



**kwiteit
forensische
zorg**

2019

Ontwikkeling van de DROS 2.0

Monique Delforterie
Bren Hesper
Abdullah Turhan

KFZ call 2017-71 DROS 2.0

Datum van publicatie: oktober 2019

Colofon

Dit project is tot stand gekomen met financiële ondersteuning van het Programma KFZ. Het Programma KFZ heeft daarnaast zorg gedragen voor de inhoudelijke projectbegeleiding waarbij is gestuurd op kwaliteit, voortgangsbewaking en budgetbeheer. Het Expertisecentrum Forensische Psychiatrie voert namens het programma KFZ het projectmanagement.

© KFZ: Het intellectuele eigendom ligt bij de auteurs. De auteurs stemmen er mee in dat deze uitgave onvoorwaardelijk en zonder kosten gebruikt kan worden door alle instellingen binnen het forensische zorgveld.

Inhoudsopgave

1. Samenvatting/Abstract	4
2. Achtergrond DROS en leeswijzer	6
3. Ontwikkeling DROS 2.0	7
3.1 Voorspellende waarde van de DROS voor recidive	7
3.2 Toevoeging en herziening DROS	7
3.2.1 Internaliserende risicofactoren	7
3.2.2 Sociaal netwerk	8
4. Onderzoek naar de voorspellende waarde van de DROS voor recidive	9
5. Ontwikkeling en pilotonderzoek DROS 2.0.....	10
5.1 Ontwikkeling nieuwe schalen van de DROS	10
5.1.1 Adviesraad	10
5.1.2 Enquête onder behandelaren	10
5.1.3 Literatuuronderzoek	11
5.1.4 Controle van nieuwe items	13
5.2 Methode	13
5.2.1 Procedure pilot 1	13
5.2.2 Onderzoeksgroep	14
5.2.3 Meetinstrumenten	16
5.2.4 Statistische analyses	17
5.3 Resultatenbeschrijving.....	17
5.3.1 Betrouwbaarheid	17
5.3.2 Convergente validiteit.....	18
5.3.3 Feedback behandelaren	18
5.3.4 Pilot 2	19
5.3.5 Kleine aanpassingen bestaande schalen	20
6. Conclusie.....	22
7. Discussie	23
7.1 Voorspellende waarde van de DROS	23
7.2 DROS 2.0.....	23
8. Literatuurlijst	26
9. Bijlage 1: Nieuwe items DROS 2.0	28
10. Bijlage 2: Theoretische onderbouwing nieuwe items DROS 2.0	34

1. Samenvatting / Abstract

Samenvatting

Inleiding

In het huidige project is de *Dynamic Risk Outcome Scales* (DROS) 2.0 ontwikkeld, een uitgebreide en deels herziene versie van de oorspronkelijke DROS (Drieschner & Hesper, 2008). Er is onderzoek gedaan naar de voorspellende waarde van de oorspronkelijke DROS voor recidive. Daarnaast zijn twee nieuwe schalen, te weten *Internaliserende risicofactoren* en *Sociaal netwerk*, ontwikkeld en onderzocht op betrouwbaarheid en convergente validiteit.

Methode & Resultaten voorspellende waarde oorspronkelijke DROS voor recidive

Data van 250 cliënten (94% man) zijn gebruikt. De DROS totaalscore kan algemene, geweld en seksuele recidive beter dan kans voorspellen (AUCs > 0,58). Een DROS-recidive subschaal met de schalen *Vijandigheid*, *Impulsiviteit* en *Verslaving* kan algemene, geweld en overige recidive voorspellen (AUCs > 0,67). Deze voorspellende waardes leken vergelijkbaar met een veelgebruikt risicotaxatie-instrument, de Historisch, Klinisch, Toekomstig (HKT)- 30.

Methode & Resultaten DROS 2.0

De schaal *Internaliserende risicofactoren* is ontwikkeld waarin internaliserende problemen zijn opgenomen die een relatie hebben met externaliserend probleemgedrag of recidive. De schaal *Sociaal netwerk* is herzien, waarbij de oorspronkelijke tabel is vervangen door een schaal met items vergelijkbaar met de overige DROS items en schalen. De DROS 2.0 met deze nieuwe schalen is bij 109 cliënten (82% man) afgenomen door behandelaren. De interne consistentie van *Internaliserende risicofactoren* was redelijk ($\alpha = 0,73$) en voor *Sociaal netwerk* zeer laag ($\alpha = 0,40$). De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid was voor beide schalen uitstekend (ICCs = 0,78 en 0,77 respectievelijk) en de test-hertestbetrouwbaarheid was hoog (Spearman $\rho = 0,95$ en 0,93, respectievelijk). Op itemniveau was de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid redelijk tot goed voor beide schalen (ICCs = 0,56 – 0,74). De test-hertestbetrouwbaarheid was voor alle items hoog ($\rho = 0,75$ – 0,97).

De convergente validiteit van de items en schaal *Internaliserende risicofactoren* was redelijk in vergelijking met een aantal items van de Historical Clinical Risk Management (HCR-20^{v3}) (r 's = 0,379 – 0,641). Relaties tussen vergelijkbare schalen van de Adult Behavior Checklist (ABCL) en *Internaliserende risicofactoren* waren in de verwachte richting.

De convergente validiteit van het item *Criminogene contacten* en de schaal *Sociaal netwerk* waren redelijk in vergelijking met het item *Beïnvloeding door beschermende en/of risicovolle netwerkliden* van de HKT-R (r 's = -0,324 en -0,335) en van het item *Criminogene contacten* met het item *Geschiedenis van problemen met intieme relaties* van de HCR-20^{v3} ($r = 0,522$).

Vanwege de lage interne consistentie van *Sociaal netwerk* zijn de items aangepast en is een tweede pilot naar de interne consistentie uitgevoerd met 63 nieuwe afnames. De interne consistentie was $\alpha = 0,63$.

Conclusie

De DROS totaalscore en een DROS-recidive subschaal van de oorspronkelijke DROS kunnen verschillende typen recidive beter dan kans voorspellen. Daarbij is de voorspellende waarde gelijk aan de HKT-30. Meer en onafhankelijk onderzoek is nodig voor de toegevoegde waarde in de praktijk.

De DROS 2.0 is een uitgebreide en deels herziene versie van de oorspronkelijke DROS. De toegevoegde schaal *Internaliserende risicofactoren* heeft een redelijke tot goede betrouwbaarheid en een redelijke convergente validiteit. De herziene schaal *Sociaal netwerk* had een zeer lage interne consistentie, maar een redelijk tot goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en test-hertestbetrouwbaarheid. Ook had de schaal een redelijke convergente validiteit. Na aanpassingen aan de items van deze schaal was in een tweede pilot een verbeterde interne consistentie te zien, maar vervolgonderzoek is nodig om de betrouwbaarheid te verhogen.

Abstract

Introduction

In the current project, the *Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) 2.0* was developed, an extended and partially revised version of the original DROS (Drieschner & Hesper, 2008). The predictive value of the original DROS for recidivism was studied. In addition, two new scales, namely *Internalizing risk factors* and *Social network*, were developed and examined for reliability and convergent validity.

Method & Results predictive value original DROS for recidivism

Data from 250 clients (94% male) were used. The DROS total score can predict general, violence and sexual recidivism better than chance (AUCs > 0.58). A DROS recidivism subscale with the scales *Hostility*, *Impulsiveness* and *Addiction* can predict general, violence and other recidivism (AUCs > 0.67). These predictive values were comparable to a widely used risk assessment tool, the Historical, Clinical, Future (HKT) - 30.

Method & Results DROS 2.0

The scale *Internalizing risk factors* was developed that includes internalizing problems related to externalizing problem behavior or recidivism. The *Social Network* scale has been revised, with the original table being replaced by a scale with items similar to the other DROS items and scales. The DROS 2.0 with these new scales was completed by practitioners for 109 clients (82% men).

The internal consistency of *Internalizing risk factors* was reasonable ($\alpha = 0.73$) and very low for *Social Network* ($\alpha = 0.40$). The interrater reliability was excellent for both scales (ICCs = 0.78 and 0.77 respectively) and the test-retest reliability was high (Spearman $\rho = 0.95$ and 0.93, respectively). At item level the interrater reliability was reasonable to good for both scales (ICCs = 0.56 – 0.74). The test-retest reliability was high for all items ($\rho = 0.75 - 0.97$).

The convergent validity of the items and scale *Internalizing risk factors* were reasonable in comparison with a number of items from the Historical Clinical Risk Management (HCR-20^{V3}) (r 's = 0.399 – 0.641). Relationships between comparable scales of the Adult Behavior Checklist (ABCL) and *Internalizing risk factors* were in the expected direction. The convergent validity of the item *Criminogenic contacts* and the scale *Social Network* were reasonable compared to the item *Influence by protective and / or risky network members* of the HKT-R (r 's = -0.324 and -0.335) and of the item *Criminogenic contacts* compared to the item *History of problems with intimate relationships* of the HCR-20^{V3} ($r = 0.522$).

Due to the low internal consistency of *Social Network*, the items were adjusted and a second pilot for internal consistency was carried out for 63 clients. The internal consistency was $\alpha = 0.63$.

Conclusion

The DROS total score and a DROS recidivism subscale of the original DROS can predict different types of recidivism better than chance. The predictive value is equal to the HKT-30. More and independent research is necessary for the value in practice.

The DROS 2.0 is an extended and partly revised version of the original DROS. The added scale *Internalizing risk factors* has a reasonable to good reliability and a reasonable convergent validity. The revised scale *Social network* had a very low internal consistency, but a reasonable to good interrater reliability and test-retest reliability. The scale also had a reasonable convergent validity. A modified version of the items of this scale showed improved internal consistency in a second pilot, but further research is needed to increase its reliability.

2. Achtergrond DROS en leeswijzer

Routine Outcome Monitoring (ROM) en risicotaxatie bij een doelgroep met een licht verstandelijke beperking (LVB) en ernstige gedrags- en/of psychiatrische problemen (SG-LVB) vereist specialistische kennis en specifieke instrumenten (Hesper, Delforterie & Didden, 2016). Een belangrijk instrument in het veld is de *Dynamic Risk Outcome Scales* (DROS; Drieschner & Hesper, 2008). Dit instrument meet behandel-effecten bij mensen met een LVB en externaliserend probleemgedrag. Daarnaast wordt de DROS in de praktijk veelvuldig gebruikt als instrument voor risicotaxatie. Onderzoek met de DROS laat zien dat het instrument geschikt is om veranderingen in cognitieve, affectieve en gedragsmatige factoren te meten die het risico op delict- en ernstig probleemgedrag vergroten (zogenaamde dynamische risicofactoren; Hesper & Drieschner, 2013). Bovendien kan het instrument agressief gedrag in een behandelvoorziening voorspellen (Drieschner, Marrozos & Regenboog, 2013) en is het betrouwbaar en valide om dynamische risicofactoren te meten bij mensen met een LVB (Delforterie, Hesper & Didden, in druk; Drieschner, 2014). Het is echter nog niet bekend of we met de DROS ook recidive na behandeling (recidiverisico) kunnen voorspellen, waarmee we het gebruik ervan als risicotaxatie-instrument steviger kunnen onderbouwen. Gebruikers van de DROS zijn over het algemeen tevreden over de inhoud en waarde van het instrument voor ROM-doeleinden. Zij deden echter ook de aanbeveling om internaliserende problematiek of risicofactoren op te nemen in de DROS. Hun ervaring is dat de behandeling van cliënten met externaliserend probleemgedrag regelmatig (ook) gericht is of zou moeten zijn op internaliserende problematiek, waaronder stemmingsproblemen en trauma.

Met financiering van Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) en in samenwerking met vijf instellingen met SG-LVB cliënten en de Radboud Universiteit Nijmegen is daarom de DROS doorontwikkeld. Deze doorontwikkeling bestaat uit drie onderdelen: (1) onderzoek naar de voorspellende waarde van de DROS voor recidive, (2) toevoegen van een schaal met internaliserende problematiek, en (3) herzien van de bestaande schaal *Sociaal netwerk*. In Hoofdstuk 3 wordt de doorontwikkeling van de DROS op deze drie onderwerpen besproken. In Hoofdstuk 4 volgen kort de resultaten van het onderzoek naar de voorspellende waarde van de DROS voor recidive. Hoofdstuk 5 bespreekt de ontwikkeling van de nieuwe schalen over internaliserende risicofactoren en sociaal netwerk, de methode van het onderzoek naar de betrouwbaarheid en convergente validiteit van deze schalen en de resultaten van dit onderzoek. Hoofdstuk 6 bevat de conclusie van de onderzoeken en tot slot volgt in Hoofdstuk 7 de discussie.

3. Ontwikkeling DROS 2.0

3.1 Voorspellende waarde van de DROS voor recidive

Vanwege de inhoud van de DROS, die is gericht op dynamische risicofactoren voor externaliserend probleemgedrag, wordt dit instrument in de praktijk gezien als een risicotaxatie-instrument voor cliënten met een LVB (Nagtegaal, 2010; Van den Berg & De Vogel, 2011; Van Horn, Eisenberg & Uzieblo, 2016). Het doel van risicotaxatie is echter anders dan waarvoor de DROS is ontwikkeld. Risicotaxatie is gericht op het inschatten van het risico op herhaling van delictgedrag, terwijl het doel van de DROS is om behandelvoortgang te meten. Het is onduidelijk of de DROS kan dienen als een instrument voor risicotaxatie.

In het huidige rapport zullen kort de resultaten van het onderzoek naar de voorspellende waarde van de oorspronkelijke DROS worden besproken. Bij de Justitiële Informatie Dienst (JustID) zijn recidivegegevens opgevraagd. In het huidige onderzoek zijn alle veroordelingen door de strafrechter meegenomen. Verschillende typen van recidive zijn onderscheiden: *geweldsrecidive*, *seksuele recidive* en *overige recidive* (met onder andere vermogensdelicten zonder geweld, brandstichting en drugsgerelateerde misdrijven). Daarnaast is er een onderscheid gemaakt in strafdreiging, waarbij per type recidive een strafdreiging van minder dan 4 jaar werd aangemerkt als licht en een strafdreiging van meer dan 4 jaar als zwaar. Ook is er gekeken naar recidive ongeacht type en zwaarte (*algemene recidive*). De minimale follow-up periode na ontslag was 4 jaar en bedroeg maximaal 11 jaar. Voor het volledige onderzoek verwijzen wij naar Delforterie, M. J., Hesper, B., Nijman, H. L. I., Korzilius, H. P. L. M., Turhan, A., & Didden, R. (ingediend). Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) als risicotaxatie-instrument voor het voorspellen van recidive bij mensen met een licht verstandelijke beperking.

3.2 Toevoeging en herziening DROS

Onderzoek naar de DROS laat zien dat dit instrument betrouwbaar en valide is om dynamische risicofactoren te meten bij mensen met een LVB (Delforterie et al., in druk; Drieschner, 2014) en agressief gedrag in een behandelvoorziening kan voorspellen (Drieschner et al., 2013). Een toevoeging en herziening van de DROS was echter nodig om behandelaren beter te kunnen ondersteunen in het meten van de voortgang van de cliënt in behandeling.

3.2.1 Internaliserende risicofactoren

Gezien de ervaring van gebruikers van de DROS dat behandeling vaak (ook) gericht is op internaliserende problematiek, is besloten om een schaal aan de DROS toe te voegen die gericht is op internaliserende problematiek. Uit onderzoek onder de BORG instellingen blijkt dat minimaal 20% van de cliënten is opgenomen vanwege internaliserende problematiek (Hesper & Drieschner, 2013). Bij 6% is er sprake van een stemmingsstoornis en bij 5% is er sprake van posttraumatische stress stoornis (PTSS). Waarschijnlijk is hier sprake van onderrapportage.

Door middel van literatuuronderzoek en een enquête onder behandelaren zijn samen met een adviesraad internaliserende risicofactoren voor externaliserend probleemgedrag of recidive geïnventariseerd. Alleen de factoren waarvan de relatie met externaliserend probleemgedrag aannemelijk zijn gemaakt in de literatuur zijn opgenomen in de schaal *Internaliserende risicofactoren*. Deze schaal is onderzocht in het kader van een pilot op interne consistentie, test-hertestbetrouwbaarheid en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Interne consistentie gaat over de mate waarin de items binnen een schaal onderling overeenstemmen. Met de test-hertestbetrouwbaarheid wordt gekeken naar de mate

waarin de test hetzelfde meet als deze (in een korte tijd) wordt herhaald. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is de mate van overeenstemming tussen verschillende beoordelaars bij het beoordelen van dezelfde cliënt. Ook is de convergente validiteit van de schaal en de items bekeken, waarbij de nieuwe items en schalen werden vergeleken met items uit ROM en risicotaxatievragenlijsten die een vergelijkbaar construct proberen te meten.

3.2.2 Sociaal netwerk

Het ontbreken of onvoldoende ondersteunend zijn van een prosociaal netwerk of het bestaan van een antisociaal netwerk is een risicofactor voor externaliserend risicovol gedrag (Pratt et al., 2010; Völker, Baerveldt & Driessen, 2015). De beperking in adaptief vermogen en het ontbreken van een steunend netwerk - hetgeen vaak wordt aangetroffen bij de LVB doelgroep - maakt deze risicofactor voor de behandeling mogelijk nog belangrijker dan bij mensen zonder een LVB (Wheeler, Clare, & Holland, 2013).

Bij de ontwikkeling van de oorspronkelijke DROS is gekozen voor een gedetailleerde tabel voor het in kaart brengen van het sociaal netwerk van de cliënt. Daarbij werd een onderscheid gemaakt tussen pro-sociale en antisociale contacten en de sterkte van de invloed (bijvoorbeeld frequentie van het contact). Al snel bleek echter het vastleggen van namen van netwerkleden in de tabel een probleem. Omwille van de privacy van betrokkenen en het inzagerecht van cliënten in hun dossier was het onwenselijk om netwerkleden te waarderen als pro-sociale of antisociale contacten. Ook het berekenen van een totaalscore op basis van de tabel was complex. Dit leidde ertoe dat de tabel uiteindelijk niet is opgenomen in de DROS totaalscore. Om deze lacune op te heffen is de tabel voor sociaal netwerk omgevormd tot een schaal met meerdere items die identiek gescoord worden als de items van de andere DROS schalen. Ook deze nieuwe schaal is onderzocht in een pilot op interne consistentie, test-hertest betrouwbaarheid en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Bovendien is de convergente validiteit van de schaal en de items onderzocht door deze te vergelijken met vergelijkbare items uit ROM en risicotaxatievragenlijsten.

4. Onderzoek naar de voorspellende waarde van de DROS voor recidive

Met gegevens van 250 ex-cliënten (94% man, gemiddeld 36,4 jaar, $SD = 11,4$) van Trajectum is onderzoek gedaan naar de voorspellende waarde van de oorspronkelijke DROS (Drieschner & Hesper, 2008) voor recidive. In totaal recidiveerden 100 cliënten (40%) ten minste 1 keer. Er was sprake van geweldsrecidive bij 61 cliënten (24%), seksuele recidive bij 7 cliënten (3%) en overige recidive bij 79 cliënten (32%). Dit onderzoek laat zien dat de totaalscore beter dan kans *algemene*, *geweld* en *seksuele recidive* kan voorspellen (Area Under the Curve [AUC] > 0,58). *Overige recidive* (zoals brandstichting) was niet beter dan kans te voorspellen met de DROS totaalscore.

Om verder onderzoek te doen naar de DROS als risicotaxatie-instrument, is exploratief een DROS-recidive subschaal gecreëerd. Deze DROS-recidive subschaal met een gemiddelde score van de schalen *Vijandigheid*, *Impulsiviteit*, en *Verslaving, middelengebruik en gokken* kan *algemene*, *geweld* en *overige recidive* voorspellen met een middelgroot tot groot effect (AUCs > 0,67; Rice & Harris, 2005).

Daarnaast is de voorspellende waarde van de DROS totaalscore en de DROS-recidive subschaal vergeleken met de Historisch, Klinisch, Toekomstig - 30 (HKT-30; Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2002). De voorspellende waarde van de DROS totaalscore lijkt vergelijkbaar met de voorspellende waarde van de HKT-30. De voorspellende waarde van de DROS-recidive subschaal lijkt ook vergelijkbaar met de HKT-30, en in sommige gevallen, zoals *algemene recidive* en *overige lichte recidive*, zelfs beter.

Vanwege het lage aantal recidivisten op het gebied van seksuele recidive ($n = 7$) is meer onderzoek nodig naar de voorspellende waarde van de DROS voor seksuele recidive onder de LVB doelgroep.

5. Ontwikkeling en pilotonderzoek DROS 2.0

5.1 Ontwikkeling nieuwe schalen van de DROS

Voor de ontwikkeling van de nieuwe DROS schalen zijn verschillende methodes gebruikt. Hieronder volgt een beschrijving van deze methodes.

5.1.2 Adviesraad

Een adviesraad is ingezet om suggesties te geven ten aanzien van de nieuw te ontwikkelen schalen van de DROS 2.0. Voor de start van de eerste adviesraadbijeenkomst is een korte literatuurscan uitgevoerd, waaruit een aantal onderwerpen en trefwoorden zijn geselecteerd die geschikt zouden kunnen zijn voor de nieuwe DROS schaal *Internaliserende risicofactoren*. Internaliserende risicofactoren bestaan uit internaliserende problemen die het risico verhogen voor externaliserend probleemgedrag. Uit deze eerste literatuurscan kwamen arousal, trauma en gebrek aan zelfvertrouwen naar voren. Deze onderwerpen zijn vervolgens voorgelegd aan de adviesraad, bestaande uit leden afkomstig van de instellingen verbonden aan het DROS 2.0 project. Door de leden zijn nog een aantal andere onderwerpen aangedragen, namelijk:

- Een toename van lichamelijke klachten: hoofdpijn, buikpijn, rugpijn etc.
- Jezelf kunnen uiten, gevoelens herkennen
- Somberheid, angst, piekeren, niet in slaap komen
- Verstoorde hechting
- Gebrekkige locus of control
- Hyperalertheid: paniecreactie
- Narcistische afweer

Op basis van de beschikbare literatuur is ook voor de herziene schaal *Sociaal netwerk* een voorstel voor items ontwikkeld en voorgesteld aan de adviesraad:

- Antisociale contacten
- Prosociale steun
- Stressoren in het sociaal netwerk

Deze items werden door de adviesraad als interessant en relevant gezien. Er werd nog een aantal opmerkingen gegeven, waaronder tips om te kijken naar andere vragenlijsten en vragen over wat er precies wordt verstaan onder een netwerk.

De adviesraad is nog een aantal keer bijeengekomen en via e-mail gecontacteerd om suggesties te geven over de uiteindelijke items van beide schalen.

5.1.3 Enquête onder behandelaren

Tegelijkertijd met de input van de adviesraad is er binnen Trajectum door middel van een enquête gevraagd naar de mening van gebruikers van de DROS. Er is gevraagd aan behandelaren hoe interessant de onderwerpen stress, zelfvertrouwen/zelfbeeld en lichamelijke klachten zijn voor de DROS op een 3-puntschaal, met 1 = *niet interessant*, 2 = *beetje interessant* en 3 = *interessant*. In totaal hebben 14 behandelaren de enquête ingevuld. Zie Tabel 1 voor de resultaten.

Tabel 1

Verdeling van antwoorden van 14 behandelaren op de vraag: Kun je aangeven in hoeverre jij denkt dat deze onderwerpen interessant zijn?

Onderwerp	Niet interessant (n)	Beetje interessant (n)	Interessant (n)
Stress	1	1	12
Zelfvertrouwen/zelfbeeld¹	0	2	11
Lichamelijke klachten¹	1	7	5

¹ n = 13

n = aantal

Aangezien uit de literatuur bekend is dat trauma samenhangt met probleemgedrag (Jacobson & Gould, 2007; Krysinska & Lester, 2010; Lemos & Faísca, 2015) is in de enquête specifiek nagevraagd welke aspecten van trauma risicoverhogend zijn. Hierbij is ook gebruik gemaakt van een 3-puntschaal, met 1 = *niet risico verhogend*, 2 = *beetje risico verhogend* en 3 = *risico verhogend*. Zie Tabel 2 voor de resultaten.

Tabel 2

Verdeling van antwoorden van 14 behandelaren op de vraag: Welke aspecten van trauma zijn volgens jou risico verhogend?

Onderwerp	Niet risico verhogend (n)	Beetje risico verhogend (n)	Risico verhogend (n)
Herbelevingen	0	2	12
Verstoorde interpretaties	0	0	14
Arousal¹	0	2	11
Slaapstoornis	0	6	8
Isolatie¹	0	6	7

¹ n = 13

n = aantal

5.1.4 Literatuuronderzoek

Met de suggesties van de adviesraad over geschikte onderwerpen en de resultaten van de enquête ingevuld door behandelaren is verdergegaan met het literatuuronderzoek voor de herziening van de subschaal *Sociaal netwerk* en de toevoeging van de subschaal *Internaliserende risicofactoren*. Hieronder wordt dit literatuuronderzoek per subschaal uitgewerkt. Zie Bijlage 2 voor de literatuur die is gebruikt voor de theoretische onderbouwing van de items.

Internaliserende risicofactoren

Het literatuuronderzoek had als doel om internaliserende risicofactoren te identificeren voor externaliserend probleemgedrag of recidive. Binnen de digitale universiteitsbibliotheek van de Radboud Universiteit te Nijmegen is tussen november 2017 en maart 2018 literatuuronderzoek gedaan. Er is gebruik gemaakt van de volgende literatuurzoeksystemen: *RUQuest* (Alle databases) en *Web of Science*. Er is gezocht in alle documenttypen, vakgebieden, titels, uittreksels en op alle *keywords*.

Bij aanvang van het literatuuronderzoek is de zoekstrategie breed gehouden, omdat het onderwerp internaliserende problematiek ruim is en meerdere vormen behelst. Er is een thesaurus gebruikt om tot zoveel mogelijk Engelse en Nederlandse zoektermen te komen. De volgende zoektermen alleen al resulteerden in +7000 gevonden publicaties in *Web of Science* (*All languages, All document types, All years*): (internalizing disorder OR internalizing problem) AND (externalizing risk behav* OR externalizing problem) AND recidivism.

Om het zoeken van relevante literatuur hanteerbaar te maken, zijn wij overgegaan op een andere zoekstrategie. In een schema maakten wij een onderverdeling in categorieën die volgens de DSM-IV betrekking hebben op internaliserende problematiek, namelijk depressie, angst, obsessieve-compulsieve/dwang, trauma/stress en dissociatie. In *Google Scholar* hebben we gezocht naar literatuur door deze categorieën zoektermen omtrent internaliserende problematiek te combineren met zoektermen betreffende vormen van externaliserende problematiek, zoals agressie, brandstichting, delictgedrag, seksueel grensoverschrijdend gedrag etc. Daarnaast werd gezocht op twee transdiagnostische factoren, namelijk zelfvertrouwen/zelfbeeld en psychosomatische/somatoforme klachten door jezelf niet te kunnen uiten, die samenhangen met internaliserende problematiek. Deze werden door leden van de adviesraad ingebracht.

We hebben gezocht naar onderzoeken waarin causale verbanden werden aangetoond tussen internaliserende en externaliserende problematiek. Dit leverde geen artikelen op. Daarna zijn wij op zoek gegaan naar literatuur waarin op zijn minst een correlatief verband aannemelijk werd gemaakt tussen internaliserende en externaliserende problematiek.

Artikelen die aanvankelijk geschikt leken, hebben we gegroepeerd onder de betreffende internaliserende problematiek en de door de adviesraad ingebrachte factoren. Ook zijn de referenties van gevonden artikelen doorgenomen op relevante artikelen. Hiermee kwamen we op 142 artikelen. Uit deze onderzoeken kwamen alleen relaties naar voren tussen externaliserend probleemgedrag en stressklachten, lage zelfwaardering, stemming en trauma gerelateerde problematiek en acting out van internaliserende problematiek. Met behulp van de literatuur werden deze onderwerpen verwerkt tot items (zie Bijlage 2 voor de theoretische onderbouwing van de items met de daarbij gebruikte literatuur). Uit de punten die werden ingebracht door de adviesraad werd 'somatoforme klachten door jezelf niet te kunnen uiten' ook tot een item verwerkt. Dit item werd echter later in overleg met de adviesraad weer verwijderd omdat er in de literatuur geen verband werd gevonden met externaliserend probleemgedrag.

Op basis van de gevonden studies over deze onderwerpen werd geconcludeerd dat:

- Er (nog) geen onderzoek bekend is dat aantoonde dat internaliserende problematiek *direct* leidt tot externaliserend probleemgedrag/recidive.
- Er een relatie is tussen stressklachten, lage zelfwaardering, stemming en trauma gerelateerde problematiek en acting out van internaliserende problematiek en externaliserend probleemgedrag/recidive.
- Stressklachten, stemming en trauma gerelateerde problematiek risicofactoren zijn voor suïcide.

Op basis van de conclusies uit het literatuuronderzoek zijn de volgende items ontwikkeld:

- Stressklachten
- Zelfwaardering
- Omgaan met stemming gerelateerde klachten
- Omgaan met trauma gerelateerde klachten
- Acting out van internaliserende problematiek

Sociaal netwerk

Met de positieve feedback van de adviesraad over de voorgestelde onderwerpen is verdergegaan met het literatuuronderzoek.

Dat het sociaal netwerk van een persoon zowel een beschermende invloed als een ontregelende invloed kan hebben op delictgedrag is uit literatuur bekend (zie bijvoorbeeld Pratt et al., 2010; Völker, Baerveldt & Driessen, 2015). Sociaal netwerk is als risicofactor dan ook opgenomen in verschillende risicotaxatie-instrumenten. Het huidige literatuuronderzoek had als doel om verschillende aspecten van sociaal netwerk te kunnen onderscheiden die het risico op externaliserend probleemgedrag (inclusief delictgedrag) kunnen vergroten. Binnen de digitale universiteitsbibliotheek van de Radboud Universiteit te Nijmegen is tussen december 2017 en januari 2018 gezocht naar literatuur. Er is gebruik gemaakt van de volgende literatuurzoeksystemen: *RUQuest* (Alle databases), *Web of Science* en *Google Scholar*. Er is gezocht in alle documenttypen, vakgebieden, titels, uittreksels en op alle *keywords*. Er is gezocht op de volgende keywords; "Social network", "friends", "peers", "family", "parents", "social support" gecombineerd met "crime", "recidivism", "risk factor" of "offenders". Er is bovendien een thesaurus gebruikt om te komen tot zoveel mogelijk zoektermen.

Op titel zijn artikelen geselecteerd waarin verwezen werd naar een verband tussen sociaal netwerk en risicovol gedrag. Dit leidde tot een verzameling van 19 artikelen (zie Bijlage 2 voor de theoretische onderbouwing van de items met de daarbij gebruikte literatuur). Uit deze studies kwamen verschillende risicofactoren naar voren die een significant verband laten zien tussen sociaal netwerk en delictgedrag. Op basis van de gevonden studies over deze onderwerpen werd geconcludeerd dat:

- Het hebben van antisociale contacten gerelateerd is aan externaliserend probleemgedrag/recidive. Hierbij geldt: hoe meer contacten en hoe intensiever het contact, hoe groter het risico.
- Er een samenhang is tussen een gebrek aan steun en recidive.
- Er een samenhang is tussen problemen in het sociaal netwerk en recidive.

Deze risicofactoren werden afzonderlijk verwerkt in drie items:

- Criminogene contacten
- Prosociale steun
- Stressoren vanuit sociaal netwerk

5.1.5 Controle van nieuwe items

Voordat de nieuwe items uit de schalen *Internaliserende risicofactoren* en *Sociaal netwerk* werden onderzocht op betrouwbaarheid en convergente validiteit in de pilot, is aan zeven ervaren behandelaren van Trajectum gevraagd de nieuwe items te controleren. Behandelaren gaven feedback op het nut van het item in relatie tot behandeling voor hun cliënten, of zij cliënten kennen die op de uiterste ankerpunten (1 en 5) gescoord kunnen worden, en op details in de items, zoals woordkeuze. Behandelaren waren over het algemeen positief over de items, en suggesties voor aanpassingen waren gericht op woordkeuze en een uitgebreidere uitleg van een aantal termen.

5.2 Methode

Met bovenstaande nieuwe items is een pilotonderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid (interne consistentie, test-hertest en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) en convergente validiteit.

5.2.1 Procedure pilot 1

Behandelaren van vijf verschillende instellingen, te weten Ipse de Bruggen, de Rooyse Wissel, de Forensische Zorgspecialisten, Stevig en Trajectum, zijn gevraagd om in de periode van april tot en met juni 2018 de DROS 2.0 in zijn geheel in te vullen, inclusief

de nieuwe items van *Sociaal netwerk* en *Internaliserende risicofactoren*. Ipse de Bruggen, Stevig en Trajectum behandelen cliënten met een licht verstandelijke beperking, met daarbij ernstige gedrags- en/of psychiatrische problemen (zogenaamde SG-LVB doelgroep). De Rooyse Wissel en de Forensische Zorgspecialisten behandelen cliënten met ernstige psychiatrische problematiek. Cliënten met een LVB zijn in deze pilot meegenomen. In totaal vulden 33 behandelaren een DROS 2.0 in (19 van Trajectum, 8 van de Forensische Zorgspecialisten, en 2 van Ipse de Bruggen, Stevig en de Rooyse Wissel). Twee instellingen (de Forensische Zorgspecialisten en de Rooyse Wissel) werden eerst getraind in het afnemen van de DROS, de overige instellingen waren al bekend met de DROS en konden op basis van hun ervaring ook de nieuwe items invullen, aangezien deze items op dezelfde manier worden gescoord als de oude items uit de DROS. Naast de DROS 2.0 werd aanvullende informatie gevraagd over de cliënten voor het beschrijven van de onderzoeksgroep, zoals leeftijd, primaire diagnose en indexdelict. Beschikbare data uit ROM en risicotaxatie werd opgevraagd om de convergente validiteit van de nieuwe items en schalen te bepalen (zie *Meetinstrumenten*). Ten slotte konden behandelaren feedback geven op de nieuwe items die zijn verwerkt in de nieuwe DROS 2.0 handleiding.

5.2.2 Onderzoeksgroep

In totaal is de DROS 2.0 bij 109 cliënten afgenomen, verdeeld over de 5 instellingen (voor de verdeling, zie Tabel 3). Cliënten waarvoor een DROS 2.0 werd ingevuld, waren klinisch opgenomen in de instellingen. De meeste cliënten waren man (82%) en van Nederlandse afkomst (63%). De gemiddelde leeftijd was 38 jaar (van 20 tot 62 jaar). Cliënten waren voornamelijk gedwongen (81%) opgenomen en zaten met name in gesloten (74%) afdelingen. Zie Tabel 3 voor meer informatie over de onderzoeksgroep.

Tabel 3.

Demografische kenmerken van de onderzoeksgroep ($n = 109$)

	Gemiddelde (SD)
Leeftijd (jaren)	38 (10)
Behandelduur (maanden)	32 (40)
IQ ¹	69 (10)
	n (%)
Instelling	
Ipse de Bruggen	20 (18)
Rooyse Wissel	20 (18)
Forensische Zorgspecialisten	22 (20)
Stevig	20 (18)
Trajectum	27 (25)
Geslacht	
Man	89 (82)
Vrouw	20 (18)
Culturele afkomst	
Nederlands	69 (63)
Anders	40 (37)
Open/gesloten afdeling	
Open	29 (27)
Gesloten	80 (73)
Vrijwillige/gedwongen opname	
Vrijwillig	21 (19)
Gedwongen	88 (81)
Gedwongen, civielrechtelijk	14 (13)
Gedwongen, strafrechtelijk	70 (64)
Gedwongen, onbekend	4 (4)
Opname vanwege internaliserende of externaliserende problematiek	
Internaliserend	6 (6)
Externaliserend	46 (42)
Beide	52 (48)
Onbekend	5 (5)
Indexdelict	
Geen	20 (18)
Geweld (uitsluitend)	34 (31)
Zeden (uitsluitend)	15 (14)
Overig (uitsluitend)	15 (14)
Geweld en zeden	5 (5)
Geweld en overig	14 (13)
Zeden en overig	3 (3)
Geweld, zeden en overig	2 (2)
Onbekend	1 (1)
DSM-IV primaire diagnose (naast LVB)	
Geen	2 (2)
Schizofrenie en andere psychotische stoornissen	28 (26)
Aan middelen gebonden stoornissen	17 (16)
Autisme Spectrum Stoornissen	15 (14)
Seksueel grensoverschrijdend gedrag	10 (9)
Stoornissen in de impulsbeheersing	8 (7)
Posttraumatische stressstoornis	6 (6)
Stemmingsstoornissen	2 (2)
Overig (As I)	3 (3)
Persoonlijkheidsstoornissen (As II)	18 (17)
Middelenverslaving	
Geen	38 (35)
Alcohol (uitsluitend)	6 (6)
Cannabis (uitsluitend)	14 (13)
Illegale drugs (uitsluitend)	7 (6)
Meerdere middelen	44 (40)

¹ $n = 101$ n = aantal cliënten; SD = standaarddeviatie.

5.2.3 Meetinstrumenten

Dynamic Risk Outcome Scales. De oorspronkelijke DROS bestaat uit 42 items die samen 14 schalen vormen (Drieschner & Hesper, 2008). De schalen en items van de DROS zijn geselecteerd op basis van onderzoek bij gemiddeld begaafde populaties naar dynamische risicofactoren voor recidive (zie o.a. Andrews & Bonta, 2003; Douglas & Skeem, 2005; Mann, Hanson & Thornton, 2010), die ook gerelateerd zijn aan recidive bij mensen met een LVB (zie bijvoorbeeld Gray, Fitzgerald, Taylor, MacCulloch & Snowden, 2007; Lindsay et al., 2008; Van der Put, Asscher, Stams & Moonen, 2014). De items van de DROS worden gescoord op een 5-puntschaal van 1 tot en met 5, waarbij de scores 1, 3 en 5 verankerd zijn. Dit houdt in dat er bij deze scores beschrijvingen staan op basis waarvan de behandelaar de score kan bepalen. Een lage (dan wel hoge) score betekent dat dit item voor de cliënt een groot (dan wel klein) risico vormt voor externaliserend probleemgedrag. De totaalscore is de gemiddelde score van de subschalen en duidt het algemeen risiconiveau aan.

In het kader van dit KFZ-project zijn twee schalen aan de DROS toegevoegd. De eerste schaal, *Sociaal netwerk*, bestond uit 3 items: *Criminogene contacten*, *Prosociale steun en Stressoren vanuit sociaal netwerk*. De tweede schaal, *Internaliserende risicofactoren*, bestond uit 5 items: *Stressklachten*, *Zelfwaardering*, *Omgaan met stemming gerelateerde klachten*, *Omgaan met trauma gerelateerde klachten* en *Acting out van internaliserende problemen*.

Om de validiteit van de nieuwe items en schalen te onderzoeken, is gebruik gemaakt van vragenlijsten die beschikbaar waren in de ROM van de verschillende instellingen, te weten de Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie (HKT-R; Spreen, Brand, Ter Horst & Bogaerts, 2013), Historical Clinical Risk Management (HCR-20^{v3}; De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & De Ruiters, 2013) en Adult Behavior Checklist (ABCL; Achenbach & Rescorla, 2003).

Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie. De Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie (HKT-R; Spreen et al., 2013) werd binnen Trajectum en Ipse de Bruggen afgenomen ($n = 38$). De HKT-R is een risicotaxatievragenlijst waarmee het risico op gewelddadige recidive wordt ingeschat door middel van historische gegevens (de H items), klinische of dynamische gegevens (de K items) en toekomstige gegevens (de T items). De items worden gescoord op een 5-puntschaal van 0 tot 4, waarbij 0 aangeeft dat het item geen of zeer laag risico is voor de cliënt en 4 aangeeft dat er een hoog risico is. De vragenlijst wordt ingevuld door de behandelaar van de cliënt. Voor het huidige onderzoek werden de items *K14: Beïnvloeding door beschermende en/of risicovolle netwerkleden* en *T6: Sociaal netwerk* gebruikt om te vergelijken met de schaal *Sociaal netwerk* en de afzonderlijke items van deze schaal.

Historical Clinical Risk management-20 versie 3. De Historical Clinical Risk management-20 versie 3 (HCR-20^{v3}; De Vogel et al., 2013) werd binnen de Rooyse Wissel en de Forensische Zorgspecialisten afgenomen ($n = 30$). De HCR-20^{v3} is een risicotaxatievragenlijst voor het inschatten van het risico op gewelddadige recidive waarbij net als bij de HKT-R wordt gekeken naar historische gegevens (de H items), klinische of dynamische gegevens (de C items) en naar toekomstige of risicohanteringsgegevens (de R items). De items worden gescoord door aan te geven of het item aanwezig is op een 3-puntschaal, waarbij 0 niet aanwezig, 1 deels aanwezig en 2 aanwezig is. De lijst wordt ingevuld door de behandelaar van de cliënt. Voor het huidige onderzoek werden de items *H6B Geschiedenis van problemen met stemmingsstoornis*, *H8a Geschiedenis van problemen met victimisatie/trauma*, *C3b Recente problemen met stemmingsstoornis*, *C4a Affectieve instabiliteit* en *R5*

Stress/coping gebruikt om te vergelijken met de schaal *Internaliserende risicofactoren* en de aparte items van deze schaal. H3a *Geschiedenis van problemen met intieme relaties* en R3 *Toekomstige problemen met persoonlijke steun* zijn gebruikt om te vergelijken met de schaal *Sociaal netwerk* en de aparte items van deze schaal. Het item H3b *Geschiedenis van problemen met niet-intieme relaties* is niet gebruikt, omdat iedereen een 2 (*aanwezig*) op dit item scoort.

Adult Behavior Checklist. De Adult Behavior Checklist (ABCL; Achenbach & Rescorla, 2003) werd binnen Trajectum en Ipse de Bruggen afgenomen ($n = 35$). De ABCL is een vragenlijst die de klachten en symptomen van de cliënt in kaart brengt. De items worden gescoord op een 3-puntschaal van 0 tot 2, waarbij 0 helemaal niet van toepassing, 1 een beetje of soms van toepassing en 2 duidelijk of vaak van toepassing is. De vragenlijst wordt ingevuld door de groepsleiding. Voor het huidige onderzoek werden de schalen *Internaliserende problemen* en *Angstig/depressief* gebruikt om te vergelijken met de schaal *Internaliserende risicofactoren* en de aparte items van deze schaal. Er zijn positieve psychometrische kenmerken gevonden bij een LVB groep, met een redelijk tot uitstekende interne consistentie en een redelijk tot uitstekende interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Tenneij & Koot, 2007).

5.2.4 Statistische analyses

Voor de analyses is gebruik gemaakt van SPSS (versie 21). Om de interne consistentie te onderzoeken, is de Cronbach's alpha berekend. Voor 35 cliënten is de DROS binnen 2 tot 6 weken opnieuw afgenomen om de test-hertestbetrouwbaarheid te berekenen door middel van Spearman's ρ . Voor 35 cliënten is de DROS ook afgenomen door een andere behandelaar die de cliënt goed kent, om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te berekenen door middel van Intra Class Correlatie (ICC; single measure, one way random).

Ten slotte is de convergente validiteit van de schalen en items berekend. Pearson's r correlatie is berekend tussen schalen en items van vragenlijsten met vergelijkbare onderwerpen, zoals het item *Sociaal netwerk* van de HKT-R in vergelijking met de DROS 2.0 schaal *Sociaal netwerk* en de afzonderlijke items. Zie Tabel 4 voor de afkapwaarden van de analyses.

Tabel 4

Afkapwaarden voor betrouwbaarheid- en convergente validiteitsanalyses.

Interne consistentie ¹ (alpha)	Intra Class Correlatie ¹	Correlaties ² (test-hertest en validiteit)
< 0,50 zeer laag	< 0,40 laag	0,10 en 0,30 klein
Tussen 0,50 – 0,70 laag	0,40 en 0,59 redelijk	0,30 en 0,50 matig
Tussen 0,70 en 0,79 redelijk	0,60 en 0,74 goed	> 0,50 groot
Tussen 0,80 en 0,89 goed	> 0,75 uitstekend	
> 0,90 uitstekend		

¹ Cicchetti, 1994

² Cohen, 1992

5.3 Resultatenbeschrijving

5.3.1 Betrouwbaarheid

In Tabel 5 wordt de betrouwbaarheid weergegeven van de volledige DROS 2.0 in de eerste pilot. Wat opvalt, is dat de interne consistentie van de schaal *Sociaal netwerk* met $\alpha = 0,40$ zeer laag is en daarmee onder de afkapwaarde van 0,70 zit voor een redelijke betrouwbaarheid. Voor *Internaliserende risicofactoren* is de interne consistentie met $\alpha = 0,73$ redelijk. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is voor beide nieuwe schalen

uitstekend en de test-hertestbetrouwbaarheid is hoog. Voor de nieuwe items apart is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid redelijk tot goed voor beide nieuwe schalen. De test-hertestbetrouwbaarheid is voor alle items van beide schalen hoog.

5.3.2 Convergente validiteit

Door middel van correlaties tussen de nieuwe items en schalen van de DROS 2.0 met overeenkomende items en schalen van de HKT-R, HCR-20^{v3} en ABCL is de convergente validiteit bepaald. Tabel 6 geeft de sterkte van de correlaties weer. De correlaties tussen de items en schaal *Sociaal netwerk* van de DROS 2.0 en vergelijkbare items van de HKT-R en HCR-20^{v3} waren grotendeels in de verwachte richting. Het item *Beïnvloeding door beschermende en/of risicovolle netwerkleden* van de HKT-R was significant gerelateerd aan item 15.1 *Criminogene contacten* en aan de schaal *Sociaal netwerk*. Daarnaast was het item *Geschiedenis van problemen met intieme relaties* van de HCR-20^{v3} significant gerelateerd aan item 15.1 *Criminogene contacten*.

De correlaties tussen de items en schaal *Internaliserende risicofactoren* en de ABCL schalen *Internaliserende problemen* en *Angstig/depressief* waren ook grotendeels in de verwachte richting, echter de relaties waren niet significant. De correlaties tussen de items en schaal *Internaliserende risicofactoren* en de HKT-R en HCR-20^{v3} waren alle in de verwachte richting. Voor de items *Omgaan met stemmingsgerelateerde klachten* en *Acting out van internaliserende problemen* en de schaal *Internaliserende risicofactoren* van de DROS 2.0 was er een significante relatie met verschillende items van de HCR-20^{v3}, zoals *Recente problemen met stemmingsstoornis* en *Affectieve instabiliteit*.

5.3.3 Feedback behandelingen

Bij het scoren van de items van de nieuwe schalen van de DROS 2.0 heeft een aantal behandelingen feedback gegeven. Deze feedback had soms betrekking op het scoren van een specifieke cliënt, maar ook op formuleringen en suggesties voor het aanpassen van de omschrijving en verankering van de items. Naar aanleiding van deze feedback is op een aantal punten de tekst van de items veranderd. Bij item 15.2 is bijvoorbeeld het woord *prosociaal* weggelaten waardoor de titel van het item is veranderd in *Steun*, en zijn voorbeelden van steun onderverdeeld in sociale, emotionele en praktische steun. Bij item 16.5 *Acting out van internaliserende problemen* bleek de term *acting out* onduidelijk voor een aantal behandelingen. Deze term is daarom veranderd in *ineffectieve coping*, waardoor de titel van het item is veranderd in *Ineffectieve coping bij internaliserende problemen*.

Tabel 5

Betrouwbaarheid van de eerste pilot van de DROS 2.0.

	Interne consistentie (alpha)	Intra Class Correlatie	Test-hertest (Spearman's ρ)
<i>Nieuwe items</i>			
15.1 Criminogene contacten		0,72	0,93
15.2 Prosociale steun		0,59	0,91
15.3 Stressoren vanuit sociaal netwerk		0,59	0,83
16.1 Stressklachten		0,56	0,77
16.2 Zelfwaardering		0,56	0,93
16.3 Omgaan met stemming gerelateerde klachten		0,62	0,75
16.4 Omgaan met trauma gerelateerde klachten		0,60	0,85
16.5 Acting out van internaliserende problemen		0,74	0,97
<i>Oude DROS schalen</i>			
Probleembesef/probleeminzicht	0,89	0,80	0,76
Attitude tegenover de huidige behandeling of begeleiding	0,81	0,75	0,87
Ideeën en verwachtingen over de situatie <i>na</i> behandeling	0,89	0,83	0,82
Medewerking aan de behandeling/begeleiding	0,72	0,57	0,96
Antisociale attitudes	0,84	0,74	0,83
Copingvaardigheden	0,76	0,63	0,90
Vijandigheid	0,81	0,75	0,72
Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag	0,85	0,78	0,96
Impulsiviteit	0,48	0,57	0,90
In stand houden van stabiliserende structuren	0,66	0,74	0,90
Zelfredzaamheid A: zelfverwaarlozing/zelfzorg	0,86	0,66	0,97
Zelfredzaamheid B: functionele schoolse vaardigheden	0,88	0,60	0,96
Sociale vaardigheden en gedrag	0,55	0,64	0,85
Verslaving, middelengebruik en gokken	0,91	0,69	0,94
Psychotische symptomen	0,80	0,79	0,92
Oorspronkelijke DROS totaalscore (oud)	0,94	0,85	0,90
<i>Nieuwe DROS (2.0) schalen</i>			
Sociaal netwerk	0,40	0,78	0,95
Internaliserende risicofactoren	0,73	0,77	0,93
DROS 2.0 totaalscore	0,94	0,85	0,90

5.3.4 Pilot 2

Door de zeer lage interne consistentie van de nieuwe schaal *Sociaal netwerk* is besloten om aanpassingen te maken in de items en opnieuw de interne consistentie te bepalen in een tweede pilot. Hiervoor is in een adviesraadoverleg met name gekeken naar de feedback van behandelaren op de items. Een aantal behandelaren gaf aan dat de score voor item 15.1 *Criminogene netwerkleden* voor sommige cliënten lastig te bepalen was. Doordat in dit item het aantal criminogene contacten en de beïnvloedbaarheid samen

zaten, was het lastig om een score te bepalen als het aantal criminogene contacten van de cliënt laag was, maar de beïnvloedbaarheid hoog. Om die reden is besloten dit item op te delen in 2 items: 15.1A *Aantal criminogene netwerkleden en intensiteit van het contact* en 15.1B *Identificatie en beïnvloedbaarheid*. Verder zijn de items 15.2 *Steun* en 15.3 *Netwerkwerkstressoren* aangepast vanwege onduidelijkheden. In totaal zijn deze nieuwe items ingevuld voor 63 cliënten. De interne consistentie is $\alpha = 0,63$. Ofschoon dit een verbetering is ten opzichte van de vorige versie komt de alpha niet boven de afkapwaarde van 0,70 (redelijke betrouwbaarheid). Dit zou opgelost kunnen worden door het item *Steun* weg te laten. Dan wordt de interne consistentie $\alpha = 0,71$. Echter, omdat steun een belangrijk behandeldoel is voor behandelaars, is besloten dit item te behouden en de interne consistentie van $\alpha = 0,63$ te accepteren.

Voor de inhoud van de nieuwe items van de DROS 2.0, zie Bijlage 1.

5.3.5 Kleine aanpassingen bestaande schalen

Na het vaststellen van de nieuwe schalen van de DROS 2.0 is gekeken naar de formuleringen in de items van de bestaande schalen. Kleine aanpassingen zijn daarin gemaakt, onder andere door tekst in de aspecten gelijk te trekken met tekst in de ankerpunten. Ook het voorwoord is in de DROS 2.0 aangepast om de verschillen met de oorspronkelijke DROS en de DROS 2.0 duidelijk te maken.

Tabel 6

Correlaties (Pearson's r) tussen nieuwe items en schalen van de DROS 2.0 met overeenkomende items en schalen van de HKT-R, HCR-20^{v3} en ABCL.

	15.1 <i>Criminogene contacten</i>	15.2 <i>Pro-sociale steun</i>	15.3 <i>Stressoren vanuit sociaal netwerk</i>	<i>Sociaal netwerk</i>			
HKT-R (n = 38)							
K14 Beïnvloeding door beschermende en/of risicovolle netwerkliden	-0,335*	-0,155	-0,189	-0,324*			
T6 Sociaal netwerk	-0,273	-0,207	-0,002	-0,230			
HCR-20^{v3} (n = 30)							
H3a Geschiedenis van problemen met intieme relaties	0,522**	-0,013	-0,065	0,216			
R3 Toekomstige problemen met persoonlijke steun	-0,097	-0,271	0,175	-0,096			
	16.1 <i>Stressklachten</i>	16.2 <i>Zelfwaardering</i>	16.3 <i>Omgaan met stemmingsgere- lateerde klachten</i>	16.4 <i>Omgaan met trauma gerelateerde klachten</i>	16.5 <i>Acting out van internaliserende problemen</i>	<i>Internaliserende risicofactoren</i>	
ABCL (n = 35)							
Internaliserende problemen	-0,044	-0,265	-0,186	-0,114	-0,124	-0,212	
Angstig/depressief	-0,031	-0,271	-0,143	0,037	-0,098	-0,148	
HKT-R (n = 38)							
T7 Stresserende omstandigheden	-0,117						
HCR-20^{v3} (n = 30)							
H6B Geschiedenis van problemen met stemmingsstoornis	-0,096						
H8a Geschiedenis van problemen met victimisatie/trauma	-0,363						
C3b Recente problemen met stemmingsstoornis	-0,379*						
C4a Affectieve instabiliteit	-0,211	-0,419*					
C4 Instabiliteit	-0,588**						
R5 Stress/coping	-0,324	-0,641**					
		-0,358					
		-0,307					

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

6. Conclusie

Bovenstaande onderzoeken hebben geleid tot een doorontwikkeling van de DROS naar de DROS 2.0. De handleiding van de DROS 2.0 is beschikbaar op de website van Trajectum (www.trajectum.info) en KFZ (www.kfz.nl).

Vanwege de resultaten van het onderzoek naar de voorspellende waarde van de DROS voor recidive is besloten om het gebruik van de DROS als risicotaxatie-instrument niet in de DROS 2.0 op te nemen. De resultaten laten zien dat de DROS totaalscore *algemene, geweld, en seksuele recidive* beter dan kans kan voorspellen. Ook een DROS-recidive subschaal kan *algemene, geweld en overige recidive* voorspellen met een middelgroot tot groot effect. De voorspellende waarden lijken vergelijkbaar met de voorspellende waarde van een veelgebruikt risicotaxatie-instrument in de forensische zorg, namelijk de HKT-30. Echter, een voorspellende waarde die beter is dan kans of met een middelgroot effect kan voor de praktijk onvoldoende zijn om recidive te kunnen voorspellen. Meer (en onafhankelijk) onderzoek is nodig om het gebruik van de DROS als risicotaxatie-instrument te kunnen onderbouwen.

De DROS 2.0 is een uitgebreide en deels herziene versie van de oorspronkelijke DROS (Drieschner & Hesper, 2008). Er is een schaal toegevoegd over internaliserende risicofactoren en de oorspronkelijke tabel om het sociaal netwerk in kaart te brengen is aangepast naar een schaal vergelijkbaar met de andere schalen van de DROS. Zie Bijlage 1 voor de inhoud van de nieuwe items van de DROS 2.0 en zie Bijlage 2 voor de theoretische onderbouwing van deze items.

7. Discussie

7.1 Voorspellende waarde van de DROS

De DROS is oorspronkelijk ontwikkeld als meetinstrument om de voortgang van de behandeling te meten van mensen met een LVB en ernstige gedrags- en/of psychiatrische problemen. Vanwege de inhoud van de oorspronkelijke DROS (Drieschner & Hesper, 2008), die is gericht op dynamische risicofactoren, wordt deze in de praktijk ook ingezet als risicotaxatie-instrument. In het kader van de doorontwikkeling van de DROS is onderzocht of de oorspronkelijke versie hiervoor gebruikt kan worden.

Uit het onderzoek blijkt dat de DROS totaalscore en een DROS-recidive subschaal verschillende typen recidive beter dan kans kunnen voorspellen. Ook lijken de voorspellende waarden vergelijkbaar met de voorspellende waarde van de HKT-30. Om de toegevoegde waarde voor de praktijk te bepalen is meer en onafhankelijk onderzoek is nodig.

7.2 DROS 2.0

Met behulp van een adviesraad, literatuuronderzoek en input van behandelaren zijn nieuwe items ontwikkeld voor de schalen *Sociaal netwerk* en *Internaliserende risicofactoren*. Deze items en schalen zijn vervolgens onderzocht op betrouwbaarheid (interne consistentie, interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en test-hertestbetrouwbaarheid) en convergente validiteit, waarbij gekeken wordt naar de relatie tussen items die een vergelijkbaar construct meten.

Uit de eerste pilot van de DROS 2.0 met de nieuwe items van schaal 16 *Internaliserende risicofactoren* blijkt dat de schaal betrouwbaar is. De items laten samen een goede interne consistentie zien. Ook blijkt er een goede mate van overeenstemming wanneer een andere behandelaar die de cliënt goed kent de items van de schaal *Internaliserende risicofactoren* invult. Uit de hoge test-hertest correlaties van de schaal en afzonderlijke items blijkt dat de schaal zodanig (goed) omschreven is dat behandelaren tot dezelfde scoring komen als items na een relatief korte periode (2-6 weken) opnieuw worden ingevuld. De convergente validiteit van de schaal en de items is redelijk in vergelijking met een aantal items van de HCR-20^{V3}. In vergelijking met de internaliserende schalen van de ABCL zijn de relaties met de schaal *Internaliserende risicofactoren* grotendeels in de verwachte richting. Relaties waren echter niet significant. Het is mogelijk dat er te weinig power was om dit aan te tonen, echter zijn enkele relaties te laag om bij meer power significante relaties te verwachten. Een andere verklaring voor de niet-significante relaties kan zijn dat er een verschil is in beoordelaars. De ABCL wordt beoordeeld door groepsleiding waarbij gekeken wordt naar het getoonde gedrag, terwijl de DROS wordt beoordeeld door behandelaren waarbij naast het gedrag ook gekeken wordt naar de cognities en vaardigheden van de cliënt. Ook is het mogelijk dat de internaliserende schalen van de ABCL iets anders meten dan de schaal *Internaliserende risicofactoren* van de DROS beoogt te meten. Bij de ABCL is een relatie met externaliserend probleemgedrag niet noodzakelijk noch bedoeld, terwijl dit bij de nieuwe schaal van de DROS wel beoogd is. De vergelijking met een risicotaxatie-instrument zoals de HCR-20^{V3} is dan mogelijk meer op zijn plaats.

De herziene schaal 15 *Sociaal netwerk* van de DROS 2.0 liet in de eerste pilot een zeer lage interne consistentie zien. Er blijkt een goede mate van overeenstemming in de schaal en items afzonderlijk wanneer een andere behandelaar die de cliënt goed kent de items invult. Ook test-hertest correlaties van de schaal en afzonderlijke items zijn hoog,

wat betekent dat de schaal zodanig (goed) omschreven is dat behandelaren tot dezelfde scoring komen als items een korte periode na elkaar opnieuw worden ingevuld. Wat betreft de convergente validiteit waren relaties tussen de items en schaal *Sociaal netwerk* met vergelijkbare items van de HKT-R in de verwachte richting en significant gerelateerd aan het item van de HKT-R over beïnvloeding door beschermende en/of risicovolle netwerkleden en het item van de HCR-20^{v3} over geschiedenis van problemen met intieme relaties. De nieuwe items en schaal waren niet significant gerelateerd aan toekomstige problemen in het sociaal netwerk van zowel de HKT-R als de HCR-20^{v3}. Dit kan te maken hebben met het verschil in doel van het instrument, namelijk risicotaxatie (HKT-R en HCR-20^{v3}) of het meten van behandelvoortgang (DROS). Toekomstige netwerken kunnen anders ingeschat worden dan netwerken in het verleden die van invloed zijn op het verloop in behandeling.

Vanwege de lage interne consistentie van de schaal *Sociaal netwerk* is besloten om de items aan te passen en een tweede pilot naar interne consistentie van de nieuwe schaal uit te voeren. De interne consistentie van deze nieuwe schaal met 4 items is een verbetering ten opzichte van de vorige versie, maar is nog steeds onder het afkappunt van een redelijke betrouwbaarheid. De interne consistentie van de schaal *Sociaal netwerk* is vergelijkbaar met een aantal andere schalen van de DROS. Vervolgonderzoek om de betrouwbaarheid te verhogen zou zich moeten richten op de schalen van de DROS 2.0 waarbij de interne consistentie laag is, namelijk *Impulsiviteit*, *Onderhouden van prosociale structuren*, *Sociale vaardigheden en gedrag*, en *Sociaal netwerk*. De items apart kunnen belangrijk zijn voor behandeldoelen en zijn daardoor belangrijk voor een ROM-instrument. Echter, vanwege de lage interne consistentie moeten de gemiddelde scores van deze schalen met een zekere voorzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Onderzoek naar de oorspronkelijke DROS liet zien dat het instrument betrouwbaar en valide is (Delforterie et al., in druk; Drieschner, 2014), geschikt is om veranderingen in dynamische risicofactoren te meten (Hesper & Drieschner, 2013) en agressief gedrag binnen een behandelvoorziening kan voorspellen (Drieschner et al., 2013). Met behulp van de gebruikers van de DROS is een schaal toegevoegd en een schaal herzien om de bruikbaarheid voor het meten van behandel-effecten bij mensen met een LVB en externaliserend probleemgedrag te vergroten. Met de toevoeging van de schaal *Internaliserende risicofactoren* wordt tegemoet gekomen aan de wens om internaliserende problemen van de cliënt in kaart te brengen. Met de herziening van de tabel over het sociaal netwerk is het nu mogelijk om de risicofactoren in het sociaal netwerk in kaart te brengen en mee te nemen in de totale schaal van de DROS. Op deze manier kunnen de risicofactoren van internaliserend probleemgedrag en sociaal netwerk meegenomen worden in het meten van de behandelvoortgang van mensen met een LVB en externaliserend probleemgedrag.

Scholing

Bij een beoordelingsinstrument zoals de DROS 2.0 bepaalt de beoordelaar in hoge mate de kwaliteit van de meetscores. Bij ondeskundig gebruik kunnen meetscores onbetrouwbaar of zelfs misleidend zijn en tot verkeerde conclusies leiden. Daarom is een beoordelaarstraining voor het afnemen van de DROS 2.0 voor nieuwe gebruikers verplicht. Voor ervaren gebruikers is het niet nodig opnieuw scholing te volgen en volstaat met het goed doorlezen van de nieuwe items.

De training duurt één dagdeel (4 uur). Naast de correcte scoring van de DROS wordt aandacht besteed aan de interpretatie van meetscores en het gebruik van de DROS voor de evaluatie en planning van individuele behandelingen. Na de training ontvangen de

deelnemers een certificaat. De primaire gebruikersgroep van de DROS zijn behandelaren. Met een HBO-opleiding en ruime ervaring met de doelgroep kan de DROS meestal ook zonder problemen worden gebruikt. De ervaring leert echter dat bij personen zonder gedragsdeskundige achtergrond tijdens de training geëvalueerd moet worden of betrouwbare scoring haalbaar is.

Voor meer informatie of aanmelden voor de training, zie <https://www.trajectum.nl/dros-instrument>.

8. Literatuurlijst

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2003). *Manual for the ASEBA adult forms and profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, & Families.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment, 6*, 284 - 290.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*, 155 - 159.
- De Vogel, V., De Vries Robbé, M., Bouman, Y. H. A., Chakhssi, F., & De Ruiter, C. (2013). *HCR-20 V3: Risicotaxatie van geweld – Gebruikershandleiding*. Delft: Eburon Academic Publishers.
- Delforterie, M. J., Hesper, B. L., & Didden, R. (in druk). Psychometric properties of the Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) for individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and externalizing behavior problems. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, DOI: 10.1111/jar.12546.
- Drieschner, K. H. (2014). *Dynamic Risk Outcome Scales (DROS): Inhoud, onderbouwing, psychometrische eigenschappen en gebruikseigenschappen*. Boschoord: Trajectum.
- Drieschner, K. H., & Hesper, B. L. (2008). *Dynamic Risk Outcome Scales*. Boschoord: Trajectum.
- Drieschner, K. H., Marrozos, I., & Regenboog, M. (2013). Prevalence and risk factors of inpatient aggression by adults with intellectual disabilities and severe challenging behaviour: A long-term prospective study in two Dutch treatment facilities. *Research in Developmental Disabilities, 34*, 2407-2418.
- Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment: Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law, 11*, 347-383.
- Gray, N. S., Fitzgerald, S., Taylor, J., MacCulloch, M. J., & Snowden, R. J. (2007). Predicting future reconviction in offenders with intellectual disabilities: The predictive efficacy of VRAG, PCL-SV, and the HCR-20. *Psychological Assessment, 19*, 474-479.
- Hesper, B., Delforterie, M. J. & Didden, R. (2016). Routine outcome monitoring (ROM). In R. Didden, P. Troost, X. Moonen, W. Groen (Eds.), *Handboek psychiatrie en lichte verstandelijke beperking* (p. 483 - 492). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hesper, B., & Drieschner, K. H. (2013). *Effectevaluatie SGLVG(+)*. Den Dolder: De Borg.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: A critical review of the literature. *Archives of Suicide Research, 11*, 129-147.
- Krysinska, K., & Lester, D. (2010). Post-traumatic stress disorder and suicide risk: A systematic review. *Archives of Suicide Research, 14*, 1-23.
- Lemos, I., & Faísca, L. (2015). Psychosocial adversity, delinquent pathway and internalizing psychopathology in juvenile male offenders. *International Journal of Law and Psychiatry, 42*, 49-57.
- Lindsay, W. R., Hogue, T. E., Taylor, J. L., Steptoe, L., Mooney, P., O'Brian, G., Johnston, S., & Smith, A. H. W. (2008). Risk assessment in offenders with intellectual disability: A comparison across three levels of security. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 52*, 90-111.
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse, 22*, 191-217.
- Nagtegaal, M.H. (2010). *Risicotaxatie- en risicomangementmethoden: Een inventarisatie in de forensisch psychiatrische centra in Nederland*. Den Haag: WODC. Factsheet 2010-7.

- Pratt, T. C., Cullen, F. T., Sellers, C. S., Winfree, T., Madensen, T. D., Daigle, L. E., Fearn, N. E., & Gau, J. M. (2010). The empirical status of social learning theory: a meta-analysis. *Justice Quarterly*, 27, 765-802.
- Rice, M. E., & Harris, G. T. (2005). Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, 29, 615 – 620.
- Sprenen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2013). *Handleiding HKT-R Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie*. Groningen: Werkgroep HKT-Revisie.
- Tenneij, N. H., & Koot, H. M. (2007). A preliminary investigation into the utility of the Adult Behavior Checklist in the assessment of psychopathology in people with low IQ. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20, 391-400.
- Van den Berg, J. W., & de Vogel, V. (2011). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten met een lichte verstandelijke handicap: hoe bruikbaar zijn risicotaxatie-instrumenten? *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 83-93.
- Van der Put, C. E., Asscher, J. J., Stams, G. J. J. M., & Moonen, X. M. H. (2014). Differences between juvenile offenders with and without intellectual disabilities in the importance of static and dynamic risk factors for recidivism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58, 992-1003.
- Van Horn, J., Eisenberg, M., & Uzieblo, K. (2016). Risicotaxatie in de Nederlandse ambulante forensische geestelijke gezondheidszorg. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 58, 583-592.
- Völker, B., Baerveldt, C., & Driessen, F. (2015). Vriendschap en criminaliteit bij jongeren. In I. Weijers, & C. Eliaerts (editors), *Jeugdcriminalologie: achtergronden van jeugdcriminaliteit*. - 2e druk (blz. 259-272). Den Haag: Boom Lemma.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2002). *Handleiding HKT-30: risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Wheeler, J. R., Clare, I. C., & Holland, A. J. (2013). Offending by people with intellectual disabilities in community settings: a preliminary examination of contextual factors. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26, 370-383.

9. Bijlage 1: Nieuwe items DROS 2.0

15. Sociaal netwerk

Toelichting

De meeste mensen met een licht verstandelijke beperking blijven ook na behandeling in verschillende mate afhankelijk van steun uit het sociaal netwerk. Het sociaal netwerk bestaat uit personen die van betekenis zijn voor de cliënt, door een familie- of gezinsband, vriendschap of liefdesrelatie. Professionele contacten worden hier alleen meegenomen als het contact ook na de huidige zorg in stand blijft, zoals bij mentorschap doorgaans het geval is. Ook medecliënten worden alleen beschouwd als netwerkleden als zij in zicht blijven na de zorg. Overvraging van de cliënt door netwerkleden is een belangrijk aandachtspunt voor de zorg, net als het vertrouwen dat netwerkleden hebben in gedragsverandering van de cliënt of in de zorg.

Verband met risico

Het sociaal netwerk biedt een opvangnet voor de cliënt. Concrete hulp en steun van netwerkleden is een beschermende factor bij stressvolle situaties. Het ontbreken van deze steun, of spanningen, conflict- en crisissituaties in het netwerk zijn een risico verhogende factor voor probleemgedrag.

15.1 Criminogene netwerkleden

Afgrenzing van andere items

- Of de cliënt zelf een criminogene attitude heeft wordt hier buiten beschouwing gelaten. Dit wordt gescoord bij items 5.1-5.4
- Het gaat hier om criminogene netwerkleden die gedrag vertonen dat op het grensvlak van, of buiten, de wet ligt. Contact met overige netwerkleden wordt gescoord bij 15.2 en 15.3.

15.1A Aantal criminogene netwerkleden en intensiteit van het contact

Gevarieerde aspecten:

1. Aantal netwerkleden met criminogeen gedrag*
2. Intensiteit van het contact** met criminogene netwerkleden



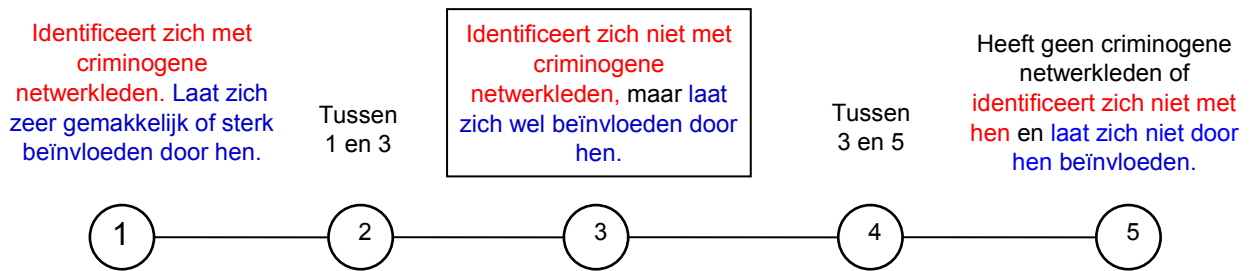
* Dit kan gaan om delinquent gedrag, maar ook om conflicten waarbij politie betrokken is of betrokkenheid bij twijfelachtige handeltjes, handel of productie van drugs of misbruik van mensen.

** Elkaar ontmoeten op straat, bezoeken, bellen, of het uitwisselen van berichten via sociale media.

15.1B Identificatie en beïnvloedbaarheid

Gevarieerde aspecten:

1. De mate van identificatie* met criminogene netwerkleden
2. De mate van beïnvloedbaarheid**



* Identificatie: De wens óf het gevoel te hebben erbij te horen of overeenkomsten met hen te hebben.

** Beïnvloedbaarheid: Cliënt past het eigen gedrag aan omdat cliënt veronderstelt dat dit van hem verwacht wordt, of omdat de cliënt het contact hiermee wil bevestigen.

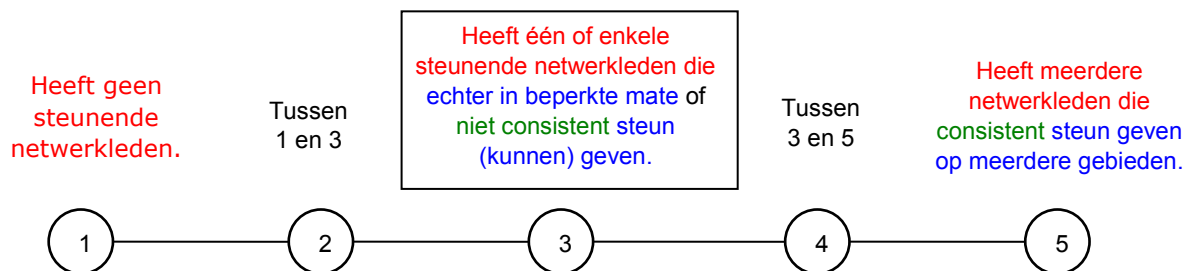
15.2 Steun

Afgrenzing van andere items

Steun door netwerkleden bij stressvolle situaties is een beschermende factor voor risicovol gedrag. Dat geldt niet voor steun die bijdraagt aan risicovol gedrag of criminele activiteiten en dat wordt hier dan ook buiten beschouwing gelaten. Dit wordt wel meegenomen bij item 15.1.

Gevarieerde aspecten:

1. Aantal steunende netwerkleden
2. Mate van steun*
3. De consistentie** van de steun



* Steun kan zowel uit sociale, emotionele of praktische steun bestaan. Voorbeelden van sociale steun zijn samen activiteiten ondernemen, beschikbaar zijn. Emotionele steun houdt in dat een netwerklid luistert naar de cliënt, erkenning geeft of advies. Praktische steun kan bestaan uit verschillende vormen van concrete hulp, bijvoorbeeld bij het zoeken naar werk, helpen bij verhuizen of financiële hulp.

**Steun wordt beschouwd als niet consistent als het tegenstrijdigheden bevat, soms wel en soms niet wordt gegeven, niet duurzaam is of als er voorwaarden aan de steun worden verbonden.

15.3 Netwerkstressoren

Gevarieerde aspecten

1. Hoeveelheid netwerkstressoren
2. Ernst van netwerkstressoren
3. Belasting van de cliënt

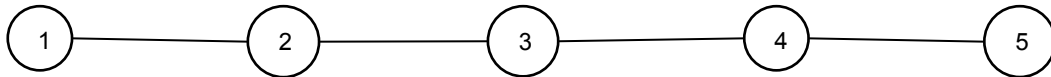
Er is sprake van meerdere, zeer ernstige, netwerkstressoren* waarover cliënt zich voortdurend zorgen maakt.

Tussen 1 en 3

Er is sprake van één of enkele, ernstige, netwerkstressoren*. Cliënt piekert regelmatig over stressoren in het netwerk.

Tussen 3 en 5

Er is hooguit sprake van één lichte netwerkstressor*. Cliënt piekert hooguit af en toe over het netwerk.



*Netwerkstressoren zijn gebeurtenissen, gedachten of gevoelens die gerelateerd zijn aan het netwerk en die tot stress leiden.

16. Internaliserende risicofactoren

Toelichting

Internaliserende risicofactoren bestaan uit internaliserende problemen die het risico verhogen voor externaliserend probleemgedrag, zoals stressklachten en een lage zelfwaardering. Ook stemmings- en trauma gerelateerde klachten verhogen het risico op externaliserend probleemgedrag.

Elke cliënt kan op deze items gescoord worden. De cliënt hoeft niet gediagnosticeerd te zijn met psychiatrische- of persoonlijkheidsproblematiek.

Verband met risico

Internaliserende problemen vergroten de lijdensdruk waardoor de zelfbeheersing afneemt. Een ineffectieve coping bij internaliserende problemen leidt tot een verhoogd risico voor risicovol gedrag. Dat geldt met name voor ineffectieve coping strategieën als vermijding (waaronder eetproblemen, middelenmisbruik of zelfverwonding) en overcompensatie (waaronder prikkelbaar reageren, de confrontatie zoeken of regel overtredend gedrag).

16.1 Stressklachten

Afgrenzing van andere items

- Negatieve gevolgen in contact met anderen door stress worden gescoord bij item 6.3.
- Het gaat hier om stressklachten zonder duidelijke directe aanleiding, zoals een provocatie of teleurstelling in sociaal contact. Stressklachten die ontstaan na een externe stressor worden meegenomen bij item 6.3.

Gevarieerde aspecten:

1. Frequentie van stressklachten*
2. Aanpassing van de daginvulling en begeleiding
3. Spanningsregulatie** al dan niet met ondersteuning

Heeft het grootste deel van de periode stressklachten waardoor een reguliere daginvulling en begeleiding niet mogelijk is en ook bij een aangepaste daginvulling en begeleiding blijven klachten bestaan. Kan ook met ondersteuning spanning niet reguleren.

Tussen 1 en 3

Heeft vaak stressklachten, waardoor regelmatig aanpassingen in de reguliere daginvulling en begeleiding nodig zijn. Kan met ondersteuning spanning reguleren.

Tussen 3 en 5

Heeft zelden stressklachten, maar kan ook dan een reguliere daginvulling en begeleiding aanhouden.



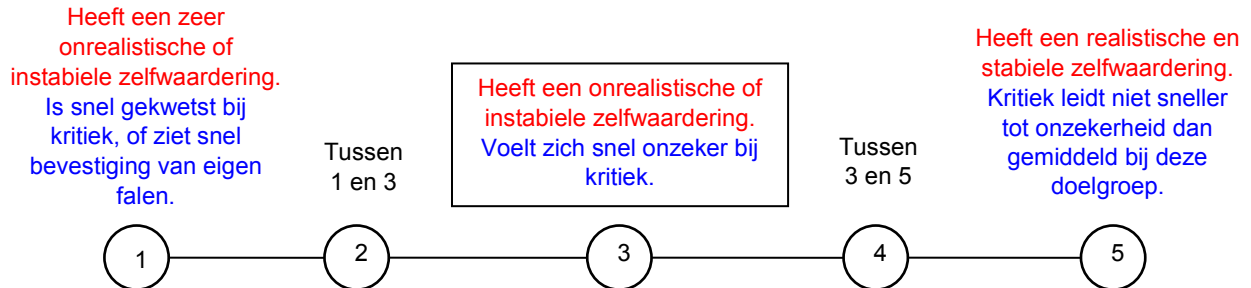
* Stressklachten kunnen zijn: moeite met ademen, versnelde/vertraagde of overslaande hartslag, beven/trillen, onrust, ongeduld, overdreven reageren, niet kunnen ontspannen, niet kunnen slapen, dwanggedachten, gejaagd gevoel, chaotische gedachten.

** Spanningsregulatie gaat hier om jezelf helpen om stress te verminderen zoals: ontspanningstechnieken toepassen, rust nemen, afleiding zoeken, hulp vragen.

16.2 Zelfwaardering

Gevarieerde aspecten:

1. Mate van onrealistische of instabiele zelfwaardering*
2. Gevoeligheid voor kritiek



*Een onrealistische of instabiele zelfwaardering komt tot uiting in onzekerheid, zichzelf dom voelen, anderen beter vinden, zichzelf naar beneden halen, van mening zijn te falen, niks te kunnen of mislukt te zijn, of in het zichzelf overschreeuwen.

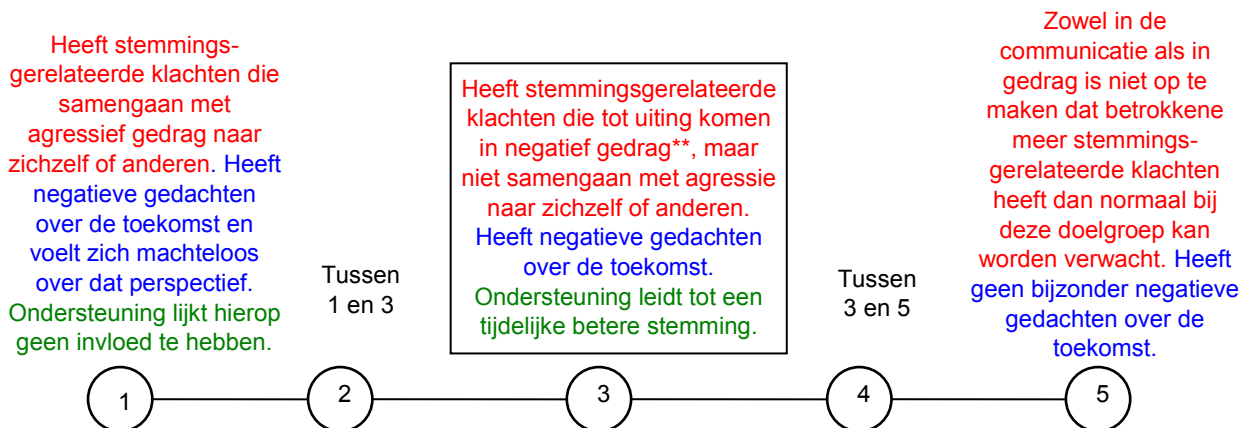
16.3 Omgaan met stemmingsgerelateerde klachten

Afgrenzing van andere items

- Zelfwaardering wordt hier buiten beschouwing gelaten. Dit wordt gescoord bij item 16.2.
- Of gedachten over de toekomst overeenkomen met de visie van de zorgverlener wordt gescoord bij schaal 3

Gevarieerde aspecten:

1. Omgaan met stemmingsgerelateerde klachten*
2. Gedachten over de toekomst, perspectief
3. In hoeverre de stemming van betrokkene positief beïnvloedbaar is met ondersteuning



* Stemmingsgerelateerde klachten zijn bijv.: verdrietige gevoelens, moedeloosheid over de toekomst, geen plezier of voldoening beleven, schuldig voelen, suïcidale gevoelens.

** Negatief gedrag is bijv.: prikkelbaar reageren, confrontatie zoeken, zich niet aan afspraken houden.

16.4 Omgaan met trauma gerelateerde klachten

Afgrenzing van andere items

- Depressieve symptomen door trauma worden hier buiten beschouwing gelaten. Deze worden gescoord bij item 16.3.
- Angstklachten die niet gerelateerd zijn aan trauma worden meegenomen bij item 16.5.

Gevarieerde aspecten:

1. Aanwezigheid van trauma gerelateerde klachten*
2. Beperking van contact met anderen, leefwereld en activiteiten door trauma gerelateerde klachten
3. Ineffectieve coping strategieën zoals vermijding, middelenmisbruik, zelfverwonding

Heeft trauma gerelateerde klachten waardoor het contact met anderen, de leefwereld en de activiteiten ernstig wordt beperkt. Past schadelijke coping strategieën toe zoals middelenmisbruik of zelfverwonding of klachten leiden tot woede-uitbarstingen.

Tussen
1 en 3

Heeft trauma gerelateerde klachten die het contact met anderen, de leefwereld en de activiteiten belasten maar niet beperken. Past ineffektieve maar minder gevaarlijke coping strategieën toe zoals vermijding of middelengebruik zonder schadelijke gevolgen.

Tussen
3 en 5

Eventuele klachten zijn niet terug te voeren op trauma of deze klachten hebben geen negatieve invloed op contact met anderen, de leefwereld of activiteiten en/of past adaptieve coping strategieën toe zoals erover praten of ontspanning zoeken.



* Trauma gerelateerde klachten zijn: opdringende herinneringen of dromen, dissociatie, lijdensdruk of fysiologische reacties bij prikkels die aan de gebeurtenis doen denken, overdreven waakzaamheid of schrikreacties, gevoel van vervreemding, cognitieve verstoring zoals het niet herinneren van belangrijke aspecten of overdreven negatieve overtuigingen die afgeleid zijn van de gebeurtenis.

16.5 Ineffectieve coping bij internaliserende problemen

Afgrenzing van andere items

- Coping gedrag wordt gescoord bij schaal 6. Hier gaat het om psychische coping strategieën.
- Cliënten die weinig internaliserende problemen hebben, maar wel agressie of regel overtredend gedrag vertonen scoren hier een 5. Dit gedrag wordt gescoord bij diverse andere items waaronder 4.3, 6.1, 6.2, 6.3.

Gevarieerde aspecten:

1. Mate van internaliserende problemen
2. De mate van ineffektieve coping *
3. In hoeverre de coping positief beïnvloedbaar is door ondersteuning

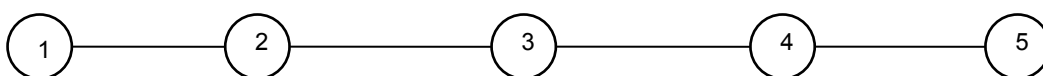
Heeft meerdere internaliserende problemen die samengaan met coping die op korte termijn schadelijk is voor zichzelf of anderen. Ondersteuning lijkt hierop geen invloed te hebben.

Tussen
1 en 3

Heeft internaliserende problemen die samengaan met ineffektieve, maar niet op korte termijn schadelijke, coping voor zichzelf of anderen. Ondersteuning heeft hier tijdelijk invloed op.

Tussen
3 en 5

Heeft weinig internaliserende problemen zonder ineffektieve coping.



* Coping strategieën waar anderen last van hebben of leiden tot gedrag dat schadelijk is voor de cliënt zelf. Dat kan zowel voortkomen uit vermijding (waaronder eetproblemen, middelenmisbruik of zelfverwonding), of uit overcompensatie (waaronder prikkelbaar reageren, de confrontatie zoeken of regel overtredend gedrag)

10. Bijlage 2: Theoretische onderbouwing nieuwe items DROS 2.0

Onderbouwing Schaal 15 *Sociaal Netwerk*

Een sociaal netwerk is een netwerk van mensen die de cliënt, en soms elkaar onderling, kennen. Het bestaat uit mensen die betekenisvol zijn voor de cliënt, door een familiale band, vriendschap of liefdesrelatie. Het sociaal netwerk heeft een belangrijke invloed op (delinquent) gedrag van mensen. Theoretische verklaringen voor crimineel gedrag houden verband met het sociaal netwerk en deze theorieën zijn inmiddels met empirisch onderzoek onderbouwd (Pratt et al., 2010; Völker, Baerveldt & Driessen, 2015). Zo wordt crimineel gedrag gezien als gevolg van een gebrek aan externe of interne controle (Hirschi, 1969). Door bekrachtiging door criminele vrienden of door antisociale normen van ouders kunnen sociale normen niet geïnternaliseerd zijn. Door gebrekkig toezicht van ouders kan er te weinig externe controle zijn.

Crimineel gedrag wordt ook beschouwd als een aangeleerde vaardigheid (Akers & Jennings, 2016). Net als andere vaardigheden wordt dit geleerd in de omgang met anderen. Mensen met wie men een sterke relatie heeft hebben hierbij het meeste invloed.

15.1 Criminogene contacten

Het hebben van criminele vrienden is een sterke risicofactor voor delinquentie (Bonta & Andrews, 2007; Gendreau, Little & Goggin, 1996). Dit geldt ook voor mensen met een licht verstandelijke beperking (Bonta, Law & Hanson, 1998). Zowel een selectiebias (delinquente jongeren kiezen vaker criminele vrienden) als de invloed die van vrienden uitgaat speelt hierbij een rol. Met name het aantal (criminele) contacten is risico verhogend (Van de Rakt, Weerman & Need, 2005). Sociale inbedding in een groep criminogene contacten versterkt dat risico nog eens (Bender & Lösel, 1997). Deze contacten versterken namelijk criminogene attitudes (Boduszek, Hyland, Pedziszczak & Kielkiewicz, 2012; Boduszek, McLaughlin & Hyland, 2011). Na veroordeling voor een delict vergroot het blijven omgaan met criminele vrienden de kans op recidive (Martinez & Abrams, 2013).

15.2 Steun

Het ontbreken van steun in het sociale netwerk hangt ook samen met criminaliteit. Dit geldt zowel voor praktische als emotionele steun. Bij problemen kan men terugvallen op contacten die concrete hulp bieden en steun werkt ook als een emotionele buffer in stressvolle situaties (Zimet, Dahlem, Zimet & Farley, 1988). Meerdere studies laten zien dat dit de kans op recidive vermindert. Mensen die bezocht worden door vrienden of familie in de gevangenis recidiveren minder vaak en later dan mensen die geen bezoek ontvangen (Bales & Mears, 2008; Cochran, 2014; Duwe & Clark, 2011). (Het tegenovergestelde bleek echter als men bezocht werd door kinderen of ex-partners, wat mogelijk samenhangt met stressoren, zie item 15.3). Het kunnen terugvallen op sociale contacten vergroot ook de kans op werk wat de kans op recidive vermindert (Berg & Huebner, 2011).

Vanwege hun beperkte adaptieve vaardigheden hebben mensen met LVB deze sociale steun hard nodig. Terwijl delinquenten met LVB vaak juist minder steun krijgen van familieleden, met name plegers van een seksueel delict (Steptoe, Lindsay, Forrest & Power, 2006). Uit onderzoek blijkt een sterke voorspeller van criminaliteit bij mensen met LVB het ontbreken van persoonlijke relaties (Wheeler, Clare & Holland, 2013).

15.3 Stressoren vanuit sociaal netwerk

Familieproblemen en stressoren in het sociaal netwerk zijn risicofactoren voor recidive (Bonta et al., 1998; Martinez & Abrams, 2013). Zo is het hebben van een slechte band met ouders een risicofactor voor delinquentie bij meisjes (Van de Rakt et al., 2005). Bezoek ontvangen in de gevangenis van contacten die stress oproepen, zoals ex-partners of kinderen, hangt samen met recidive (Bales & Mears, 2008; Duwe & Clark, 2011). Ook bij mensen met LVB blijkt het hebben van slechte relaties een sterke voorspeller voor criminaliteit (Wheeler et al., 2013).

Literatuurlijst

- Akers, R. L., & Jennings, W. G. (2016). Social Learning Theory. In: Piquero, A.R. (red) (2016). *The Handbook of Criminal Theory*. Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- Bales, W. D., & Mears, D. P. (2008). Inmate social ties and the transition to society: Does visitation reduce recidivism? *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 45, 287-321.
- Bender, D., & Lösel, F. (1997). Protective and risk effects of peer relations and social support on antisocial behaviour in adolescents from multi-problem milieus. *Journal of Adolescence*, 20, 661-678.
- Berg, M. T., & Huebner, B. M. (2011). Reentry and the ties that bind: An examination of social ties, employment, and recidivism, *Justice Quarterly*, 28, 382-410.
- Boduszek, D., Hyland, P., Pedziszczak, J., & Kielkiewicz, K. (2012). Criminal attitudes, recidivistic behaviour and the mediating role of associations with criminal friends: An empirical investigation within a prison sample of violent offenders. *Europe's Journal of Psychology*, 8, 18-31.
- Boduszek, D., McLaughlin, C., & Hyland, P. (2011). Criminal attitudes of exprisoners: the role of personality, antisocial friends and recidivism. *The Internet Journal of Criminology*, 9, 1-10.
- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2007). *Risk-Need-Responsivity Model for offender assessment and rehabilitation*. Ottawa, Ontario: Public Safety Canada.
- Bonta, J., Law, M., & Hanson, K. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disorderd offenders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.
- Cochran, J. C. (2014). Breaches in the wall: Imprisonment, social support, and recidivism. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 51, 200-229.
- Duwe, G., & Clark, V. (2011). Blessed be the social tie that binds: The effects of prison visitation of offender recidivism. *Criminal Justice Policy Review*, 24, 1-26.
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works!. *Criminology*, 34, 575-607.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Martinez, D. J., & Abrams, L. S. (2013). Informal social support among returning young offenders: A metasynthesis of the literature. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57, 169-190.
- Pratt, T. C., Cullen, F. T., Sellers, C. S., Winfree, T., Madensen, T. D., Daigle, L. E., Fearn, N. E., & Gau, J. M. (2010). The empirical status of social learning theory: a meta-analysis. *Justice Quarterly*, 27, 765-802.
- Steptoe, L., Lindsay, W. R., Forrest, D., & Power, M. (2006). Quality of life and relationships in sex offenders with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 31(1), 13-19.
- Van de Rakt, M., Weerman, F., & Need, A. (2005). Delinquent gedrag van jongens en meisjes. Het (anti)sociale kapitaal van vriendschapsrelaties. *Mens & Maatschappij*, 80, 328-352
- Völker, B., Baerveldt, C., & Driessen, F. (2015). Vriendschap en criminaliteit bij jongeren. In I. Weijers, & C. Eliaerts (editors), *Jeugdcriminologie: achtergronden van jeugdcriminaliteit*. - 2e druk (blz. 259-272). Den Haag: Boom Lemma.
- Wheeler, J. R., Clare, I. C. H., & Holland, A. J. (2013). Offending by people with intellectual disabilities in community settings: a preliminary examination of contextual factors. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 26, 370-383.
- Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.

Onderbouwing Schaal 16 *Internaliserende risicofactoren*

Internaliserende problemen zijn geen directe risicofactoren voor externaliserend probleemgedrag, maar onderzoek toont aan dat er wel samenhang bestaat. In een behandelsetting die als doel stelt om externaliserend probleemgedrag te verminderen is het daarom essentieel om ook internaliserende problemen te behandelen.

16.1 Stressklachten

Stressklachten ontstaan als er een verschil is tussen de druk of verwachtingen die een persoon ervaart vanuit de omgeving en de verwachting van die persoon om hiermee om te kunnen gaan (Janssen, Schuengel & Stolk, 2002). Frequente en langer durende stressklachten kunnen leiden tot ineffektieve gedragspatronen. Stress is ook een belangrijke risicofactor voor recidive, blijkt uit een meta analyse naar recidive onder volwassen gevangenen in de Verenigde Staten (Katsiyannis, Whitford, Zhang & Gage, 2018).

Het cognitief niveau speelt een belangrijke rol bij coping met stress (Janssen et al., 2002). Mensen met een licht verstandelijk beperking (LVB) hebben minder vaardigheden ontwikkeld die nodig zijn voor stress management. Daardoor ervaren mensen met LVB niet alleen vaker stress, maar ook intenser en over een langere periode (Tamaš, Glumbić & Golubovic, 2016). Stress bij mensen met LVB ontstaat door zorgen, interpersoonlijke problemen en een gebrek aan vaardigheden (Fogarty & Bramston, 1997). Uit onderzoek blijkt dat stress die mensen met LVB ervaren samenhangt met agressie (Crocker, Mercier, Allaire & Roy, 2007; Tamaš et al., 2016). Ook bij suïcidale gedachten bij mensen met LVB is stress een van de correlerende factoren (Lunsky, 2004).

16.2 Zelfwaardering

Mensen met een lage zelfwaardering hebben moeite om met negatieve gebeurtenissen succesvol om te gaan, waardoor een faalervaring meer emotionele trauma's oplevert dan bij mensen met een hoge zelfwaardering (Swann, Chang-Schneider & McClarty, 2007). Een lage zelfwaardering hangt samen met delinquent gedrag onder de algemene bevolking (Mier & Ladny, 2017; Van de Schoot & Wong, 2012). Bij mensen met een (schijnbaar) hoge zelfwaardering kan met name een dreigende aantasting van de zelfwaardering het risico op agressie vergroten (Baumeister, Boden & Smart, 1996). Een lage zelfwaardering komt vaak voor bij mensen met een LVB (Douma, 2018; Jochemsen & Berger, 2002) en wordt in verband gebracht met delinquentie (Teeuwen, 2012).

Daarnaast kunnen mensen met LVB een onrealistische of instabiele zelfwaardering hebben, waardoor zij zichzelf overschatten en meer vatbaar zijn voor beïnvloeding, wat kan resulteren in externaliserend probleemgedrag (Douma, 2018; Fabriek-van de Glind & Widdershoven-van der Wal, 2005; Lodewijks, 2009; Vermeer, Lijnse, & Lindhout, 2004).

16.3 Omgaan met stemmingsgerelateerde klachten

Externaliserend probleemgedrag gaat vaak samen met stemmingsgerelateerde klachten en naarmate de ernst en frequentie van externaliserend probleemgedrag bij een individu toenemen, nemen stemmingsgerelateerde klachten ook toe (Sheidow et al., 2008). Stemmingsgerelateerde klachten kunnen tot uiting komen in antisociaal gedrag (Sheidow et al., 2008), brandstichting (Lambie & Randell, 2011), delinquentie (Lemos & Faísca 2015), zelfverwonding en -moord (Jacobson & Gould, 2007; Klonsky, May & Saffer, 2016; Krysinska & Lester, 2010).

Mensen met een LVB hebben gemiddeld genomen meer stemmingsgerelateerde klachten dan mensen in de algemene bevolking (Cooper, Smiley, Morrison, Williamson & Allan,

2007; Lakeman, Bodden & Tromp, 2017). Ook bij mensen met LVB worden depressie, angst en stemmingsgerelateerde disregulatie in verband gebracht met agressief en suïcidaal gedrag (Janowsky & Davis, 2005; Merrick, Merrick, Lunsy & Kandel, 2006; Siever 2008; Tsiouris, 2001; Tsiouris 2010).

16.4 Omgaan met trauma gerelateerde klachten

Traumatische levensgebeurtenissen worden in verband gebracht met probleemgedrag, zoals een verhoogde incidentie van suïcide pogingen en gedachten (Krysinska & Lester, 2010), zelfverwonding (Jacobson & Gould, 2007) en delict gedrag (Lemos & Faisca, 2015). Mensen met een verstandelijke beperking (inclusief LVB) kunnen vanwege hun beperkte cognitieve en adaptieve vaardigheden traumatische levensgebeurtenissen minder adequaat verwerken, waardoor zij vatbaarder zijn voor het ontwikkelen van probleemgedrag (Mevissen, Didden & De Jongh, 2016; Mevissen & De Jongh, 2010). Mensen met een verstandelijke beperking maken bovendien meer potentieel traumatische levensgebeurtenissen mee (Hatton & Emerson, 2004; Martorell et al., 2009) en er is een oorzakelijke relatie tussen slachtofferschap van mishandeling of seksueel misbruik, en het ontwikkelen van angst- en stemmingsproblemen, en probleemgedrag (Mevissen et al., 2016; Wigham, Taylor & Hatton, 2014).

16.5 Ineffectieve coping bij internaliserende problemen

Internaliserende problematiek brengt lijdensdruk met zich mee. De reactie van mensen op lijdensdruk verschilt, maar mensen proberen over het algemeen (al dan niet onbewust) om lijdensdruk te verlichten. De manier waarop ze dit proberen noemen we coping. Voorbeelden van adequate coping zijn afleiding of ontlading zoeken, door hulp te vragen aan vrienden of door prosociale activiteiten te ondernemen. Dit laatste wordt sublimering genoemd; het omzetten van een negatieve psychische toestand in maatschappelijk geaccepteerd gedrag.

Internaliserende problematiek wordt risicovol als men op een ineffectieve manier omgaat met de psychische lijdensdruk. Dit kan onder andere door lijdensdruk te vermijden, bijvoorbeeld door verdoving te zoeken in middelenmisbruik. Mensen met een lichte verstandelijke beperking die bekend zijn met middelenmisbruik hadden significant meer emotionele problemen en een vermijdende copingstijl (Didden, Embregts, van der Toorn, & Laarhoven, 2009). Dit kan op termijn leiden tot verslaving of risicovol gedrag. Een andere ineffectieve copingstijl is overcompensatie, of 'acting out', waaronder prikkelbaar reageren, de confrontatie zoeken of regel overtredend gedrag. Dit heeft als functie om emotionele pijn of negatieve gevoelens te onderdrukken, ontladen of te verdoven. Acting out gedrag wordt geassocieerd met meerdere negatieve uitkomsten, zoals conflicten, schooluitval en problemen in de ouder-kind relatie. Dit zijn risicofactoren voor delictgedrag (Wibbelink, Hoeve, Stams & Oort, 2017). Deze 'acting out' copingstijl hangt ook samen met emotionele instabiliteit, agressie en recidive (Carlo et al., 2012; Wibbelink et al., 2017). Het acting out model wordt ook gebruikt ter verklaring van het verband tussen depressie en latere delinquentie (Kofler et al., 2011).

Literatuurlijst

- Baumeister, R. F., Boden, J. M., & Smart, L. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-concept. *Psychological Review*, *103*, 5-33.
- Carlo, G., Vicenta Mestra, M., McGinley, M.M., Samper, P., Tur, A., & Sandman, D. (2012). The interplay of emotional instability, empathy, and coping on prosocial and aggressive behaviors. *Personality and Individual Differences*, *53*, 675-680.
- Cooper, S., Smiley, E., Morrison, J., Williamson, A., Allan, L. (2007). An epidemiological investigation of affective disorders with a population-based cohort of 1023 adults with intellectual disabilities. *Psychological Medicine*, *37*, 873-882.
- Crocker, G., Mercier, C., Allaire, J.-F., & Roy, M.-E. (2007). Profiles and correlates of aggressive behaviour among adults with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, *51*, 786-801.
- Didden, R., Embregts, P., Toorn van der, M., & Laarhoven, N. (2009). Substance abuse, coping strategies, adaptive skills and behavioral and emotional problems in clients with mild to borderline intellectual disability admitted to a treatment facility: A pilot study. *Research in Developmental Disabilities*, *30*, 927-932.
- Douma, J. (2018). *Jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking. Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags)interventies*. Utrecht: Landelijk Kenniscentrum LVB.
- Fabriek-van de Glind, I., & Widdershoven-van der Wal, M. (2005). Kenmerken van jongeren met een lichte verstandelijke handicap en crisishulpverlening. *Onderzoek & Praktijk*, *3*, 27-32.
- Fogarty, G. I., & Bramston, P. (1997). Validation of the lifestress inventory for people with a mild intellectual disability. *Research in Developmental Disabilities*, *18*, 435-456.
- 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.
- Jacobson, C. M., & Gould, M. (2007). The epidemiology and phenomenology of non-suicidal self-injurious behavior among adolescents: a critical review of the literature. *Archives of Suicide Research*, *11*, 129-147.
- Janowsky, D. S., & Davis, J. M. (2005). Diagnosis and treatment of depression in patients with mental retardation. *Current Psychiatry Reports*, *7*, 421-428.
- Janssen, C. G. C., Schuengel, C., & Stolk, J. (2002). Understanding challenging behaviour in people with severe and profound intellectual disability: a stress-attachment model. *Journal of Intellectual Disability Research*, *46*, 445-453.
- Janowsky, D. S., & Davis, J. M. (2005). Diagnosis and treatment of depression in patients with mental retardation. *Current psychiatry reports*, *7*, 421-428.
- Jochemsen, T., & Berger, M. (2002). *Families First voor licht verstandelijk gehandicapten: Richtlijnen en technieken voor het werken met gezinnen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Katsiyannis, A., Whitford, D. K., Zhang, D., & Gage, N.A. (2018). Adult recidivism in United States: A meta-analysis 1994-2015. *Journal of Child and Family Studies*, *27*, 686-696.
- Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*, 307-330.
- Kofler, M. J., McCart, M. R., Zajac, K., Ruggiero, K. J., Saunders, B. E., & Kilpatrick, D. G. (2011). Depression and delinquency covariation in an accelerated longitudinal sample of adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *79*, 458-469.
- Krysinska, K., & Lester, D. (2010). Post-Traumatic Stress Disorder and suicide risk: a systematic review. *Archives of Suicide Research*, *14*, 1-23.
- Lakeman, M., Bodden, D. H. M., & Tromp, N. (2017) Wees alert op depressie bij jongeren met licht verstandelijke beperking. *Kind en Adolescent Praktijk*, *16*, 38-46.
- Lambie, I., & Randell, I. (2011). Creating a firestorm: a review of children who deliberately light fires. *Clinical Psychology Review*, *31*, 307-327.

- Lemos, I., & Faisca, L. (2015). Psychosocial adversity, delinquent pathways and internalizing psychopathology in juvenile male offenders, *International Journal of Law and Psychiatry*, 42, 49-57.
- Lodewijks, H. (2009). Jongeren met een lichte verstandelijke beperking in justitiële jeugdinrichtingen. In R. Didden & X. Moonen (Red.), *Met het oog op behandeling 2: Effectieve behandeling van gedragsstoornissen bij mensen met een lichte verstandelijke beperking* (pp. 113-119). Utrecht: LKC LVG / Expertisecentrum De Borg.
- Lunsky, Y. (2004). Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities*, 25, 231-243.
- Martorell, A., Tsakanikos, E., Pereda, A., Gutiérrez-Recacha, P., Bouras, N., & Ayuso-Mateos, J. L. (2009). Mental health in adults with mild and moderate intellectual disabilities: The Role of Recent Life Events and Traumatic Experiences Across the Life Span. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197, 182-186.
- Merrick, J., Merrick, E., Lunsky, Y., & Kandel, I. (2006). A review of suicidality in persons with intellectual disability. *Israel Journal of Psychiatry and Related Science*, 43, 258-264.
- Mevissen, L., Didden, R., & Jongh de, A. (2016). EMDR voor trauma- en stressorgerelateerde klachten bij patiënten met een verstandelijke beperking. *Directieve Therapie*, 36, 5-26.
- Mevissen, L., & Jongh de, A. (2010). PTSD and its treatment in people with intellectual disabilities. A review of the literature. *Clinical Psychology Review*, 30, 308-316.
- Mier, C., & Ladny, R.T. (2017). Does self-esteem negatively impact crime and delinquency? A meta-analytic review of 25 years of evidence. *Deviant Behavior*, 39, 1006-1022.
- Sheidow, A.J., Strachan, M.K., Minden, J.A., Henry, D.B., Tolan, P.H., & Gorman-Smith, D. (2008). The relation of antisocial behavior patterns and changes in internalizing symptoms for a sample of inner-city youth: comorbidity within a developmental framework. *Journal of Youth and Adolescence*, 37, 821-829.
- Siever L. J. (2008) Neurobiology of aggression and violence. *American Journal of Psychiatry*, 165, 429-442.
- Swann, W. B., Chang-Schneider, C., & McClarty, K. L. (2007). Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist*, 62, 84-94.
- Tamaš, D., Glumbić, N., & Golubovi, S. (2016). Correlations between aggressive behaviour and stress in people with intellectual disability in relation to the type of housing. *Journal of Special Education and Rehabilitation*, 17, 46-61.
- Teeuwen, M. (2012). *Verraderlijk gewoon. Licht verstandelijk gehandicapte jongeren hun wereld en hun plaats in het strafrecht*. Amsterdam: Uitgeverij SWP.
- Tsiouris, J. A. (2001). Diagnosis of depression in people with severe/profound intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 45, 115-120.
- Tsiouris J. A. (2010) Pharmacotherapy for aggressive behaviours in persons with intellectual disabilities: treatment or mistreatment? *Journal of Intellectual Disability Research*, 54, 1-16.
- Van de Schoot, R., & Wong, T.M.L. (2012). Do delinquent young adults have a high or a low level of self-concept? *Self and Identity*, 11, 148-169.
- Vermeer, A., Lijnse, M., & Lindhout, M. (2004). Measuring perceived competence and social acceptance in individuals with intellectual disabilities. *European Journal of Special Needs Education*, 19, 283-300.
- Wibbelink, C. J. M., Hoeve, M., Stams, G. J. J. M., & Oort, F.J. (2017). A meta-analysis of the association between mental disorders and juvenile recidivism. *Aggression and Violent Behavior*, 33, 78-90.
- Wigham, S., Taylor, J. L., & Hatton, C. (2014). A prospective study of the relationship between adverse life events and trauma in adults with mild to moderate intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disability Research*, 58, 1131-1140.