

Theoriehandleiding 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).

Prof.dr. R. Didden (Trajectum)
Drs. H. Niehoff (Trajectum)
Dr. M. Valenkamp (Van Montfoort)
Dr. E. Rutten (Van Montfoort)

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

1	Inleiding.....	4
2	Verklaringsmodel en programmadoelen	7
2.1	Biopsychosociaal model als generiek verklaringsmodel van agressief gedrag	7
2.2	Dynamische risicofactoren voor agressief gedrag.....	8
2.3	Dynamische risicofactoren en programmadoelen	11
3	Veranderingsmodel	14
3.1	Cognitieve gedragstherapie	14
3.2	Cognitieve gedragstherapie bij agressief gedrag: woedebeheersing.....	15
3.3	Interventies binnen GoA	17
3.4	Responsiviteit.....	18
4	Het behandelprogramma GoA.....	19
4.1	Doelgroep en groepssamenstelling	19
4.2	Modulair aanbod GoA binnen gefaseerde klinische behandeling	20
4.3	Balans draagkracht en draaglast en vaardigheden vergroten per module	21
4.4	Duur en intensiteit van het programma.....	22
4.5	Programma-integriteit en responsiviteit	24
4.6	Generalisatie en behoud van de geleerde vaardigheden.....	26
4.7	Afronding van modules en monitoring van het geleerde.....	27
4.8	Continuïteit en nazorg na afronding van het programma	27
	Referenties.....	29



1 Inleiding

Van een lichte verstandelijke beperking (LVB) wordt gesproken bij een IQ tussen de 50 en 70 of een IQ tussen de 70 en 85 in combinatie met een verminderd sociaal aanpassingsvermogen en psychosociale problemen (AAIDD; Schalock e.a., 2010).

Mensen met een LVB laten gemiddeld genomen tekorten zien in het cognitief functioneren en ze hebben diverse problemen op sociaal vlak (voor een overzicht, zie Janssen & Schuengel, 2005). Zo is bij hen sprake van een gebrekkig korte termijn- of werkgeheugen en ze hebben moeite met generaliseren en reflecteren, waardoor ze moeilijk leren en fouten herhalen. Daarnaast hebben zij tekorten bij het sociaal perspectief nemen (zich inleven in een ander), wat het adequaat interpreteren van sociaal gedrag belemmert. Mensen met een LVB hebben over het algemeen een klein sociaal netwerk en zijn kwetsbaar voor pestgedrag van anderen. De cognitieve en sociale problemen die zij ervaren, vergroten het risico op stress. Bovendien is vaak sprake van bijkomende problemen, zoals psychiatrische en medische problematiek en problemen in de sociale of maatschappelijke context (Kaal, 2011). Kenmerkend voor mensen met LVB en bijkomende problemen is dat zij langdurige, vaak levenslange, professionele zorg nodig hebben.

De LVB en bijkomende problematiek leiden relatief vaak tot gedragsproblemen (Moonen, De Wit, & Hoogeveen, 2011). Agressief gedrag komt veelvuldig voor binnen deze groep en 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/misdrijven (Tenneij & Koot, 2006).

Trajectum is een instelling voor behandeling en begeleiding van Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapte mensen met onbegrepen en risicovol gedrag, al dan niet met een forensische achtergrond. Trajectum biedt in aanvulling op haar sociotherapeutisch milieu klinische behandelprogramma's voor specifieke doelgroepen en typen probleemgedrag, waaronder verslaving, seksueel grensoverschrijdend gedrag, psychiatrisch kwetsbaren en agressief gedrag. Voor cliënten met een LVB en ernstig agressief (delict) gedrag heeft Trajectum een behandelprogramma ontwikkeld dat is gericht op het verminderen van dit gedrag: Grip op Agressie (GoA).

GoA is geïndiceerd voor cliënten vanaf 18 jaar met een TBS, PIJ, RM of SGLVG-indicatie: het gaat zowel om cliënten met een justitiële maatregel (TBS, PIJ, RM) als om vrijwillig opgenomen (SGLVG) cliënten, aangezien agressief (delict)gedrag bij beide groepen vaak voor komt. GoA is ontwikkeld voor de klinische behandelafdelingen en beslaat per GoA-traject 2 jaar. Het programma is opgebouwd uit zeven met elkaar samenhangende modules.

Bij de ontwikkeling van GoA is uitgegaan van het sociotherapeutisch milieu van Trajectum dat alle cliënten van de klinische behandelafdelingen, ongeacht hun specifieke problematiek, wordt geboden. GoA wordt naast het sociotherapeutisch milieu aangeboden en is er tegelijkertijd nauw mee verbonden. Het sociotherapeutisch milieu komt tot uiting in de

begeleiding en bejegening van cliënten bij wonen, werken en vrijetijdsbesteding. GoA wordt hiermee geïntegreerd in het dagelijks leven. 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 in de GoA-modules leert. Voor meer uitleg over het sociotherapeutisch milieu en de verbinding met GoA, zie Programmahandleiding §2.15.

Ook een training sociale vaardigheden maakt standaard onderdeel uit van het aanbod binnen de klinische behandelafdelingen. Voor een nadere beschrijving van deze training en de verbinding met GoA, zie Programmahandleiding §2.16.

De klinische behandeling binnen Trajectum verloopt in vijf fasen. Elke fase bouwt voort op het geleerde uit de fase ervoor. Gaandeweg de fasen wordt een groter beroep gedaan op de zelfstandigheid en zelfsturing van de cliënt (zie Ten Wolde e.a., 2006). De eisen die aan de cliënt worden gesteld, worden in de loop van de behandeling zwaarder en de vrijheden nemen navenant toe. GoA vindt plaats in fase 2 en 3 van de klinische behandeling binnen Trajectum, volgend op fase 1 waarin observatie en diagnostiek centraal staan. Na afsluiting van GoA vinden in fase 4 en 5 van de klinische behandeling van Trajectum resocialisatie en nazorg plaats. Voor een verdere uitwerking van de fasen en de relatie met GoA zie §4.2 en Programmahandleiding §2.15.

GoA is implementeerbaar binnen (forensische) instellingen die behandeling bieden aan personen met een LVB. Voorwaarde voor implementatie is een klinisch aanbod met tenminste een observatie- en diagnostiekperiode voorafgaande aan de start van het behandelprogramma, het in §2.15 van de Programmahandleiding beschreven sociotherapeutisch milieu en een aanbod van een training sociale vaardigheden.





trajectum

Theoriehandleiding Grip op Agressie

2 Verklaringsmodel en programmadoelen

2.1 Biopsychosociaal model als generiek verklaringsmodel van agressief gedrag

Het biopsychosociaal model beschrijft risicofactoren 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, genetische aanleg, moeilijk temperament, impulsiviteit, aandachtsproblemen en foetale toxicatie. Daarnaast vormt ook het opgroeien in bepaalde *sociaal-culturele contexten*, zoals ongunstige sociaal-economische omstandigheden of geboren zijn bij een tienermoeder, een risico. Ook bepaalde *levenservaringen* in de interactie met ouders, leeftijdgenoten en maatschappelijke instituties (bijvoorbeeld school) kunnen een risico vormen voor de ontwikkeling van agressief gedrag. Dodge en Pettit noemen in dit verband o.a. inconsistente en strenge (vooral ook fysieke) disciplinerende, gebrek aan ouderlijke warmte, omgang met agressieve leeftijdgenoten, sociale afwijzing, gebrek aan supervisie en schooluitval. Op latere leeftijd hangen ook bijvoorbeeld middelenmisbruik (Goldstein, 1989) en werkloosheid (Verbruggen, Blokland & Van der Geest, 2011) samen met het risico op ernstig 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 met een gemiddelde of hoge intelligentie. Zo spelen bij relatief veel mensen met een LVB biologische factoren in de vorm van bepaalde ziektebeelden en syndromen (epilepsie, Prader-Willi syndroom of fragiele X-syndroom) een rol in het ontstaan van agressief gedrag (Curfs, Schrandt-Stumpel, & Didden, 2005). Problemen in de emotie- of stressregulatie zijn kenmerken van deze syndromen. Mensen met een LVB wonen daarnaast relatief vaak in achterstandsbuurten (Koolhof, Loeber, & Collot d'Escury, 2007) en groeien relatief vaak op in gezinnen met een lage sociaal-economische status (Maughan e.a., 1999). Ook hebben zij vaker problemen op het gebied van werk en opleiding (Koolhof e.a., 2007) en zijn schooluitval en werkloosheid 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 (Tenneij & Koot, 2006; Boertjes & Lever, 2007).

De bovengenoemde risicofactoren in het biopsychosociaal model betreffen aangeboren condities, sociaal-maatschappelijke factoren en ervaringen. 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. 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 behandeling dan dynamische (veranderbare) risicofactoren. 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 (2005) is 'woede' een negatieve emotie, die door de persoon wordt ervaren als een toestand van hoge psychofysiologische opwindning (arousal). De woede komt mede 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 (Lovallo, 1997), en aan de mate van zelfcontrole 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 (Taylor & Novaco, 2005). 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 dat het agressieve gedrag uitdooft.

Samengevat kunnen de dynamische risicofactoren voor ernstig 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 attituden;
- emotionele processen: woede en arousal;
- gedrag: beperkte zelfcontrole en aangeleerd reactiepatroon;
- context: provocerende gebeurtenissen en bekrachtigende reacties vanuit de omgeving.

Voor ernstig 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.

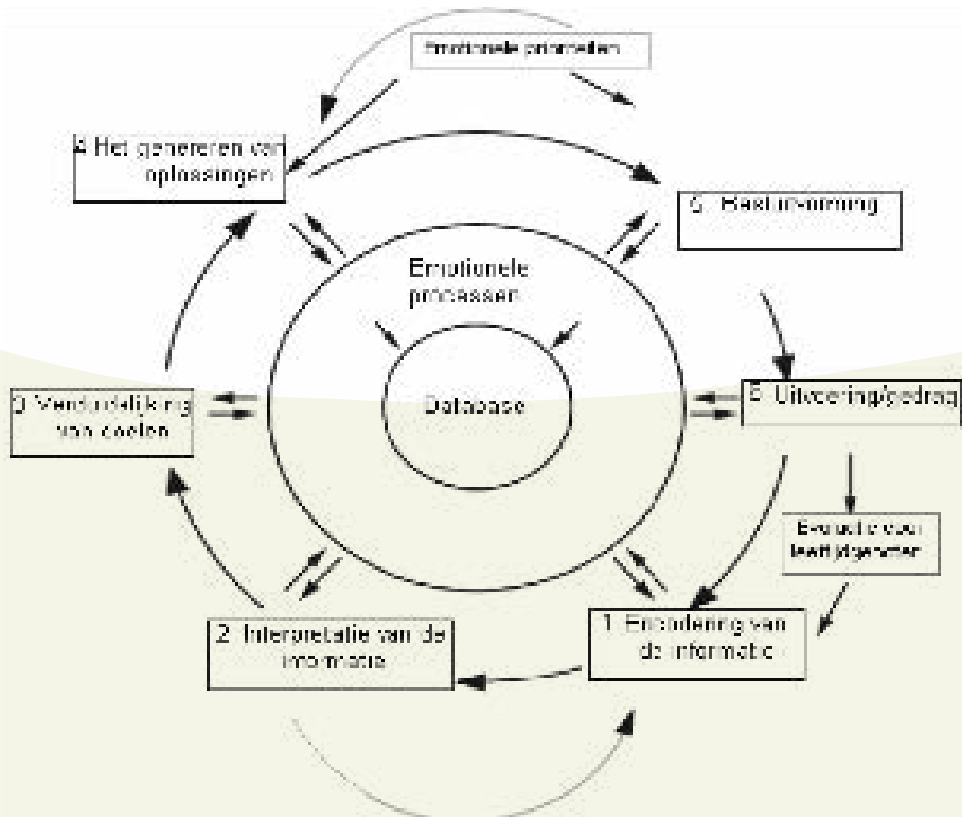
2.2.1 Sociaal informatieverwerkingsmodel: cognitie, emotie en gedrag

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

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



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

Het sociaal informatieverwerkingsmodel is uitgebreid onderzocht bij jeugdigen met een LVB, die al dan niet agressief gedrag vertonen (o.a. Van Nieuwenhuijzen, 2005; 2006; 2011; 2012; Leffert & Siperstein, 2010). Ook voor volwassenen met een LVB zijn er toenemend aanwijzingen voor de geldigheid van het model (Fuchs & Benson, 1995; Basquill, Nezu, Nezu, & Klein, 2004). 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 waren in het accuraat identificeren van andermans bedoelingen. Er leek sprake van een vijandige interpretatie door de agressieve mannen, hetgeen in overeenstemming is met de relatie die Taylor & Novaco (2005; zie 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 (Duncan e.a., 1999). 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 ernstig 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 gedrag, dus ook agressief gedrag, kan worden bekrachtigd (Bandura, 1973): de reacties vanuit de omgeving houden het agressieve gedrag in stand door negatieve en positieve bekrachtiging.

2.3 Dynamische risicofactoren en programmadoelen

Uit de voorgaande paragrafen kunnen de volgende dynamische risicofactoren bij personen met een LVB en ernstig 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 bij de keuze voor agressief gedrag;
- gedrag: tekorten in sociale vaardigheden.

Deze dynamische risicofactoren hebben voor het behandelprogramma Grip op Agressie (GoA) geresulteerd in de onderstaande programmadoelen. Het eerste programmadoel betreft een algemeen geldend doel van de behandeling:

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.

Door het bewerkstelligen van vooruitgang in de vaardigheden zoals verwoord in de programmadoelen beoogt GoA een vermindering van het agressieve (delict)gedrag.





trajectum

Theoriehandleiding Grip op Agressie

3 Veranderingsmodel

3.1 Cognitieve gedragstherapie

Dat de beïnvloeding van dynamische criminogene (risico)factoren tot vermindering van recidive leidt is o.a. aangetoond door Andrews en Bonta (1983, 1995, 1998). Hoewel er nog weinig kennis bestaat over de effecten op de lange termijn, tonen diverse studies bij niet-verstandelijk beperkte delinquenten aan dat cognitief gedragstherapeutische behandelprogramma's het meest effectief zijn in het veranderen van dynamische criminogene factoren (zie bijvoorbeeld Beenackers, 2000; De Ruiter & Veen, 2004; Glancy & Saini, 2005). Ook blijken deze programma's het meest 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 (zie ook Chitty, 2005) en de inhoud van het programma. Intensievere multimodale programma's blijken het meest succesvol in het verminderen van (gewelds)recidive. Interventies gericht op cognitieve 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.

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. 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 ook een aantal gecontroleerde niet-gerandomiseerde studies uitgevoerd (zie bijv. 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), waarbij de resultaten erop wezen dat cognitieve gedragstherapie effectief was in het verminderen van agressief gedrag.

Ook in een in 2009 uitgevoerd gecontroleerd onderzoek onder 65 delinquenten met een LVB bleek cognitieve gedragstherapie effectief in het verminderen van agressief gedrag. Het effect bleef ook na een follow-up van 12 maanden behouden (Taylor, Novaco, & Johnson, 2009). Er waren geen significante verschillen in de resultaten tussen cliënten met een verbaal IQ onder de 70 en cliënten met een verbaal IQ van 70 of hoger.

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. Hierbij zijn gunstige resultaten gevonden voor wat betreft de afname van agressief gedrag, hetgeen aannemelijk maakt dat cognitieve gedragstherapie bij deze groep effectief is.

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 (Taylor & Novaco, 2005).

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 *gedragmatige component* uit het verklaringsmodel. Arousalreductie en zelfmanagement (w.o. aandacht voor zelfcontrole, zelfmonitoring en zelfbeloning) zijn daarom volgens Taylor en Novaco (2005) 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 (sociale en assertieve vaardigheden) is daarom ook een belangrijk onderdeel van cognitieve gedragstherapie bij agressief gedrag (Taylor & Novaco, 2005).

Samengevat heeft agressief gedrag dus een cognitieve, emotionele en gedragsmatige component. Binnen de cognitief gedragstherapeutische benadering 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):

- psycho-educatie over woede, stress en agressief gedrag;
- monitoring van de frequentie, intensiteit en duur van de agressief gedrag en gebeurtenissen die agressief gedrag uitlokken (provocaties);
- opstellen van scenario's met voor de cliënt provocerende gebeurtenissen (provocatie-scenario's). Bij het opstellen van de provocatie-scenario's wordt gebruik gemaakt van de monitoringgegevens (zie onder 2). Daarnaast is het belangrijk zelfmanagementvaardigheden (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). 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) 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.

Een onderdeel van de cognitief gedragstherapeutisch benadering is ook het vergroten van de motivatie tot verandering bij de cliënt. Cognitief gedragstherapeutische programma's vereisen immers de medewerking van de cliënt. 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). 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, 2002).

Op basis van het voorgaande concluderen we dat een cognitief gedragstherapeutisch programma voor personen met een LVB en ernstig agressief 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, 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 effectiviteit van het behandelprogramma te verhogen is het niet in de laatste plaats belangrijk de motivatie tot gedragsverandering bij de cliënt te vergroten. Bij veel cliënten is de motivatie voorafgaand aan GoA beperkt. Door de vormgeving van het programma (zie §3.4) en het bieden van de juiste contextuele ondersteuning (zie §4.3) wordt de motivatie gaandeweg vergroot.

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 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

Door GoA aan te laten sluiten op het sociotherapeutisch milieu (zie Programmahandleiding §2.15) wordt ervoor gezorgd dat de behandeling plaatsvindt binnen contextueel perspectief.

3.4 Responsiviteit

In hoofdstuk 1 hebben we de cognitieve tekorten besproken, die we gemiddeld genomen tegenkomen bij personen met een LVB. In deze paragraaf worden kort de belangrijkste praktische aandachtspunten opgesomd die bij het vormgeven van interventies voor personen met een LVB rekening houden met deze tekorten. 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;
- directieve methode/benaderingswijze;
- generalisatie naar verschillende contexten;
- behoud van het geleerde.

Voor een toelichting op deze handreikingen, zie Opleidingshandleiding (Bijlage 6).



4 Het 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 §2.2 van de Managementhandleiding.

Inclusiecriteria voor cliënt:

- Plaatsing in een (forensische) behandelinstelling met een TBS, PIJ, RM of SGLVG-indicatie.
- Resterend verblijf duurt naar verwachting tenminste nog 2 jaar.
- 18 jaar of ouder.
- Een LVB.
- Agressief gedrag als primair probleemgedrag of als index-delictgedrag.
- Gemiddeld of hoog delict- of recidiverisico.

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

De GoA-modules worden in groepsvorm aangeboden. Er wordt gewerkt met kleine groepen van 4 cliënten. Zie voor onderbouwing en toelichting van de groepsgrootte en groepssamenstelling Managementhandleiding §2.4.

4.2 Modulair aanbod GoA binnen gefaseerde klinische behandeling

GoA wordt gegeven in fase 2 en 3 van de klinische behandeling, nadat de cliënt fase 1 (observatie en diagnostiek) heeft doorlopen (voor nadere uitwerking van de fasen van de klinische behandeling, zie hoofdstuk 1 en Programmahandleiding §2.15).

GoA is opgebouwd uit zeven modules, die groepsgewijs worden gegeven buiten de leefgroep (zie Figuur 2 en §4.3). Tegelijkertijd is GoA nauw verbonden met het sociotherapeutisch milieu binnen de leefgroep. Het sociotherapeutisch milieu en de relatie met GoA worden toegelicht in hoofdstuk 1 en uitgebreider in Programmahandleiding §2.15. De GoA-modules worden gelijktijdig doorlopen met de training sociale vaardigheden, die minimaal eens per twee weken plaatsvindt als vast onderdeel van GoA. Meer over de training sociale vaardigheden in relatie tot GoA staat beschreven in Programmahandleiding §2.16.

Module 1, 2 en 3	Module 4	Module 5	Module 6	Module 7
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

Parallele training sociale vaardigheden



Figuur 2. 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 Managementhandleiding §3.1 en §3.4). Ook het Eindverslag 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 zijn afgeleid van de programmadoelen (zie §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 Programmahandleiding §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 hoofdstuk 1 en Programmahandleiding §2.15).

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 §4.8). 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 Programmahandleiding §2.15).

4.3 Balans draagkracht en draaglast en vaardigheden vergroten per module

Balans tussen draagkracht en draaglast: contextuele ondersteuning

GoA streeft naar het verbeteren van de met agressie samenhangende cognitieve en praktische vaardigheden (zie programmadoelen in §2.3). 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 §4.2 en Programmahandleiding §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 §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 Bijlage 9 van de Beoordelings- en evaluatiehandleiding). De basis van de modules wordt gevormd door de cognitief gedragstherapeutische 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 ter motivatie met de afronding van elke module een certificaat behalen. Voor een beknopte beschrijving van de inhoud van de modules en de training sociale vaardigheden, zie Programmahandleiding (§2.2 en §2.16). Tabel 2 geeft aan welke van de interventies uit Tabel 1 (zie §3.3) per module worden aangeboden.

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 e.a., 1990). 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). Een overzichtstudie naar de cognitieve behandeling bij justitiabelen met een laag intelligentieniveau liet zien dat groepsbehandeling en interventies met een behandelduur van meer dan een jaar belangrijke factoren zijn om recidive te verminderen (Barron, Hassiotis, & Banes, 2002). GoA duurt 2 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 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 Programmahandleiding §2.15). 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. Parallel hieraan wordt de training sociale vaardigheden gevolgd. In de Programmahandleiding (§2.4) worden de intensiteit per GoA-module en het maken van huiswerkopdrachten toegelicht.

Door aandacht te besteden aan de principes van responsiviteit (zie §3.4 en §4.5), generalisatie en behoud van geleerde vaardigheden in het sociotherapeutisch milieu (zie §4.6 en zie Programmahandleiding §2.15) wordt de intensiteit van het programma, in meerdere contexten en over langere duur, sterk vergroot.

Tabel 2. Interventies binnen de GoA-modules

Module	Interventies
1. Herkennen van gevoelens 1	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) - Ontspanningstechnieken - Vergroten van de motivatie tot gedragsverandering - Monitoring van agressief gedrag
3. Herkennen van gedachten	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Psycho-educatie - Herkenning van arousal - Herkenning van agressie-uitlokkende percepties, gedachten en gevoelens - Ontspanningstechnieken - Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) - Zelfinstructie - Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) - Monitoren van agressief gedrag
5. Delictscenario	<ul style="list-style-type: none"> - Opstellen van provocatie-scenari'o's - Zelfmanagement (zelfcontrole, zelfmonitoring, zelfbeloning) - Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) - Monitoren van agressief gedrag

Module	Interventies
6. Omgaan met boosheid en agressie 2	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - Sociale en assertieve vaardigheidstraining - Zelfinstructie - Verhelderen van de gevolgen van agressief en assertief gedrag (op korte en lange termijn) - Monitoren van agressief gedrag

4.5 Programma-integriteit en responsiviteit

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 (voor meer informatie zie Programmahandleiding §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 §3.4), is voortdurende afstemming op de individuele cliënten binnen de groep 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 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 (zie 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 (zie 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 de Programmahandleiding. Deze geprotocolleerde 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.

Responsiviteit: aansluiten bij het individu en werken met individuele leerdoelen

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 §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 agressieregulatie. Aan het opheffen van de agressieproblematiek wordt gewerkt via de programmadoelen (zie §2.3). 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 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 sociotherapeutisch milieu in Programmahandleiding §2.15). Daarnaast kan de behandelverantwoordelijke binnen haar individuele contactmomenten met de cliënt extra ondersteuning bieden bij het vergroten van deze specifieke vaardigheden en inzichten (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 (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 Managementhandleiding §3.1) die in de leefgroep gemaakt worden. Ook door de vormgeving van het sociotherapeutisch milieu wordt generalisatie bewerkstelligd (zie Programmahandleiding §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.

4.7 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 (zie Managementhandleiding §3.3 en Beoordelings- en evaluatiehandleiding §3.1). 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 §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 middels (blijvende) ondersteuning (nazorg; zie §4.8).

4.8 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 §4.3 en Programmahandleiding §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 §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 (zie ook §4.3). 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 Programmahandleiding §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.



Referenties

- Andrews, D., & Bonta, J. (1983). The Assessment of Outcomes in the Correctional Settings. In: M.L. Lambert, E.R. Christensan, & S.S. DeJulio (eds.), *The measurement of psychotherapy*. New York: Wiley.
- Andrews, D., Zinger, I., Hoge, R., Bonta, A., Gendreau, P., & Cullen, F. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Andrews, D. (1995). The Psychology of Criminal Conduct and Effective Treatment. In: J. McGuire (ed.), *What Works: Reducing re-offending*. Chichester: Wiley.
- Andrews, D., & Bonta, J. (1998). *The psychology of Criminal Conduct* (2nd edition). Cincinnati: Anderson.
- Andrews, D., & Bonta, J. (2006). *The psychology of criminal conduct (4th ed.)*. Newark, NJ: LexisNexis.
- 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.
- Black, L., Cullen, C., & Novaco, R. (1997). Anger assessment for people with mild learning disabilities in secure settings. In: B. Stenfert Kroese, D. Dagnan, & K. Loumidis (eds.), *Cognitive-Behaviour Therapy for People with Learning Disabilities*. London/New York: Routledge.
- Boertjes, M., & Lever, M. (2007). *LVG en Jeugdcriminaliteit*. Diemen: Expertisecentrum Jeugdzorg- Gehandicaptenzorg William Schrikker.
- 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.
- Crick, N., & Dodge, K. (1994). A review and reformulation of social information processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Curfs, L., Schrandt-Stumpel, C., & Didden, R. (2005). Licht verstandelijke beperking: een klinisch-genetische invalshoek. In R. Didden (Red.), *In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking* (pp. 41-51). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 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.
- DesNoyers Hurley, A., Tomasulo, D., & Pfadt, A. (1998). Individual and Group Psychotherapy

- approaches for Persons with Mental Retardation and Developmental Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 10, 365-386.
- 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.
- Goldstein, P. (1989). Drugs and violent crime. In: N. Weiner & M. Wolfgang (Eds.). *Pathways to Criminal Violence* (pp. 16-48). Newbury Park, CA: Russell Sage Foundation.
- 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.
- 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.
- Janssen, C., & Schuengel, C. (2005). Gehechtheid, stress, gedragsproblemen en psychopathologie bij mensen met een lichte verstandelijke beperking: aanzetten voor interventie. In R. Didden (Red.), *In perspectief: gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen en licht verstandelijke beperking* (pp. 67-85). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Lovallo, W. (1997). *Stress and health. Biological and psychological interactions*. London: Sage publications.
- Maughan, B., Collishaw, S., & Pickles, A. (1999). Mild mental retardation: psychosocial functioning in adulthood. *Psychological Medicine*, 29, 351-366.
- 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. (2002). *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guildford Press.
- Moonen, X., de Wit, M., & Hoogeveen, M. (2011). Mensen met een licht verstandelijke beperking in aanraking met politie en justitie. *Proces*, 90, 235-250.
- 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.
- 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.
- 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., & 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. (2005). *Anger treatment for people with developmental disabilities*. West Sussex: John Wiley & Sons Ltd.
- 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.

- Ten Wolde, A., le Grand, B., Slagter, J., & Storms, M. (2006). *Vaardig en veilig. Behandeling van sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapte mensen met risicovol gedrag*. Boschoord: Trajectum.
- 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 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. (2006b). 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.





trajectum

Theoriehandleiding Grip op Agressie