra ondersteuning bieden aan deze specifieke vaardigheden (zie volgende paragraaf).

### **2.11 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 (Ten Wolde e.a., 2006).

Generalisatie van de binnen GoA geleerde vaardigheden wordt nagestreefd in het sociotherapeutisch milieu van de leefgroep. Hiertoe wordt gewerkt met huiswerkopdrachten (zie §2.4 en §2.5) die in de leefgroep worden gemaakt. Ook door de vormgeving van het sociotherapeutisch milieu wordt generalisatie bewerkstelligd (zie §2.15). Binnen het sociotherapeutisch milieu worden de nieuwe GoA-vaardigheden geoefend, herhaald en getoetst op adequaat gebruik binnen de natuurlijke leefomgeving. Aanvankelijk betreft dit de leefgroep waar de cliënt verblijft ('real life' tijdens GoA-module 1 t/m 5 in fase 2 van de klinische behandeling). Na verloop van tijd worden de nieuwe vaardigheden ook herhaald en getoetst binnen een omgeving met meer bewegingsvrijheid ('real life' tijdens GoA-module 6 en 7 in fase 3 van de klinische behandeling). Zo kan bij de doelgroep generalisatie van de geleerde vaardigheden naar de natuurlijke leefomgeving stapsgewijs worden bereikt. Bovendien draagt deze manier van werken bij aan de continuïteit: de GoA-vaardigheden komen niet alleen aan bod tijdens de modulebijeenkomsten, maar ook op de leefgroep.

Daarnaast wordt de 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 eenvoudiger 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.

### **2.12 Afronding van modules en monitoring van het geleerde**

Elke module wordt bij goed gevolg afgesloten met de uitreiking van een certificaat. De voortgang van de cliënt op de programmadoelen wordt hiertoe doorlopend gemonitord en soms worden er aanvullende toetsen afgenomen. Als onderdeel van de kwalitatieve evaluatie wordt voor de cliënt per module de Individuele deelnemersvolgkaart bijgehouden, waarna mede hierop gebaseerd aan het eind van elke module met de cliënt een Eindverslag module GoA wordt opgesteld. Het Eindverslag geeft na afronding van de module, soms aangevuld met een toets, een beeld van het behandelresultaat van de betreffende cliënt op de moduledoelen. In de Eindverslagen wordt ook aandacht besteed aan de kwantitatieve evaluatie, die wordt uitgevoerd met behulp van verschillende meetinstrumenten, die eveneens op verschillende momenten worden afgenomen. Zie §2.8 en Beoordelings- en evaluatiehandleiding §3.1 voor meer informatie over de toetsing en beoordeling.

Als sprake is van stagnatie of onvoldoende vooruitgang in het realiseren van bepaalde moduledoelen, dan wordt dit door de behandelverantwoordelijke vertaald naar een verdere specificering van de individuele leerdoelen (zie §2.10). 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 §2.11). 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 middels (blijvende) ondersteuning (nazorg; zie §2.13).

### **2.13 Continuïteit en nazorg na afronding van het programma**

Omdat een kenmerk van een LVB is dat deze chronisch is, is het belangrijk voor de langere termijn een ondersteunend systeem rondom de cliënt te organiseren (zie ook de balans

draagkracht en draaglast in §2.3 en §2.15). Dit kan vorm krijgen binnen een woonvorm van de instelling of daarbuiten (langdurig verblijf). Ook kan het (in verreweg de minderheid van de gevallen) gaan om een vorm van ambulante woonbegeleiding bij zelfstandige huisvesting. Afhankelijk van de mate waarin de cliënt de programmadoelen van GoA behaalt (zie §2.12), 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 (zie §2.13). 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 over hoe te handelen in bepaalde situaties of bij opkomende 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 sociotherapeutisch milieu en GoA in §2.15). 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. Vervolgens kan worden overgegaan naar de volgende fasen van de klinische behandeling, waarin resocialisatie en (algehele) nazorg centraal staan. Vanaf dat moment 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 woonvorm. 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.



## **2.14 Aanvang van het behandelprogramma voor de deelnemer**

De deelnemer krijgt van zijn persoonlijk begeleider van de afdeling enkele dagen voor aanvang van module 1 een korte introductie over het behandelprogramma GoA. Uitgelegd wordt dat hij hiervoor 7 modules gaat volgen, naast de training sociale vaardigheden. De GoA-training wordt steeds gegeven door twee trainers en de groep bestaat in principe uit 4 deelnemers. De modules bestaan uit minimaal 11 en maximaal 16 bijeenkomsten van 90 minuten.

Ter afronding van hoofdstuk twee volgt eerst een paragraaf waarin we een beschrijving geven van de basis van de klinische behandeling waarbinnen GoA wordt gegeven: het sociotherapeutisch milieu (§2.15). In de laatste paragraaf (§2.16) worden de kenmerken gegeven van training sociale vaardigheden die de deelnemers parallel aan GoA dienen te volgen.

## **2.15 Generalisatie van het geleerde binnen het sociotherapeutisch milieu**

### *2.15.1 Inleiding*

Binnen Trajectum wordt de cliënt een pakket aan sociotherapie, trainingen en therapieën geboden. De basis van de klinische behandeling van Trajectum is het sociotherapeutisch milieu, dat tot uiting komt in de begeleiding en bejegening van cliënten bij wonen, werken en vrijetijdsbesteding (zie Hesper e.a., 2011). Het sociotherapeutisch milieu is tevens de basis van GoA, en vormt daarmee de context waarbinnen GoA wordt aangeboden. GoA wordt naast het sociotherapeutisch milieu aangeboden en is er tegelijkertijd nauw mee verbonden.

Cliënten met een LVB hebben doorgaans veel moeite met het generaliseren van wat zij aan vaardigheden hebben geleerd. Dit betekent dat zij vaardigheden die zij leren tijdens de GoA-bijeenkomsten niet vanzelf toepassen in situaties buiten deze bijeenkomsten, zoals bijvoorbeeld in de leefgroep (zie Stokes & Osnes, 1989). Dit heeft tot gevolg dat generalisatie van vaardigheden ook buiten de GoA-bijeenkomsten getraind moet worden en actief moet worden bevorderd.

De generalisatie vindt plaats binnen het sociotherapeutisch milieu. Veel contact tussen de trainers van GoA en sociotherapeuten en medewerkers van arbeid en dagbesteding is daartoe noodzakelijk. De behandelverantwoordelijke en sociotherapeuten zijn op de hoogte van de inhoud van de trainingen, doelen, huiswerk, de inzet en het functioneren van de cliënt tijdens de bijeenkomsten. Allen kennen de inhoud van het behandelplan van de cliënt en zijn op de hoogte van diens behandelproces. Zij weten hoe zij de cliënt binnen de sociotherapie kunnen aanmoedigen en bekrachtigen bij het toepassen van de nieuwe vaardigheden. Op deze manier kunnen alle geleerde vaardigheden worden geoefend en herhaald op de plek waar de cliënt verblijft.

In het sociotherapeutisch milieu worden het samenleven (systeem) en de dagelijkse routine van wonen, werken en vrije tijd nadrukkelijk gebruikt als oefensituatie voor de cliënt, waarin

GoA wordt geïntegreerd in het dagelijks leven (zie Janzing & Kersten, 2004). Cliënten worden uitgedaagd om nieuw geleerde vaardigheden veelvuldig te oefenen, vooral in de leefgroep. De verbinding tussen GoA en leefgroep wordt versterkt door sociotherapeuten in te zetten als trainer of co-therapeut. De leefgroep wordt daarmee een oefen- en leersituatie, waarin momenten die zich daarvoor lenen worden gecreëerd en aangegrepen om met de cliënt vaardigheden te oefenen die hij in de GoA-modules leert. Het sociotherapeutisch milieu wordt ingezet in vijf opeenvolgende fasen.

### *2.15.2 Fasegewijs aanbod*

De klinische behandeling vindt plaats in een vijftal fasen, waarbij elke fase voortbouwt op het geleerde uit de voorgaande fase(n), met steeds nieuwe opgaven, doelen en ontwikkelingstaken voor de cliënt. De eerste drie fasen vinden plaats op een locatie van de behandelsetting, de vierde fase vindt plaats binnen een open resocialisatie-afdeling op een andere locatie, waarna uitplaatsing volgt. De vijfde en laatste fase is de nazorgfase, waarin de begeleiding in een vervolgsetting plaatsvindt en waar vanuit Trajectum een tijdlang ondersteuning en advies wordt gegeven. De vervolgsetting kan een locatie buiten Trajectum of een woonvoorziening van Trajectum betreffen.

Gaandeweg de fasen wordt een groter beroep gedaan op de zelfstandigheid en zelfsturing van de cliënt en nemen de verantwoordelijkheden en vrijheden van de cliënt stapsgewijs toe. De eisen die aan de cliënt worden gesteld, worden in de loop van de behandeling zwaarder, en de mate van bewegingsvrijheid van de cliënt neemt navenant toe. De fasen zijn duidelijk gemarkeerd (bijvoorbeeld doordat de cliënt naar een andere setting verhuist met toenemende vrijheden) zodat de vooruitgang voor de cliënt concreet zichtbaar is en zijn of haar motivatie om een volgende fase te bereiken wordt bevorderd.

### *2.15.3 Fasen en inhoud*

De fasen van de klinische behandeling verschillen wat betreft inhoud en bewegingsvrijheid, waarbij fase 1 tot en met 3 worden gekenmerkt door een stapsgewijs afnemend niveau van (ruimtelijke) beveiliging. Vanaf fase 4 is er sprake van een open woonsetting op de resocialisatie-afdeling. Fase 5 vindt plaats in de vervolgsetting. GoA vindt plaats in fase 2 en 3 van de klinische behandeling.

#### *Fase 1: observatie en diagnostiek*

Aangezien veel cliënten 'ontregeld' en 'structuurloos' worden opgenomen, is de eerste fase erop gericht de cliënt veel structuur te bieden en de gelegenheid te geven te wennen aan het groepsgewijs verblijf op de afdeling en de stijl van bejegening door sociotherapeuten (Didden, 2010). Hij maakt tevens kennis met de onderdelen van het dagprogramma (o.a. arbeid en dagbesteding). In de eerste fase wordt de cliënt geobserveerd en wordt (aanvullende) diagnostiek gedaan en vastgesteld welke vaardigheden de cliënt wel of niet beheerst. Er is veel aandacht voor (herstel van) een aangepast dag-nachtritme, het ontwennen aan alcohol/drugs (eventueel), gezonde voeding en zelfzorg. In deze fase wordt

relatief weinig beroep gedaan op cognitieve en praktische vaardigheden van de cliënt en worden weinig systematische pogingen gedaan deze te versterken, maar ligt de nadruk op ondersteuning en sturing vanuit de omgeving (context). Conflicten en provocaties die een 'trigger' kunnen vormen voor agressief gedrag bij de cliënt worden tot een minimum beperkt. In deze fase wordt getracht de cliënt te motiveren om deel te gaan nemen aan GoA en zich te verbinden aan het sociotherapeutisch milieu.

*Fase 2: confrontatie en motivatie (start GoA)*

*Fase 3: probleemanalyse en omgaan met risico's (voortzetting GoA)*

GoA wordt aangeboden in de tweede en derde fase. De cliënt verbindt zich aan de behandeling en begint zich de vaardigheden stapsgewijs eigen te maken. De cognitieve en praktische vaardigheden die de cliënt leert binnen GoA worden al vanaf fase twee samen met sociotherapeuten geoefend in het alledaagse leven van de leefgroep en op andere plekken (o.a. arbeid en dagbesteding) binnen het therapeutisch milieu. Daartoe creëren sociotherapeuten (en medewerkers van arbeid en dagbesteding) situaties waarin de cliënt kan oefenen met nieuwe vaardigheden. Zij bekrachtigen pogingen daartoe en geven extra hulp wanneer een cliënt een vaardigheid nog niet (zelfstandig) beheerst. Datgene wat aan lesstof tijdens GoA aan bod komt, wordt tijdens geplande huiswerkopdrachten en natuurlijk voorkomende situaties veelvuldig geoefend. Ook natuurlijk voorkomende situaties die frustratie oproepen bij cliënten (bv. tijdens interacties met groepsgenoten, een geplande activiteit die niet doorgaat) grijpen de sociotherapeuten aan om met de cliënt te oefenen en hem te bekrachtigen en te stimuleren om assertieve vaardigheden te laten zien in plaats van agressieve of vermijdende vaardigheden. Door dit te herhalen binnen de verschillende plekken van het therapeutisch milieu (leefgroep, arbeid, dagbesteding) leert de cliënt stapsgewijs en door middel van veel herhaling de voor hem binnen de sociotherapeutische context geldende risicosituaties te herkennen en technieken te gebruiken die voorkomen dat hij agressief gedrag laat zien. Doordat de cliënt het voordeel van deze technieken in het dagelijks leven op de leefgroep ervaart (doordat het gebruik van deze technieken tot het gewenste resultaat leidt en doordat sociotherapeuten de cliënt positief bekrachtigen bij gebruik van de technieken), neemt zijn motivatie om nieuwe technieken te leren en te gebruiken toe.

In fase 3 van de klinische behandeling neemt, vanwege een toegenomen bewegingsvrijheid, de kans toe op allerlei risicosituaties waarbij de cliënt kan laten zien dat hij deze (her)kent en ermee weet om te gaan. Hij leert de interne (o.a. vijandige attributies) en externe (o.a. kritiek krijgen) risicofactoren kennen en ernaar te handelen, evenals de signalen van dreigende agressie. Wanneer dan toch agressief gedrag optreedt, wordt zo veel mogelijk getracht dit gedrag niet te bekrachtigen, maar uit te laten doven. Indien de (dreigende) agressie ernstig is en een risico is voor de veiligheid van de cliënt of anderen, zal volgens protocol door sociotherapeuten worden ingegrepen en de cliënt uit de situatie worden gehaald ter beveiliging van sociotherapeuten, medecliënten en de cliënt zelf.

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

*Fase 4: resocialisatie**Fase 5: nazorg*

In de vierde en vijfde fase van de klinische behandeling worden de geleerde (GoA-)vaardigheden beoordeeld en getoetst in een context met meer vrijheden en verantwoordelijkheden. Het niveau van vrijheden dat een cliënt krijgt wordt vastgesteld door het multidisciplinair team onder voorzitterschap van de behandelverantwoordelijke. Het niveau wordt opgesteld en getoetst door o.a. de verlofcommissie van Trajectum vastgesteld op basis van scores van risicotaxatie instrumenten als de HKT-30 en PCL-R, en mondt uit in een vrijhedenplan en verlofaanvraag bij het Ministerie van Veiligheid en Justitie. Indien goedgekeurd wordt een risicomangement plan opgesteld waarin de randvoorwaarden van de vrijheden staan beschreven. De voorwaarden bestaan uit regels, afspraken en controles die (dienen te) voorkomen dat de cliënt terugvalt in agressief (delict) gedrag. Dit proces wordt ook gevolgd voor cliënten die geen justitiële maatregel hebben, met het verschil dat toekenning van vrijheden gebeurt door het multidisciplinaire team.

De cliënt leert om de cognitieve en adaptieve vaardigheden in te zetten in situaties waarin hij meer vrijheden en verantwoordelijkheden heeft. Deze fase benadert sterk een 'real life' situatie. Doordat sprake is van meer bewegings- en keuzevrijheid en doordat er meer verantwoordelijkheid wordt gelegd bij de cliënt, zal het aantal risicosituaties voor agressief gedrag toenemen. De cliënt wordt uitgedaagd om zijn vaardigheden toe te passen in allerlei risicosituaties binnen en buiten het terrein van de instelling. De cliënt krijgt vrijheden die passend zijn en hij ervaart daarmee voldoende controle, ook wanneer de begeleiding 'op grotere afstand' is. Van de cliënt wordt verwacht dat hij zich daardoor houdt (en ook dat hij zich kán houden) aan afspraken en regels die zijn geformuleerd met betrokkenen. De onbegeleide vrijheden worden samen met de cliënt geëvalueerd, hetgeen informatie geeft over de door hem of haar gehanteerde sociale en assertieve vaardigheden.

In fase 4 verblijft de cliënt in een open afdeling en wordt samen met hem gezocht naar een geschikte (passend bij zijn [on]mogelijkheden) woonplek waarin hij begeleiding accepteert. Vanuit Trajectum vindt, na uitplaatsing, gedurende fase 5 nazorg plaats. 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. De intensiteit die nodig is hangt samen met de behoeften en vaardigheden van de cliënt (zie §2.3).

*2.15.4 Aanvullende trainingen en therapieën*

Naast GoA, sociotherapie, arbeid en dagbesteding worden cliënten in de klinische behandeling aanvullende trainingen (o.a. praktische vaardigheden, psycho-educatie en seksuele voorlichting) en therapieën (op indicatie: psychiatrische-, systeem- en psychotherapieën) aangeboden.

Binnen het sociotherapeutisch milieu is er bijzondere aandacht voor het verbeteren van sociale vaardigheden van cliënten. Parallel aan GoA wordt een training sociale vaardigheden

aangeboden (zie §2.16). Binnen deze training leren cliënten sociale en assertieve vaardigheden te gebruiken als ook vormen van zelfinstructie en vergroten cliënten hun inzicht in de korte en lange termijn gevolgen van agressief versus assertief gedrag. De training sociale vaardigheden is voor cliënten een vast onderdeel van GoA. De training sociale vaardigheden en de GOA vormen samen een geheel.

#### *2.15.5 Theoretische onderbouwing*

Vorm en inhoud van het therapeutisch milieu zijn gebaseerd op verschillende modellen (RNR, sociaal competentiemodel) en kaders die enerzijds richting geven aan de doelen van de behandeling en anderzijds inhoud en vorm van de behandeling en bejegening bepalen. De modellen en kaders waarop de doelen en behandeltechnieken binnen het behandelprogramma GoA zijn gebaseerd, worden toegelicht in de theoriehandleiding. Het belangrijkste model in de klinische behandeling van Trajectum is het 'RNR-model' oftewel 'Risk-Need-Responsivity-model' (Andrews & Bonta, 2006; zie verder). Een integratie van de verschillende modellen en kaders onder GoA en het RNR-model is noodzakelijk vanwege het samengaan van een groot aantal risicofactoren, vaardigheidstekorten en allerlei psychosociale problemen die we bij de doelgroep tegenkomen, en die de kans op delictgedrag verhogen (zie Hesper e.a., 2011).

De behandeling binnen Trajectum is gericht op het verminderen van risicofactoren en het versterken van beschermende factoren. Geringe competentie op een aantal met agressie samenhangende cognitieve en praktische vaardigheden is een risicofactor voor agressief (delict) gedrag (zie theoriehandleiding hoofdstuk 2). Competentie veronderstelt de aanwezigheid van vaardigheden en staat in relatie tot de eisen en stressoren vanuit de omgeving. GoA streeft naar het verbeteren van de met agressie samenhangende cognitieve en praktische vaardigheden. De aard en de ernst van bijkomende problematiek kunnen het leren van vaardigheden echter belemmeren. Sommige situaties (stressoren) zullen voor de cliënten altijd lastig blijven. Behandeling van agressief (delict) gedrag vindt daarom plaats door de competentie (draagkracht) van de cliënt te vergroten (bijvoorbeeld assertiviteit of ontspanningsvaardigheden) en tegelijkertijd door de stressoren en eisen (draaglast) vanuit de context te verminderen of weg te nemen (bijvoorbeeld door de cliënt uit zijn criminele netwerk te halen of bepaalde eisen aan zelfstandigheid te verlagen) (zie ook §2.3). De balans tussen draaglast en draagkracht is een belangrijk principe binnen het sociale competentiemodel (Slot & Spanjaard, 2009). De kans op agressief gedrag neemt af doordat de taken (draaglast) en vaardigheden (draagkracht) beter op elkaar zijn afgestemd. Vaardigheden van de cliënt en ondersteuning door sociotherapeuten zijn aanvullend. Contextuele ondersteuning wordt geboden op gebieden waar cliënten vaardigheidstekorten laten zien. Contextuele ondersteuning wordt binnen fase 1, 2, 3 en 4 steeds meer afgebouwd, maar zal bij de doelgroep altijd met een zekere intensiteit blijven bestaan. Dit geldt ook voor fase 5, de nazorg.

### *RNR-principes*

Drie principes geven richting aan de behandeling van cliënten met agressief (delict)gedrag (Ward, Melsler & Yates, 2007). Het risicoprincipe (R: risk) vereist dat de intensiteit van de behandeling is toegesneden op het risico op probleem- of delictgedrag. De behandeling moet voorts zijn gericht op en vormgegeven op basis van criminogene factoren; dat is het behoefteprincipe (N: needs). Tenslotte dient de behandeling te worden toegesneden op de kenmerken en leerstijl van de cliënt, ook wel responsiviteit (R: responsivity) genoemd. Binnen het sociotherapeutisch milieu komt dit tot uitdrukking doordat de oefenstof sterk vereenvoudigd is, oefeningen kort zijn, oefenstof veel wordt herhaald, en dat wordt gedaan op verschillende manieren en binnen verschillende situaties zodat de generalisatie van het geleerde wordt bevorderd (zie §2.1, §2.11 en §2.15). Responsiviteit betekent ook dat het 'ervaren en oefenen' (o.a. in een rollenspel) in plaats van verbale communicatie geschikt is voor cliënten met een LVB. Responsiviteit wordt nagestreefd door een balans aan te brengen tussen de vaardigheden (draagkracht) van de cliënt en het bieden van ondersteuning bij of het vermijden van stressoren vanuit de context. Dit geldt zowel binnen de klinische behandeling als bij de nazorg.

### *Effecten*

Verschillende meta-analyses hebben uitgewezen dat behandelingen op basis van RNR-principes effectief zijn (o.a. Andrews & Bonta, 2006). Voorts is aangetoond dat dynamische risicovariabelen ook bij delinquenten met een LVB recidive voorspellen (o.a. Fitzgerald e.a., 2011; Van den Berg & De Vogel, 2011) en dat het belangrijk is om zich in de behandeling op deze risicovariabelen te richten. Een behandeling dient zich te richten op medium en hoog risicocliënten, zoals cliënten opgenomen binnen Trajectum, en dient zich te focussen op de dynamische criminogene risicofactoren (Andrews & Bonta, 1998; Hollin, 1999). Voorts zijn gestructureerde behandelingen (waaronder gedragstherapie en vaardigheidsontwikkeling), als ook multimodale therapieën (behandeling gericht op gedachten, gevoelens, gedrag, behoeften en relaties) het meest effectief (zie ook theoriehandleiding, hoofdstuk 3). Tenslotte bevatten effectieve therapieën een cognitieve component met een focus gericht op het veranderen van attitudes, normen en opvattingen die agressief (delict)gedrag beïnvloeden (zie Taylor e.a., 2013).

## **2.16 Parallel te volgen training sociale vaardigheden**

GoA is opgebouwd uit zeven modules, die groepsgewijs worden gegeven. Deze zeven modules worden door de cliënt gelijktijdig doorlopen met de training sociale vaardigheden. Het verminderen van agressief (delict) gedrag staat in GoA centraal, en elke module draagt hieraan bij. Dit geldt ook voor de parallelle training 'sociale vaardigheden'. Binnen deze training worden juist de sociale vaardigheden geoefend die de cliënt helpen zich sociaal competent te gedragen. De cliënt leert de voordelen van sociaal competent of assertief gedrag boven agressief gedrag en hij leert sociaal competent gedrag toe te passen. De cliënt vergroot hiermee zijn zelfvertrouwen in sociale situaties en zal naarmate de training sociale vaardigheden vordert steeds meer geneigd zijn te kiezen voor sociaal wenselijk gedrag.

### 2.16.1 Doelen en toetsing van de training sociale vaardigheden

Cliënt verbetert zijn sociale en assertieve vaardigheden:

- Cliënt ontwikkelt sociale vaardigheden, zoals kennismaken, positief en negatief reageren, contact maken, initiatief nemen en oplossen van problemen.
- Cliënt ontwikkelt assertieve vaardigheden, zoals voor zichzelf opkomen, hulpvraag stellen.
- Cliënt kan kritiek ontvangen en geven.
- Cliënt leert samen te werken.

Toetsing:

- Ingevulde Deelnemersvolgkaart per bijeenkomst.
- Afrondend Eindverslag, opgesteld door de trainer en gericht op bovengenoemde doelen.

### 2.16.2 Voorwaarden aan de training sociale vaardigheden

Voorwaarde voor een instelling om GoA te kunnen implementeren, is dat de instelling beschikt over een training sociale vaardigheden die kan fungeren als parallelle training sociale vaardigheden in het kader van het aanbod GoA. Zoals in de Theoriehandleiding (§3.2) aangegeven, vormt het verbeteren en uitbreiden van de sociale en assertieve vaardigheden namelijk een belangrijk onderdeel voor cognitieve gedragstherapie bij agressief gedrag (Taylor & Novaco, 2005). Beschikt een instelling niet over een dergelijk aanbod, dan kan ervoor worden gekozen een beter aansluitende training sociale vaardigheden te organiseren of in te kopen.

De training sociale vaardigheden dient te voldoen aan de volgende kenmerken om te kunnen worden ingezet als parallelle training in het kader van GoA:

- Er worden gedurende de duur van GoA minimaal eens per twee weken sova-bijeenkomsten georganiseerd.
- Training sociale vaardigheden bestaat uit minimaal 52 groepsbijeenkomsten van 90 minuten.
- Per bijeenkomst worden hiernaast 30 minuten gereserveerd voor huiswerkopdrachten. Herhaling van hetgeen in de bijeenkomsten is geleerd staat hierbij centraal.
- De vaardigheden die in de training sociale vaardigheden worden geleerd, betreffen tenminste de in Tabel 5 opgenomen vaardigheden. Deze vaardigheden worden ook tijdens de bijeenkomsten van de zeven GoA-modules geoefend.
- In de training sociale vaardigheden worden de gevolgen van agressief versus assertief gedrag (op korte en lange termijn) verhelderd.
- In de training sociale vaardigheden wordt gebruik gemaakt van zelfinstructie, dat wil zeggen dat de cliënt wordt geleerd met behulp van verbale ondersteuning de stappen te doorlopen om tot sociaal competent gedrag te komen. Bijvoorbeeld in het kader van kennismaken:
  - Loop naar de ander toe.
  - Kijk de ander aan.
  - Geef de ander een (stevige) hand.
  - Zeg duidelijk je naam.
  - Luister goed naar de naam van de ander.

- In de training sociale vaardigheden vindt monitoring plaats van de frequentie, intensiteit en duur van het agressief gedrag en de gebeurtenissen die agressief gedrag uitlokken (provocaties). Zo wordt duidelijk voor welke situaties het voor de cliënt extra belangrijk is het toepassen van sociaal competente vaardigheden te oefenen.
- Er wordt gebruik gemaakt van technieken die aansluiten bij de manier waarop personen met een LVB leren. Het gaat daarbij om het gebruik van voorbeelden/rollenspellen die aansluiten bij de natuurlijke leefwereld van de cliënt (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.
- Tijdens de uitvoering van de training sociale vaardigheden wordt de persoon in toenemende mate geconfronteerd met provocerende gebeurtenissen. 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.
- 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, structuur wordt geboden, agressief gedrag niet wordt bekrachtigd en waar provocaties worden vermeden tenzij deze met een therapeutisch doel worden ingezet.





**Tabel 5. Specifieke sociale vaardigheden en subvaardigheden binnen de vereiste parallele training sociale vaardigheden.**

Sociale vaardigheid	Subvaardigheden
1. Kennismaken	Jezelf voorstellen Luisteren Praatje beginnen
2. Initiatief nemen	Iets bespreken Telefoon aannemen Zelf bellen: een afspraak maken Zelf bellen: informatie vragen
3. Positief en negatief reageren	Iemand bedanken Feliciteren Compliment geven Compliment krijgen Boosheid uiten Reageren op boosheid Teleurstelling uiten
4. Oplossen van problemen	Opkomen voor je mening Reageren als je gepest wordt Nee zeggen Excuses aanbieden Kritiek geven Kritiek krijgen Een klacht uiten Een klacht krijgen



## Referenties

- Andrews, D., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct (4th ed.)*. Newark, NJ: LexisNexis.
- Didden, R. (2010). Bejegening. In: J. Roos, R. Didden & B. Steenbergen (Red.), Vakwerk! Handboek voor begeleiders 24-uurs-zorg die werken met cliënten met een lichte verstandelijke beperking en ernstige gedragsstoornissen en/of psychiatrische aandoeningen (pp. 85-93). Utrecht: De Borg.
- Fitzgerald, S., Gray, N., Taylor, J., & Snowden, R. (2011). Risk factors for recidivism in offenders with intellectual disabilities. *Psychology, Crime and Law*, 17, 43-58.
- Hesper, B., le Grand, B., Hout, E., de Jong, M., & Didden, R. (2011). Ontwikkeling van een theoretisch kader en methodiek voor de behandeling en begeleiding binnen Trajectum. Ongepubliceerd manuscript.
- Hollin, C. (1999). Treatment programs for offenders: Meta-analysis, "What works", and beyond. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 361-372.
- Janzing, C., & Kerstens, J. (2004). *Werken in een therapeutisch milieu*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Slot, N., & Spanjaard, H. (2009). *Competentievergroting in de residentiële jeugdzorg. Hulpverlening voor kinderen en jongeren in tehuizen*. Baarn: HB Uitgevers.
- Stokes, T., & Osnes, P. (1989). An operant pursuit of generalization. *Behavior Therapy*, 20, 337-355.
- Taylor, J., Lindsay, W., Hastings, R., & Hatton, C. (Eds.) (2013). *Psychological therapies for adults with intellectual disabilities*. London: Wiley-Blackwell.
- Van den Berg, J., & De Vogel, V. (2011). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten met een lichte verstandelijke beperking: Hoe bruikbaar zijn risicotaxatieinstrumenten? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 83-93.
- Verberne, G. & Verzijl, W. (1997). Minder vaak uit de bocht: leren omgaan met spanningen. Oostrum: De Wendel/SPOT.
- Ward, T., Melder, J., & Yates, P. (2007). Reconstructing the Risk Need Responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 208-228.