

Theoriehandleiding

DROS

Dynamic Risk Outcome Scales 2.0



trajectum

de Borg 

Klaus Drieschner – Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum, Den Haag

Bren Hesper – Kenniscentrum Trajectum, Zwolle

Monique Delforterie – Kenniscentrum Trajectum, Zwolle

CONTACT & BESTELLINGEN

Voor de handleiding van de DROS 2.0 en voor meer informatie:

www.trajectum.nl

kenniscentrum@trajectum.info

BRONVERMELDING Theoriehandleiding DROS 2.0

Drieschner, K., Hesper, B. & Delforterie, M. (2020). Theoriehandleiding DROS 2.0. Trajectum, Zwolle

De Theoriehandleiding DROS 2.0 is tot stand gekomen met financiering van KFZ (Kwaliteit Forensische Zorg).

COPYRIGHT

DROS 2.0 © 2019 Trajectum/De Borg

DROS © 2008 Trajectum/De Borg

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, zonder voorafgaande toestemming van de uitgevers.

Voorwoord

Voor u ligt de theoriehandleiding van de DROS 2.0. Deze handleiding is een herziening van de onderbouwing van de DROS (Drieschner, 2014). In verschillende hoofdstukken zijn tekstuele aanpassingen gedaan. Voorts zijn tekstuele wijzigingen aangebracht in de schalen 1 t/m 14. Namen van enkele items zijn gewijzigd, zonder dat de inhoud van de items is veranderd. Anders dan in de DROS wordt in de DROS 2.0 in schaal 15 Sociaal netwerk dezelfde opbouw gehanteerd als in de overige schalen. Verder is schaal 16 Internaliserende risicofactoren aan de DROS 2.0 toegevoegd. Op basis van recente onderzoeksgegevens zijn hoofdstukken 3 en 4 opgenomen in deze handleiding. Deze hoofdstukken kwamen tot stand zonder betrokkenheid van de oorspronkelijke auteur. Trajectum is de heer K.H. Drieschner zeer erkentelijk voor zijn werk aan de DROS.

Met dank aan de projectgroep en adviesraad DROS 2.0 en in het bijzonder Isabel Marrozos, Ellis Steffens, Abdullah Turhan, Jessie Veenhoven, en alle behandelaren die de DROS (2.0) hebben ingevuld.

Inhoudsopgave

1. Inleiding theoriehandleiding DROS 2.0	6
1.1 Uitgangspunten bij de ontwikkeling van de DROS 2.0.....	7
1.1.1. Inhoudelijke uitgangspunten.....	7
1.1.2. Uitgangspunten voor het meten van veranderingen.....	8
1.1.3. Uitgangspunten in verband met kenmerken van de SG-LVB doelgroep.....	9
1.1.4. Uitgangspunten met betrekking tot gebruikseigenschappen.....	10
2. Inhoud en onderbouwing van de schalen	12
Schaal 1: Probleembesef/probleeminzicht	13
1.1 Verantwoordelijkheid nemen	13
1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen voor probleemgedrag	13
1.3 Acceptatie van eigen beperkingen	14
Schaal 2: Attitude tegenover de huidige behandeling of begeleiding.....	14
2.1 Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg	14
2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg	15
Schaal 3: Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling	15
3.1 Ideeën en verwachtingen ten aanzien van de na behandeling noodzakelijke zorg en begeleiding.....	15
3.2 Ideeën en verwachtingen ten aanzien van overige aspecten van het leven na de behandeling	15
Schaal 4: Medewerking aan de behandeling/begeleiding	16
4.1 Inzet voor verandering	16
4.2 Consequente inname van medicatie	16
4.3 Volgen van regels en afspraken	17
4.4 Openheid.....	17
Schaal 5: Antisociale attitudes.....	17
5.1 Attitude tegenover fysiek geweld	17
5.2 Egocentrisme	18
5.3 Attitude tegenover antisociaal gedrag.....	18
5.4 Attitude tegenover maatschappelijke conventies	18
Schaal 6: Copingvaardigheden.....	19
6.1 Coping met conflicten	20
6.2 Coping met risicovolle drang.....	20
6.3 Coping met overige stressoren.....	20
Schaal 7: Vijandigheid	20
7.1 Vijandige waarneming en houding	21
7.2: Verongelijkheid en wrok	21
7.3 Wraakgevoelens.....	21
Schaal 8: Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag	21
8.1 Seksuele preoccupatie	22
8.2 Seksuele misinterpretatie.....	22
8.3 Seksueel grensoverschrijdend gedrag.....	22
Schaal 9: Impulsiviteit.....	22
9.1 Ondoordachtheid.....	23
9.2 Prikkelhonger	23
Schaal 10: In stand houden van stabiliserende structuren.....	23
10.1 In stand houden van prosociale contacten.....	24
10.2 Onderhouden van zinvolle daginvulling.....	24

Schaal 11: Zelfredzaamheid.....	24
11.1 Zelfverwaarlozing/zelfzorg.....	25
11.2 Functionele schoolse vaardigheden.....	25
Schaal 12: Sociale vaardigheden en gedrag	25
12.1 Basale sociale vaardigheden en gedrag.....	26
12.2 Samenwerkingsvaardigheden.....	26
Schaal 13: Neiging tot problematisch middelengebruik of gokken	26
13.1 Zucht naar middelen of gokken.....	27
13.2 Attitude tegenover problematisch middelengebruik / gokken.....	27
13.3 Aanspreekbaarheid op het onderwerp middelengebruik/gokken.....	27
Schaal 14: Psychotische symptomen.....	27
14.1A Risicoverhogende psychotische symptomen: wanen en waanachtige ideeën.....	28
14.1B Risicoverhogende psychotische symptomen: hallucinaties.....	28
14.2 Psychotische kwetsbaarheid.....	28
Schaal 15: Sociaal netwerk	28
15.1 Criminogene contacten.....	29
15.1A Aantal criminogene netwerkleden en intensiteit van het contact.....	29
15.1B Identificatie en beïnvloedbaarheid.....	29
15.2 Steun.....	29
15.3 Stressoren vanuit sociaal netwerk.....	30
Schaal 16: Internaliserende risicofactoren	30
16.1 Stressklachten.....	30
16.2 Zelfwaardering.....	30
16.3 Omgaan met stemmingsgerelateerde klachten.....	31
16.4 Omgaan met trauma gerelateerde klachten.....	31
16.5 Ineffectieve coping bij internaliserende problemen.....	32

3. Psychometrische eigenschappen **34**

3.1 Psychometrische kwaliteiten van de DROS	35
3.1.1 Methode DROS.....	35
3.1.2 Resultaten DROS.....	36
3.2 Ontwikkeling en onderzoek nieuwe items DROS 2.0	40
3.2.1 Methode DROS 2.0.....	40
3.2.2 Resultaten DROS 2.0.....	45

4. Gebruik van de DROS 2.0..... **50**

4.1 ROM en risicotaxatie	51
4.2 Scholing	51

Literatuur..... **52**

1. Inleiding

theoriehandleiding

DROS 2.0

Geschreven door K. Drieschner, aangepast aan de DROS 2.0 onder redactie van B. Hesper en M. Delforterie.

Om behandel-effecten te evalueren is bij Trajectum, een zorginstelling voor mensen met licht verstandelijke beperkingen, risicovol gedrag en al dan niet een strafrechtelijke titel (zogenaamde SG-LVB(+)) doelgroep, in 2008 de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) ontwikkeld (Drieschner & Hesper, 2008). In 2019 is met financiering van Kwaliteit Forensische Zorg (KFZ) de handleiding bijgesteld naar de DROS 2.0 (Drieschner, Hesper, & Delforterie, 2019). Hierin werd de tabel om het sociale netwerk van de cliënt in kaart te brengen aangepast naar een schaal Sociaal netwerk met dezelfde opbouw als de andere schalen van de DROS. Daarnaast werd de schaal Internaliserende risicofactoren toegevoegd, op aanvraag van behandelaren en onderbouwd met onderzoek naar de relatie tussen internaliserende problematiek en risicovol gedrag. De DROS 2.0 wordt ingevuld door de behandelaar van de cliënt en bestaat uit 51 items verdeeld over 16 schalen gericht op (veranderlijke) dynamische risicofactoren voor ernstig externaliserend probleemgedrag en delictgedrag.

Dit document bevat de theoretische informatie over de DROS 2.0¹. In het eerste hoofdstuk worden uitgangspunten bij de ontwikkeling van de DROS 2.0 beschreven. Deze uitgangspunten zijn afgeleid van het primaire doel van de DROS 2.0, het meten van behandel-effecten bij de SG-LVB(+) doelgroep. In hoofdstuk 2 wordt de meetpretentie van de DROS 2.0 en de schalen weergegeven samen met een onderbouwing van de keuze voor deze inhoud. Hoofdstuk 3 geeft een samenvatting van de resultaten van de psychometrische kwaliteiten van de DROS 2.0. Concreet betreft dit de factorstructuur, betrouwbaarheid en validiteit van de DROS (Drieschner & Hesper, 2008) beschreven in het artikel van Delforterie, Hesper en Didden (2020) en de betrouwbaarheid en validiteit van de nieuwe items van de DROS 2.0 (Drieschner e.a., 2019) in het kader van het project *Doorontwikkeling van de DROS 2.0* van KFZ. In hoofdstuk 4 wordt het gebruik van de DROS 2.0 besproken.

1.1 Uitgangspunten bij de ontwikkeling van de DROS 2.0

Bij de ontwikkeling van de DROS 2.0 werden uitgangspunten gehanteerd met betrekking tot de inhoud van de schalen, specifieke kenmerken van de doelgroep, het meten van veranderingen en de gebruikswaarde. Deze uitgangspunten worden hieronder uitgewerkt.

1.1.1 Inhoudelijke uitgangspunten

SG-LVB en SG-LVB+ behandelingen richten zich primair op beïnvloeding van factoren die geacht worden aan het risicovolle gedrag (SG-LVB) dan wel delictgedrag (SG-LVB+) van de doelgroep ten grondslag te liggen en op factoren die van belang zijn voor de begeleidbaarheid van de cliënten. In de forensische psychiatrie worden deze factoren aangeduid als (veranderlijke) dynamische risicofactoren (Douglas & Skeem, 2005; Mann, Hanson, & Thornton, 2010) of criminogenic needs. De laatste term benadrukt dat deze factoren de aangewezen aangrijpingspunten voor interventie vormen. Het evidence-based uitgangspunt dat effectieve forensisch psychiatrische behandelingen op beïnvloeding van deze factoren gericht moeten zijn wordt daarom aangeduid als 'need principle'².

1 De theoriehandleiding van de DROS door K. Drieschner (2014) met daarbij de oorspronkelijke tekst is op te vragen via kenniscentrum@trajectum.info.

2 De veel gebruikte vertaling als 'behoefteprincipe' is misleidend, de meer correcte vertaling als 'behoefteprincipie' is ongebruikelijk. Daarom wordt hier de Engelse term aangehouden.

Wat zijn empirisch ondersteunde dynamische risicofactoren? Andrews en Bonta (2003) onderscheidde op basis van het beschikbare recidiveonderzoek acht zeer breed gedefinieerde factoren, de zogenaamde 'central eight'. Hiertoe behoren antisociale cognities (o.a. attitudes, waarden, rationalisaties, veronderstellingen), antisociale persoonlijkheidspatronen (sensatiebelustheid, vijandigheid, impulsiviteit), antisociaal netwerk en ontbreken van een prosociaal netwerk, middelenmisbruik, het ontbreken van prosociale vrijetijdsactiviteiten en problemen op het gebied van school of werk. Andere auteurs benadrukken dat dynamische risicofactoren alleen dan aangewezen aangrijpingspunten voor behandeling zijn als er naast een voorspellende waarde ook sprake is van een causale relatie met delictgedrag en daadwerkelijke beïnvloedbaarheid (Douglas & Skeem, 2005; Mann e.a., 2010).

Voor geweldplegers identificeerden Douglas en Skeem (2005) de volgende risicofactoren: impulsiviteit, vijandigheid, psychotische symptomen, antisociale attitudes, middelenmisbruik, gebrek aan ondersteunende sociale relaties en gebrekkige medewerking aan behandeling inclusief medicatieontrouw. Voor plegers van zedendelicten wijzen Mann e.a. (2010) de volgende empirisch ondersteunde dynamische risicofactoren aan: preoccupatie met seks, seksuele voorkeur voor kinderen of gewelddadige seks, ontbreken van een conflictarme intieme relatie, vijandigheid en wrok, een instabiele levensstijl (lifestyle impulsiviteit), gebrek aan probleemoplossingsvaardigheden, verzet tegen regels en toezicht en een antisociaal netwerk. Als veelbelovende factoren beschouwen deze auteurs daarnaast onder andere egocentrisme en disfunctionele coping, in het bijzonder seksuele of impulsief- roekeloze acting-out.

De empirische bevindingen met betrekking tot dynamische risicofactoren zijn weliswaar grotendeels afkomstig van onderzoek met gemiddeld begaafde populaties, maar er is toenemend evidentie dat dezelfde variabelen ook relevant zijn voor verstandelijk beperkten (Gray, Fitzgerald, Taylor, MacCulloch, & Snowden, 2007; Lindsay e.a., 2008; Van der Put, Asscher, Stams, & Moonen, 2014). Dit wordt ondersteund door het feit dat risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld voor de verstandelijk beperkte doelgroep zich op dezelfde of sterk overlappende risicofactoren richten als instrumenten voor gemiddeld begaafde ouders (Boer, Tough, & Haaven, 2004; McGrath, 2005; Quinsey, 2004; Steptoe, Lindsay, Murphy, & Young, 2008) en dat risicotaxatie-instrumenten gericht op de gemiddeld begaafde doelgroep het goed doen in een LVB doelgroep (zie bijvoorbeeld Lofthouse, Golding, Totsika, Hastings, & Lindsay, 2017; Pouls & Jeandarme, 2015; Van den Berg & De Vogel, 2011).

1.1.2. Uitgangspunten voor het meten van veranderingen

Om gevoelig te zijn voor veranderingen gedurende de behandeling moet een instrument aan meerdere eisen voldoen. Allereerst moeten de meetschalen voldoende fijnmazig zijn om veranderingen tussen opeenvolgende meetmomenten te kunnen weergeven. Als het volledige inhoudelijke bereik van een risicofactor door een enkel item met twee of drie schaalpunten wordt bestreken, kunnen alleen zeer grote veranderingen in de score zichtbaar worden. Dit probleem wordt versterkt door het feit dat veranderingen bij cliënten doorgaans gradueel zijn en zelden het volledige bereik van het item omspannen (iemand met minimale probleemoplossingsvaardigheden bij het begin van de behandeling zal zich zelden tot een 'top-probleemoplosser' ontwikkelen). Bij items met drie puntschalen bestrijkt de voor een cliënt gedurende de hele behandeling maximaal haalbare verandering vaak slechts één schaalpunt. Kleinere veranderingen tussen twee opeenvolgende meetmomenten kunnen dan niet gemeten worden. Daarom wordt bij de DROS 2.0 iedere risicofactor gemeten door schalen bestaande uit 2 tot 4 items met vijf puntschalen en dus 9 tot 17 mogelijke scoreschakeringen.

Ten tweede is het belangrijk dat de betekenis van itemscores door duidelijke definities inhoudelijk verankerd zijn om te voorkomen dat werkelijke veranderingen bij cliënten vertroebeld worden door verschuivingen in de interpretatie van scores door beoordelaars, een fenomeen dat ook wordt aangeduid als 'observer drift' of 'response shift' (Oort, Visser, & Sprangers, 2009; Smith, 1986). Het gevaar van vertekeningen bij de meting van veranderingen door een verschuivende interpretatie van items is bij SG-LVB(+) behandelingen bijzonder groot door de lange behandelduur. Daarom is bij de DROS 2.0 de inhoud van de items en de betekenis van de itemscores aan de hand van observeerbare kenmerken gedefinieerd.

Ten derde is het belangrijk dat de meetscores uitsluitend gevoelig zijn voor veranderingen bij de cliënt en niet voor veranderingen in de beoordelingscontext. Contextfactoren kunnen op verschillende wijze met de meting van veranderingen interfereren. Een voorbeeld: als copingvaardigheden worden beoordeeld in relatie tot de eisen die de huidige leefomgeving aan deze vaardigheden stelt, dan kunnen scores veranderen als gevolg van aanpassingen in de leefomgeving. Een ander soort contexteffect ontstaat als scores niet alleen het kenmerk in kwestie weerspiegelen maar ook hoe zeker de beoordelaar van zijn oordeel is (bijvoorbeeld bij de beoordeling van alcoholgebruik: *gebruikt niet – gebruikt mogelijk – gebruikt waarschijnlijk – gebruikt zeker*). Veranderde scores kunnen dan voortschrijdend inzicht van de beoordelaar in plaats van verandering bij de cliënt weerspiegelen³. Een laatste type contexteffect treedt op als gemeten variabelen in de behandelcontext niet of nauwelijks kunnen veranderen. Dat geldt vooral voor probleemgedrag dat door de restrictiviteit van de behandelsetting wordt tegengehouden, zoals middelenmisbruik of geweld. Afname van dit gedrag hoeft geen behandel-effect te zijn, maar kan afgedwongen zijn door beheersmaatregelen. Andersom kan er ook sprake zijn van een betekenisvolle verandering zonder afname van het probleemgedrag, namelijk als het probleemgedrag achterwege blijft ondanks afbouw van beheersmaatregelen.

Om veranderingen bij de cliënt ook in een klinische setting te kunnen meten zijn de risicofactoren in de DROS 2.0 zo geoperationaliseerd dat zij ook in een restrictieve klinische context kunnen veranderen en zijn de items contextonafhankelijk gedefinieerd.

1.1.3. Uitgangspunten in verband met kenmerken van de SG-LVB doelgroep

Er zijn diverse kenmerken van de SG-LVB(+) doelgroep waar rekening mee gehouden is bij de ontwikkeling van de DROS 2.0. Door de beperkingen op cognitief en verbaal niveau is het gebruik van zelfrapportage-instrumenten bij verstandelijk beperkte cliënten problematisch. Instrumenten moeten worden aangepast, begeleiding bij het invullen of afname in interviewvorm is noodzakelijk terwijl de kans op overvraging groot blijft. Een ander kenmerk van de SG-LVB(+) doelgroep is de blijvende noodzaak van professionele begeleiding, zelfs na een succesvolle behandeling. Dat betekent dat (een gebrek aan) begeleidbaarheid een belangrijke risicofactor is. Onder begeleidbaarheid vallen zaken zoals regelconformiteit, gebruik maken van hulp, openheid en de attitude ten opzichte van toekomstige begeleiding en toezicht.

Als laatste moet de ijking van een meetinstrument zoals de DROS 2.0 aansluiten bij de SG-LVB(+) doelgroep. Dit geldt in het bijzonder voor eigenschappen waarbij mensen met verstandelijke beperkingen op een ander niveau functioneren dan gemiddeld begaafden, zoals probleeminzicht, copingvaardigheden en zelfredzaamheid.

³ Een dergelijke operationalisatie kan functioneel zijn ter ondersteuning voor een risico-inschatting, het primaire toepassingsgebied van risicotaxatie-instrumenten, maar staat een zuivere meting van veranderingen bij de cliënt in de weg.

Als een instrument op een te hoog niveau is afgesteld vallen de veranderingen die bij de SG-LVB(+) doelgroep op deze gebieden plaatsvinden buiten of aan de rand van de meetschalen. Er ontstaan dan zogenaamde bodem- of plafondeffecten waardoor relevante veranderingen niet in scores tot uitdrukking kunnen komen. Daarom zijn de DROS 2.0 items zo gekozen dat de gemiddelde score in de SG-LVB(+) doelgroep nabij het midden van de meetschalen vallen.

1.1.4. Uitgangspunten met betrekking tot gebruikseigenschappen

Een belangrijke toepassing voor een SG-LVB(+) meetinstrument is het monitoren van veranderingen bij cliënten gedurende de behandeling, bekend als Routine Outcome Monitoring (ROM). De primaire functie van ROM is het ondersteunen van behandelaren bij individuele behandelingen. Voor de toepassing binnen ROM moet een meetinstrument daarom een hoge gebruikswaarde voor deze functie hebben. Hiervoor moeten meetscores een eenduidige inhoudelijke betekenis hebben (De Jong & Nugter, 2011). Behandelaren moeten uit de scores af kunnen lezen op welke terreinen bij een cliënt sprake is van verandering dan wel stagnatie om uit scores beslissingen te kunnen afleiden of de behandeling gericht bij te sturen. Globale meetscores, zij het afkomstig van een enkele globale beoordeling of van een meetschaal bestaande uit inhoudelijk heterogene items, geven deze informatie niet. Daarom bestaat de DROS 2.0 uit homogene schalen voor afzonderlijke risicofactoren die inhoudelijk interpreteerbare scores genereren.

Het gebruik van een meetinstrument voor het monitoren van de behandeling kan voor de gebruiker een meerwaarde opleveren, ook los van de scores die het genereert. Dit gebeurt als de inhoud van het instrument bij het scoren aanleiding geeft tot verhelderende gedachten en beschouwingen. Als bij het scoren van een instrument alleen de afweging gemaakt moet worden of een kenmerk (bijvoorbeeld probleembesef) *niet, nauwelijks, enigszins, voldoende of sterk* aanwezig is, zal het scoringsproces tot minder verdiepende inzichten leiden dan wanneer de beoordelaar de mate van probleembesef dient in te schatten aan de hand van deelaspecten zoals probleemontkenning, bagatellisering van de ernst en de erkenning van eigen verantwoordelijkheid.

Een andere belangrijke gebruikswaarde is de checklistfunctie van een instrument. De behandelaar kan aan de hand van de risicofactoren in het meetinstrument controleren of hij aan alle belangrijke risicofactoren heeft gedacht. Voorwaarde hiervoor is dat deze risicofactoren zo volledig mogelijk in het meetinstrument zijn vertegenwoordigd.

Een laatste potentiële gebruikswaarde van een meetinstrument voor het monitoren van de behandeling is de relatie tussen dynamische risicofactoren en doelen van behandelingen. Volgens het eerder genoemde 'need-principle' (zie §1.1) zouden doelen van SG-LVB(+) behandelingen grotendeels betrekking moeten hebben op dynamische risicofactoren voor externaliserend probleemgedrag. Dat betekent dat een meetinstrument waarin dynamische risicofactoren zijn geoperationaliseerd potentieel van waarde zou kunnen zijn bij het specificeren van behandeldoelen. Hiervoor moeten echter alle relevante dynamische risicovariabelen in het instrument zijn opgenomen en de operationalisatie van de risicofactoren gebaseerd zijn op observeerbare zaken. Hier is bij de constructie van de DROS 2.0 naar gestreefd.

2. Inhoud en onderbouwing van de schalen

Hiernaast volgt een beschrijving van de inhoud van de 16 schalen van de DROS 2.0 en de theoretische en empirische onderbouwingen van de onderliggende concepten.

Beschrijving van de schalen 1 t/m 14 zijn geschreven door K. Drieschner, aangepast aan de DROS 2.0 onder redactie van B. Hesper en M. Delforterie. Beschrijving van de schalen 15 en 16 zijn gedaan door B. Hesper en M. Delforterie.

Schaal 1: Probleembesef/probleeminzicht

Probleembesef en probleeminzicht zijn essentiële factoren om aan te werken in de behandeling. Het hebben van probleembesef en –inzicht is belangrijk voor de wens om te veranderen, de motivatie om zich hiervoor in te spannen, het geven van richting aan deze inspanning, en de bereidheid hierbij begeleiding te aanvaarden.

De schaal *Probleembesef/Probleeminzicht* van de DROS 2.0 bestaat uit drie items:

1.1 Verantwoordelijkheid nemen

In dit item zijn vier aspecten van het aanvaarden van verantwoordelijkheid voor het eigen probleemgedrag verwerkt:

1. De erkenning dat er überhaupt sprake was van onaanvaardbaar gedrag;
2. De erkenning van de ernst van het probleemgedrag, in tegenstelling tot bagatellisering ervan;
3. De erkenning van de eigen verantwoordelijkheid voor het gedrag in tegenstelling tot afschuiving van verantwoordelijkheid op omstandigheden, het slachtoffer, enzovoorts;
4. Hoe afhankelijk het probleembesef is van ondersteuning.

Hiermee volgt dit item de conceptualisatie van ontkenningvormen die ten grondslag ligt aan de Nederlandse Inventarisatielijst van Ontkenningvormen (IOV; van den Broek, 1997) en de Amerikaanse Facets of Sexual Offender Denial (FoSOD, Schneider & Wright, 2001; Schneider & Wright, 2004). Het belang van dit concept voor daderbehandelingen wordt weerspiegeld door het grote aantal meetinstrumenten waarin het in de een of andere vorm is verwerkt, waaronder de FP40 (GEWF en INZB schalen, Brand & Emmerik, 2001); How I Think (HIT, Barriga & Gibbs, 1996); Level of Service Inventory - revised (LSI-R, Andrews & Bonta, 1995), Questionnaire on Attitudes Consistent with Sexual Offending (QASCO; Broxholme & Lindsay, 2003) en Treatment Intervention and Progress Scale for Sexual Abusers with Intellectual Disabilities (TIPS-ID; McGrath, 2005).

1.2 Besef van risico, risicofactoren en gevaarsignalen voor probleemgedrag

Dit item heeft betrekking op cognities die een centrale plaats innemen in behandelingen gericht op de preventie van serieus probleemgedrag dan wel delictgedrag, met name in het kader van risicoanalyse en signaleringsplannen. Vier aspecten hierover zijn in het item verwerkt:

1. Een realistische inschatting van het risico op toekomstig probleem- of delictgedrag in tegenstelling tot de categorische ontkenning van die mogelijkheid;
2. Kennis van de eigen risicofactoren en risicosituaties voor probleem- of delictgedrag;
3. Kennen en in het dagelijkse leven herkennen van signalen voor dreigende terugval in probleem- of delictgedrag;
4. Weten wat men in gevaarsituaties moet doen om probleem- of delictgedrag te voorkomen.

Het creëren van risicobesef en kennis van risicosignalen is een belangrijk onderdeel van forensische behandelingen. Daarom is de mate waarin de behandeling hierin is geslaagd een belangrijke uitkomstvariabele die in enkele meetinstrumenten is opgenomen, bijvoorbeeld als 'risk management knowledge' in de TIPS-ID en als 'knowledge of faulty thoughts, crime cycle, risk factors and relapse prevention plan' in de Assessment of Risk Manageability for Intellectually Disabled Individuals who Offend (ARMIDILO, Boer e.a., 2004).

1.3 Acceptatie van eigen beperkingen

Dit item heeft betrekking op:

1. Het besef van eigen beperkingen en de hierdoor bestaande afhankelijkheid en kwetsbaarheid;
2. De mate waarin het ontbreken van dit besef leidt tot onrealistische en potentieel gevaarlijke verwachtingen, ideeën en plannen.

Kenmerkend voor de SG-LVB(+) doelgroep is een blijvende kwetsbaarheid en afhankelijkheid van professionele zorg als gevolg van de verstandelijke beperking en meestal ook nog een vorm van psychopathologie. Hierdoor is de begeleidbaarheid van de cliënt van groot belang en moet de behandeling waar nodig gericht worden op verbetering van deze begeleidbaarheid. Het creëren van een realistisch besef van de eigen beperkingen en mogelijkheden is hiervoor cruciaal. Naast besef van beperkingen door de verstandelijke beperking betreft dit besef van beperkingen door psychische ziekte en het belang van medicatietrouw. Deze aspecten zijn onder andere verwerkt in de Structured Outcome Assessment and Community Risk Monitoring (SORM; Grann e.a., 2000) en de HCR-20^{v3} (Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013).

Schaal 2: Attitude tegenover de huidige behandeling of begeleiding

De houding van de cliënt tegenover de behandeling wordt algemeen gezien als een zogenaamde responsiviteitsfactor, dat wil zeggen een factor die mede bepaalt of een cliënt ontvankelijk is voor de geboden behandeling. De motivatie van de cliënt bepaalt de bereidheid om zich voor de behandeling in te zetten (Drieschner & Boomsma, 2008b) en voorspelt drop-out hetgeen een sterke voorspeller van recidive is (Drieschner & Verschuur, 2010; McMurrin & Theodosi, 2007).

De attitude tegenover de behandeling is geoperationaliseerd in specifieke instrumenten voor behandelmotivatie in de forensische psychiatrie zoals de Therapie-Motivatie-Schalen (TMS-F, Drieschner & Boomsma, 2008a) en is tevens verwerkt in diverse instrumenten voor dynamische risicofactoren (o.a. Historisch, Klinische en Toekomstige – Revisie [HKT-R; Spreen, Brand, Ter Horst & Bogaerts, 2014], FP40, LSI-R, ARMIDILO) of beschermende factoren (Structural Assessment of Protective factors for Violence Risk, SAPROF, De Vogel, De Ruiter, Bouma en De Vries-Robbe, 2007).

De schaal *Attitude tegenover de huidige behandeling of begeleiding* bestaat uit twee items:

2.1 Erkennen van de huidige noodzaak van professionele zorg

De score van dit item wordt bepaald door twee aspecten:

1. In hoeverre de cliënt beseft in de actuele situatie een vorm van professionele zorg nodig te hebben versus het idee zich zonder professionele hulp te kunnen redden, eventueel met behulp van het eigen sociale netwerk;
2. In hoeverre de cliënt instemt met de primaire risicogerelateerde doelstelling (missie) van de geboden zorg.

2.2 Attitude tegenover de huidige professionele zorg

Bij dit item gaat het om de attitude ten opzichte van:

1. Het zorgaanbod;
2. De behandel- en/of begeleidingsstaf;
3. De restrictieve aspecten van de zorg, zoals regels, beperkingen en toezicht.

Schaal 3: Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling

Een behandeling is van tijdelijke aard. Naarmate het einde nadert worden realistische ideeën en verwachtingen over het leven na de behandeling belangrijker. Een bijzonder risico vormen onrealistische voorstellingen over de mate van zelfstandigheid na de behandeling ("huisje, boompje, beestje"), terwijl in werkelijkheid een vorm van professionele zorg en toezicht ook na de behandeling noodzakelijk blijft. Met de schaal *Ideeën en verwachtingen over de situatie na behandeling* worden twee facetten van (onrealistische) verwachtingen over de toekomst door afzonderlijke items gemeten:

3.1 Ideeën en verwachtingen ten aanzien van de na behandeling noodzakelijke zorg en begeleiding

Zoals de mogelijke mate van zelfstandigheid, de noodzaak van toezicht (bijv. op verblijf, middelengebruik, financiën) en de noodzaak van medicatie.

3.2 Ideeën en verwachtingen ten aanzien van overige aspecten van het leven na de behandeling

Zoals de woonplaats, contact met ouders, vrienden en kennissen, werk en de besteding van vrije tijd. Bij beide items wordt de score door drie aspecten bepaald:

1. In hoeverre de ideeën en verwachtingen van de cliënt realistisch zijn (gedefinieerd als "in overeenstemming met de voorstellingen van de professionele zorgverlener");
2. Hoe sterk de ideeën en verwachtingen van de cliënt zijn uitgekristalliseerd. Daarbij worden concrete toekomstideeën als gunstig beoordeeld als de ideeën realistisch zijn en als ongunstig als de ideeën onrealistisch zijn;
3. Hoe sterk de ideeën en verwachtingen van de cliënt nog moeten veranderen om problemen in de vervolgsituatie of toekomstige leefomgeving te voorkomen.

Door de zorg- en omgevingsafhankelijkheid zijn de ideeën en verwachtingen ten aanzien van de leefsituatie na behandeling bijzonder belangrijk bij de SG-LVB(+) doelgroep. Ze spelen echter ook een rol bij normaal begaafde ouders en zijn daarom terug te vinden in diverse risicotaxatie-instrumenten zoals de Toekomst-schaal van de HKT-R en de Risicoschaal van de HCR-20^{v3}.

Schaal 4: Medewerking aan de behandeling/begeleiding

Zonder medewerking van de cliënt kan een behandeling gericht op gedragsverandering niet succesvol zijn. Cliënten moeten actief gebruik maken van de geboden hulp, oefenen met nieuw gedrag, meewerken aan medicatie, zich aan regels houden die ertoe dienen probleemgedrag te voorkomen en open zijn over hun doen en laten en hetgeen in hen omgaat.

Gebrek aan medewerking aan de behandeling, inclusief medicatie, regels en toezicht wordt breed erkend als dynamische risicofactor voor recidive, zowel voor zedendelinquenten en geweldplegers (Douglas & Skeem, 2005; Mann e.a., 2010), als voor verstandelijk beperkten (Boer e.a., 2004; Lindsay e.a., 2004; McGrath, Livingston, & Falk, 2007). Het belang van actieve inzet en de bepalende rol van de behandelmotivatie voor deze inzet verklaren de centrale rol van motivationele interventies in daderbehandelingen (McMurrin, 2009). Omgekeerd kan het effect van deze motivationele interventies vastgesteld worden door de medewerking van de cliënt aan de behandeling.

Aspecten van de medewerking aan behandeling en toezicht zijn opgenomen in diverse risicotaxatie-instrumenten. Dit geldt zowel voor instrumenten voor gemiddeld begaafde daders zoals de HKT-R, HCR-20^{v3}, LSI-R en FP40, als voor instrumenten ontwikkeld voor verstandelijk beperkte doelgroepen zoals de ARMIDILO, TIPS-ID en de Dynamic Risk Assessment and Management System (DRAMS, Lindsay e.a., 2004).

De schaal *Medewerking aan de behandeling/begeleiding* bestaat uit afzonderlijke items voor vier componenten van deze medewerking:

4.1 Inzet voor verandering

De score van dit item wordt bepaald door drie kenmerken van de inzet van de cliënt:

1. De mate en de continuïteit van actieve inzet voor gedragsverandering of uitbreiding van competenties;
2. De mate van ondersteuning of aanmoediging die nodig is om de inzet te bereiken;
3. De ontvankelijkheid van de cliënt voor begeleiding, instructies, advies en (psycho) educatie.

4.2 Consequente inname van medicatie

De score van dit item wordt bepaald door twee aspecten die van invloed zijn op medicatietrouw:

1. De bereidheid van de cliënt om medicatie in te nemen (psychofarmaca);
2. De intensiteit van begeleiding en toezicht die nodig is om consequente inname te bereiken.

Het eerste aspect is primair een kwestie van willen, dat wil zeggen motivationeel bepaald. Bij het tweede aspect spelen ook vaardigheden, psychische ontregelingen en cognitieve beperkingen een rol. Daarom kan medicatietrouw ook in het geding zijn bij cliënten die in principe bereid zijn hun medicatie in te nemen.

4.3 Volgen van regels en afspraken

Dit item heeft betrekking op:

1. In hoeverre de cliënt zich aan regels en afspraken houdt. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen zwaarwegende (direct risicogerelateerde) regels en minder zwaarwegende regels en afspraken;
2. In welke mate de regelconformiteit afhankelijk is van situationele factoren zoals de aanwezigheid van verleidingen, bepaalde personen of de eigen emotionele gesteldheid;
3. De afhankelijkheid van ondersteuning met betrekking tot het volgen van regels en afspraken;
4. Of men zich achteraf laat aanspreken op overtredingen van regels en afspraken.

4.4 Openheid

De score van dit item wordt bepaald door vier gerelateerde aspecten van transparantie:

1. De mate van openheid over de eigen binnenwereld (gevoelens, gedachten, attitudes, fantasieën, neigingen, plannen) en het eigen doen en laten;
2. Of relevante informatie uit zichzelf of pas na gerichte vragen wordt gegeven;
3. In hoeverre wordt meegewerkt aan controle en toezicht;
4. Of bij problemen zelfstandig aan de bel wordt getrokken en/of hulp wordt ingeroepen.

Schaal 5: Antisociale attitudes

Antisociale attitudes zijn houdingen die delinquent of ander antisociaal gedrag bevorderen. Er bestaat weinig twijfel over de relatie van deze houdingen met recidive, zowel voor geweldplegers als voor plegers van zedendelicten (Douglas & Skeem, 2005; Mann e.a., 2010; Thornton, 2002). Antisociale attitudes vormen dan ook een van de 'big four' dynamische risicofactoren (Andrews, Bonta, & Wormith, 2006). De schaal *Antisociale attitudes* bestaat uit items voor de houding tegenover het gebruik van geweld; de houding tegenover (en belangen en rechten) van anderen; de houding tegenover antisociaal gedrag; en de houding tegenover maatschappelijke conventies.

5.1 Attitude tegenover fysiek geweld

In dit item zijn de volgende aspecten verwerkt:

1. Legitimering van geweld, bijvoorbeeld ter vergelding, voorkomen dat er met je wordt gesold, om te krijgen waar men recht op heeft, of tegen personen of groepen die "niet beter verdienen";
2. Gevoeligheid voor positieve uitkomsten van geweld (o.a. versterking van gevoel van eigenwaarde, status) en argumenten tegen geweld;
3. De verenigbaarheid van gebruik van geweld met het zelfbeeld.

De inhoud van het item overlapt met operationalisaties in de Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS; Walters, 2002) en Measures of Criminal Attitudes and Associates (MCAA; Mills, Kroner, & Forth, 2002). Goedkeuren van geweld is tevens opgenomen in de HCR-20^{v3}.

5.2 Egocentrisme

De score van dit item wordt door twee aspecten bepaald:

1. In hoeverre men oog heeft voor belangen, gevoelens, en rechten van anderen;
2. In hoeverre men hiermee rekening houdt.

Egocentrisme en de basishouding dat de eigen rechten, behoeften en gevoelens zwaarder wegen dan die van anderen ('entitlement') zijn opgenomen in enkele risicotaxatie instrumenten voor normaal begaafde en voor verstandelijk beperkte doelgroepen, zoals de HCR-20^{v3}, FP40, TIPS-ID, en Short Dynamic Risk Scale (SDRS; Quinsey, 2004). Het zijn tevens definiërende kenmerken van de DSM IV antisociale persoonlijkheidsstoornis en de ICD 10 dissociale persoonlijkheidsstoornis. Wegens het belang van egocentrische opvattingen voor de klinische praktijk zijn er diverse meetinstrumenten ontwikkeld waarin verschillende vormen van egocentrische opvattingen zijn geoperationaliseerd, zoals de QASCO, HIT, MCAA en PICTS.

5.3 Attitude tegenover antisociaal gedrag

De score van dit item wordt door drie aspecten bepaald:

1. Een positieve versus negatieve houding tegenover antisociaal gedrag waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen ernstige en minder ernstige vormen van antisociaal gedrag;
2. In hoeverre deze houding standvastig is of beïnvloedbaar door argumenten of antisociale invloeden;
3. In hoeverre de attitude is geworteld in identificaties en zelfbeeld.

Attitudes die antisociaal gedrag aanmoedigen of tenminste drempelverlagend werken zijn opgenomen in diverse - risicotaxatie instrumenten - voor verschillende doelgroepen waaronder ook verstandelijk beperkte daders. Voorbeelden zijn de HCR-20^{v3}, LSI-R, SVR-20 en TIPS-ID. Daarnaast zijn deze attitudes meer gedetailleerd geoperationaliseerd in specifieke instrumenten voor criminogene cognities, zoals de Criminal Sentiments Scale-Modified (CSS-M), Pride in Delinquency Scale (PID; Simourd & Van de Ven, 1999) en PICTS.

5.4 Attitude tegenover maatschappelijke conventies

De volgende aspecten zijn verwerkt in dit item:

1. Een positieve versus negatieve houding tegenover maatschappelijke instituties (zoals politie/justitie, school, zorginstellingen), waarden (zoals gerechtigheid, veiligheid, betrouwbaarheid) en activiteiten (zoals werken, sporten, mensen helpen);
2. In hoeverre deze houding beïnvloedbaar is.

Een afwijzende houding tegenover maatschappelijke instituties, waarden en activiteiten kan enerzijds de drempel voor antisociaal gedrag verlagen en anderzijds het beschermende effect van structuren zoals een prosociaal netwerk, werk en prosociale vrijetijdsbesteding ondermijnen. Daarom zijn attitudes tegenover 'maatschappelijke conventies' opgenomen in enkele risicotaxatie-instrumenten zoals de HCR-20^{v3}, de LSI-R en de specifiek op criminogene cognities gerichte CSS-M. Het belang van deze attitudes is bij mensen met verstandelijke beperkingen bijzonder groot wegens de omgevingsafhankelijkheid van deze doelgroep en de centrale plaats die hulpverlenings- en sociale werkvoorzieningen in het leven van deze cliënten innemen.

Schaal 6: Copingvaardigheden

Het onvermogen om adequaat met stressvolle situaties om te gaan kan leiden tot ernstig probleemgedrag of zelfs delicten, zij het direct (bijv. escalatie van conflicten; wegvloeden; middelengebruik) of indirect (bijv. secundair als gevolg van sterke wraakgevoelens of psychische ontregeling). Het begrip copingvaardigheden verwijst naar vaardigheden die iemand in staat stellen stressvolle situaties of omstandigheden zonder problematische gevolgen te doorstaan. Voorbeelden van coping zijn: hulp invoeren, afleiding zoeken, steun zoeken, het onderliggende probleem aanpakken, relativeren/humor.

De empirische onderbouwing voor het verband tussen gebrekkige copingvaardigheden en recidive is minder sterk dan voor de 'big four' of de 'central eight' risicofactoren (Andrews e.a. 2006). Desalniettemin is er voldoende empirische evidentie om dysfunctionele coping als 'veelbelovende' dynamische risicofactor te beschouwen (Mann e.a., 2010; Thornton, 2002). Tekort aan copingvaardigheden zijn bovendien een goede voorspeller gebleken van agressie-incidenten in instellingen voor verstandelijk beperkte cliënten met ernstig probleemgedrag of delictgedrag (Drieschner, Marrozos, & Regenboog, 2013). Nauw aan copingvaardigheden gerelateerd maar inhoudelijk smaller is het concept 'probleemoplossende vaardigheden' (D'Zurilla & Chang, 1995). Het verband tussen tekort aan probleemoplossende vaardigheden en recidive is empirisch aangetoond (Hanson & Morton-Bourgon, 2005). Het versterken van coping- en probleemoplossende vaardigheden wordt in behandelingen van verstandelijk beperkte delinquenten als belangrijk onderwerp beschouwd (Didden, Embregts, Toorn, & Laarhoven, 2009; Howells, Rogers, & Wilcock, 2000; Lindsay e.a., 2011; Van Nieuwenhuijzen, Orobio de Castro, Van Aken, & Matthijs, 2009; Willner & Tomlinson, 2007).

Copingvaardigheden of probleemoplossende vaardigheden zijn als dynamische risicovariabele dan wel als protectieve factor opgenomen in diverse risicotaxatie-instrumenten voor normaal begaafde cliënten (bijvoorbeeld HKT-R; SAPROF) en verstandelijk beperkte cliënten (ARMIDILLO, TIPS-ID, SDRS). In tegenstelling tot de DROS 2.0 wordt daarbij doorgaans geen onderscheid gemaakt in typen stressvolle situaties waarop de vaardigheden toegepast moeten worden.

De schaal *Copingvaardigheden* bestaat uit afzonderlijke items voor copingvaardigheden in drie soorten stressvolle situaties waarin tekortschietende coping tot risicovol gedrag kan leiden: (1) conflictueuze interacties, (2) interne drang tot risicovol gedrag en (3) overige stressvolle situaties zoals verlies, teleurstellingen, overvraging of overprikkeling.

Het niveau van copingvaardigheden wordt bij de DROS beoordeeld aan de hand van de uitkomsten van de (ontbrekende) coping waarbij drie soorten uitkomsten worden onderscheiden.

- Ongunstig: Problematische gevolgen (bijv. escalatie conflict, sterke wrok en/of wraakneiging, alcoholgebruik, regelovertreding, ontregeling).
- Enigszins gunstig: De acute stressvolle situatie wordt zonder problematische gevolgen doorstaan. Het bredere probleem bestaat onverminderd voort en kan opnieuw problemen veroorzaken.
- Goed: De stressvolle situatie wordt zonder problematische gevolgen doorstaan. Het bredere probleem wordt verminderd of zelfs opgelost.

6.1 Coping met conflicten

Onder conflicten worden niet alleen openlijke conflicten verstaan maar ook als interacties met conflictpotentieel zoals een niet ingewilligd verzoek of een verschil van mening. De score van het item wordt bepaald door drie gerelateerde aspecten:

1. De ernst van het conflict (bijvoorbeeld een klein meningsverschil of een kritische opmerking versus een vijandige interactie, ernstige belediging of fysieke agressie);
2. De uitkomst van de coping volgens de categorieën 'ongunstig', 'enigszins gunstig' en 'goed' (zie boven);
3. Of ongeraagd ingrijpen door derden nodig is om tot probleemoplossing te komen of zelfs al om directe escalatie te voorkomen.

6.2 Coping met risicovolle drang

Risicovolle drang verwijst naar interne stressoren zoals drang tot serieus probleemgedrag zoals wraak nemen, seksueel grensoverschrijdend gedrag, diefstal, onverantwoord (koop)gedrag, middelengebruik of weglopen. Drie gerelateerde aspecten bepalen de score van dit item:

1. In hoeverre de cliënt beschikt over manieren (= copingvaardigheden) om risicovolle drang te beheersen en/of te doen afnemen;
2. De moeilijkheid van de situatie (o.a. aanwezigheid van verleidingen, sterkte van de drang);
3. Hoe gauw ongeraagd ingrijpen door derden nodig is om probleemgedrag te voorkomen.

6.3 Coping met overige stressoren

Onder 'overige stressoren' worden verstaan stressvolle situaties zoals teleurstellingen, tegenvallers, overprikkeling, nieuwe situaties, verlies, verveling of eenzaamheid. De score wordt bepaald door drie aspecten:

1. De ernst van de stressoren;
2. Of de copingvaardigheden voldoen om ongunstige gevolgen te voorkomen. Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen minder ernstige en ernstige gevolgen;
3. Hoeveel externe ondersteuning nodig is om problematische gevolgen te voorkomen.

Schaal 7: Vijandigheid

Het begrip vijandigheid verwijst naar een dispositie om in een veelheid van situaties boos, vijandig of agressief te reageren. De relatie tussen vijandigheid en recidive is zowel voor geweldplegers als voor zedendelinquenten empirisch onderbouwd (Douglas & Skeem, 2005; Mann e.a., 2010).

Vijandigheid is als onderdeel van het bredere concept antisociaal persoonlijkheidspatroon een van de 'big four' risicofactoren (Andrews e.a., 2006). Het is daarom als zelfstandige risicofactor of als onderdeel van een breder concept opgenomen in veel risicotaxatie instrumenten waaronder de HKT-R, HCR-20^{V3} en TIPS-ID.

Een onderliggende factor van vijandigheid is de neiging bij anderen ten onrechte vijandige intenties waar te nemen (Dodgè, Bates, & Pettit, 1990; Hendry, 2013). In verschillende studies is aangetoond dat

deze neiging ook bij volwassenen met verstandelijke beperkingen samenhangt met agressief gedrag (Basquill, Nezu, Nezu, & Klein, 2004; Jahoda, Pert, & Trower, 2006). Een andere aan vijandigheid ten grondslag liggende factor is de neiging tot verongelijkheid en het koesteren van wrok (Mann e.a., 2010; Thornton, 2002). Een extreme vorm van vijandigheid zijn wraakgevoelens. Er bestaat geen twijfel dat wraakgevoelens een causale rol kunnen spelen bij geweld, zedendelicten of brandstichting, maar er bestaat op dit gebied nog weinig wetenschappelijk onderzoek (Bueno Guerra, 2012; Rosenveld & Lewis, 2005).

De schaal *Vijandigheid* bestaat uit drie items:

7.1 Vijandige waarneming en houding

Dit item meet de neiging tot een vijandige vertekening in de sociale waarneming. De score van het item wordt bepaald door de volgende gerelateerde aspecten:

1. In welke mate de neiging bestaat ten onterechte vijandige intenties aan anderen toe te schrijven;
2. In welke mate deze misinterpretatie corrigeerbaar is;
3. In welke mate een neiging bestaat boos of vijandig te reageren.

7.2 Verongelijkheid en wrok

Bij dit item worden de volgende aspecten beoordeeld:

1. Of er sprake is van een latent gevoel van onrecht;
2. Het aantal situaties (onderwerpen, personen) waarin verongelijkheid en wrok ontstaan;
3. De mate waarin deze gevoelens toegankelijk zijn voor interventies.

7.3 Wraakgevoelens

De neiging tot wraakgevoelens wordt aan de hand van de volgende aspecten beoordeeld:

1. Hoe gauw wraakgevoelens ontstaan;
2. Hoe heftig deze zijn;
3. De 'slijtvastheid' van de wraakgevoelens;
4. Of concrete wraakvoornemens ontstaan.

Schaal 8: Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag

De meest empirisch onderbouwde risicofactor bij plegers van zedendelicten is een seksuele gerichtheid op kinderen of op seksualiteit met geweld (Mann e.a., 2010; Thornton, 2002). Daarnaast bestaat ook een bewezen relatie tussen seksueel delictgedrag en hyperseksualiteit, dat wil zeggen een abnormaal sterke interesse in seks die het hele psychologische en sociale leven bepaalt (Mann e.a., 2010; Thornton, 2002). Beide factoren zijn daarom doorgaans opgenomen in risicotaxatie-instrumenten voor zedendelinquenten met of zonder verstandelijke beperking, zoals de SVR-20, ARMIDILO, TIPS-ID en ook in algemene risicotaxatie-instrumenten zoals de HKT-R en DRAMS.

Er is evidentie voor een relatie tussen zedendelicten en de neiging tot een vertekende waarneming

van seksuele belangstelling in neutrale sociale interacties (Blake & Gannon, 2008; Drieschner & Lange, 1999). Het is aannemelijk dat deze misinterpretatie bij mensen met verstandelijke beperkingen een grotere rol speelt door de beperkte mogelijkheden zich in het perspectief van een ander te verplaatsen en de gebrekkige kennis op het gebied van seksualiteit.

De schaal *Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag* bestaat uit drie items met de volgende inhoud:

8.1 Seksuele preoccupatie

De score van dit item weerspiegelt drie aspecten:

1. De mate van seksuele gedachten, masturbatie en pornografiegebruik (hyperseksualiteit);
2. De inhoud van seksuele gedachten en fantasieën en de aard van het eventueel gebruikte pornografisch materiaal;
3. In welke mate preoccupatie met seks leiden tot spanning en/of vermindering van het algemeen en sociaal functioneren (concentratieverlies, verlies van interesse in andere zaken dan seks, afzondering).

8.2 Seksuele misinterpretatie

Bij dit item worden twee aspecten in de beoordeling meegenomen:

1. In welke mate misperceptie van seksuele intenties van anderen optreedt;
2. Of deze misinterpretatie toegankelijk is voor corrigerende ervaringen.

8.3 Seksueel grensoverschrijdend gedrag

De score van dit item wordt bepaald door twee aspecten:

1. De frequentie en de ernst van het seksueel ongepast gedrag;
2. De mate van belemmering van sociale contacten hierdoor.

Schaal 9: Impulsiviteit

Het voornaamste kenmerk van impulsiviteit is het onvermogen gedragsimpulsen te beheersen waardoor geen rekening wordt gehouden met consequenties van het gedrag en de context.

Impulsiviteit of het gebrek aan impulscontrole vormen een kernelement van het concept 'antisociaal persoonlijkheidspatroon' dat een sterke samenhang vertoont met recidive en tot de 'big four' risicofactoren voor delinquentie behoort (Andrews e.a., 2006). Gerelateerd aan impulsiviteit is de sterke hang naar spanning, sensatie en avontuur. Deze maakt eveneens deel uit van de risicofactor 'antisociaal persoonlijkheidspatroon' en wordt ook wel aangeduid als externaliserende coping (Mann e.a., 2010). Er is evidentie uit onderzoek met verstandelijk beperkte daders dat impulsiviteit vooral het risico voor geweld en minder het risico voor zedendelicten vergroot (Parry & Lindsay, 2003; Snoyman & Aicken, 2011).

Impulsiviteit is in het bijzonder risico verhogend in combinatie met andere risicofactoren zoals vijandigheid, deviante seksualiteit, antisociale of criminogene houdingen of neiging tot middelenmisbruik. Bij mensen met verstandelijke beperkingen kan impulsiviteit daarnaast ten koste gaan van de begeleidbaarheid hetgeen eveneens een risico verhogend effect heeft.

De risicofactor impulsiviteit is opgenomen in veel risicotaxatie-instrumenten waaronder de HKT-R, HCR-20^{v3}, SAPROF, Short-Term Assessment of Risk & Treatability (START; Webster, Nicholls, Martin, Desmarais, & Brink, 2006) en instrumenten ontwikkeld voor verstandelijk beperkte daders zoals de ARMIDILO, DRAMS en TIPS-ID.

De schaal *Impulsiviteit* bevat twee items:

9.1 Ondoordachtheid

Dit item bevat de prototypische kern van het begrip impulsiviteit in drie deelaspecten:

1. In welke mate rekening wordt gehouden met consequenties en de geschiktheid van de context;
2. Of men zich door negatieve consequenties of de situatie laat weerhouden aan impulsen toe te geven;
3. Hoe ernstig en zeker de consequenties moeten zijn om de cliënt te weerhouden aan een impuls toe te geven.

9.2 Prikkelhonger

De score van dit item wordt bepaald door twee aspecten:

1. Frequentie van opzoeken van spanning of kicks;
2. Mate van onlustgevoelens bij gebrek aan prikkels.

Schaal 10: In stand houden van stabiliserende structuren

Kenmerkend voor de verstandelijk beperkte doelgroep is een hoge mate van omgevingsafhankelijkheid. Twee factoren in de omgeving hebben een bijzonder belangrijke stabiliserende rol: prosociale contacten en zinvolle daginvulling. Gebrek aan prosociale contacten en een zinvolle vrijetijdsbesteding behoren ook bij gemiddeld begaafde delinquenten tot de 'central eight' dynamische risicofactoren (Andrews e.a., 2006; Douglas & Skeem, 2005). Het is aannemelijk dat dit bij daders met verstandelijke beperkingen eerder groter is.

Het concept 'in stand houden van stabiliserende structuren' is verwant aan het begrip 'levensstijl impulsiviteit', dat wil zeggen een chronische instabiliteit op de gebieden van relaties, activiteiten, werk en woning. Oorzaken zijn veelal onverantwoorde of impulsieve beslissingen en gedrag dat tot uitstoting leidt. Er bestaat empirische evidentie voor een verband tussen levensstijl impulsiviteit en recidive (Douglas & Skeem, 2005; Mann e.a., 2010; Thornton, 2002).

De factor levensstijl impulsiviteit is verwerkt in diverse risicotaxatie-instrumenten waaronder de HKT-R, HCR-20^{v3}, ARMIDILO en TIPS-ID.

Binnen klinische behandelingen worden activiteiten, de sociale leefomgeving en de levensomstandigheden grotendeels door de setting bepaald. Het succes van een behandeling kan daarom tijdens de behandeling niet eraan afgemeten worden of een cliënt zinvolle daginvulling, pro sociale contacten en stabiele levensomstandigheden heeft. Wat wel binnen de structuur van een klinische behandelsetting kan veranderen zijn de vaardigheden, gedrag patronen en cognities die aan het onvermogen om pro sociale contacten en activiteiten te behouden ten grondslag liggen. Mann e.a. (2010) gebruiken voor dergelijke onderliggende risicofactoren die aangrijpingspunten voor behandeling bieden "psychologisch betekenisvolle risicofactoren". De schaal *In stand houden van stabiliserende structuren* bevat twee items voor factoren die samenhangen met het risico op levensinstabiliteit en het ontbreken van stabiliserende sociale contacten en daginvulling.

10.1 In stand houden van pro sociale contacten

Bij dit item zijn 'pro sociale contacten' gedefinieerd als niet-professionele sociale contacten waarvan een stabiliserende en niet-antisociale invloed uitgaat (o.a. contacten met (pleeg)familie, kennissen, vrienden, intieme relaties). In de score van het item worden vier aspecten meegenomen:

1. Hoe gauw sociale contacten worden verbroken bij onvrede of zich aandienende alternatieven;
2. In hoeverre moeite wordt gedaan om pro sociale contacten in stand te houden.
3. De mate van pro sociale contacten belastend gedrag (bijv. uitbuiten, kwetsen, vertrouwen beschadigen);
4. In hoeverre eigen pogingen worden ondernomen of wordt ingegaan op pogingen van de ander om beschadigde relaties te herstellen.

10.2 Onderhouden van zinvolle daginvulling

Bij dit item worden als voorbeelden voor 'zinvolle daginvulling' genoemd: geschikt (vrijwilligers)werk, structurele taken, hobby, deelname aan een vereniging of andere taakgerichte groep. De score van dit item wordt bepaald door drie aspecten:

1. In welke mate men zich emotioneel bindt (identificeert) aan de activiteit of de sociale context waarin deze plaatsvindt;
2. Hoe gauw men afhaakt;
3. Hoe belangrijk externe ondersteuning en motivering zijn voor continuering van de activiteit.

Schaal 11: Zelfredzaamheid

Het begrip zelfredzaamheid heeft betrekking op (de toepassing van) vaardigheden die in het dagelijkse leven en bij maatschappelijke participatie de afhankelijkheid van hulp verminderen. Bij cliënten met verstandelijke beperkingen gaat het naast zelfredzaamheid met betrekking tot algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) ook om cognitieve en schoolse vaardigheden die van belang zijn voor maatschappelijke participatie.

Zelfredzaamheid behoort op basis van internationale empirische evidentie niet tot de erkende dynamische risicofactoren met uitzondering van het aspect medicatietrouw (zie schaal 4, Medewerking aan de behandeling). Desondanks is de factor opgenomen in verschillende Nederlandse generieke risicotaxatie-instrumenten zoals de HKT-R en de FP40. Ook is in Nederlands onderzoek een relatie met recidive gevonden (Brand & Nijman, 2007). Bij mensen met verstandelijke beperkingen

wordt een gebrek aan ADL wel als belangrijke risicofactor beschouwd. Het concept is daarom opgenomen in verschillende risicotaxatie-instrumenten voor verstandelijk beperkte daders, zoals de DRAMS en de SDRS. De relatie tussen recidiverisico en zelfredzaamheid op het gebied van functionele schoolse vaardigheden (lezen, schrijven, rekenen, klokkijken) is niet bekend. Uit individuele gevalsanalyses is echter gebleken dat onzelfstandigheid op deze gebieden kan bijdragen aan kwetsbaarheid voor antisociale invloeden.

De schaal *Zelfredzaamheid* bestaat uit twee factoren die telkens door drie items worden gemeten.

11.1 Zelfverwaarlozing/zelfzorg

Deze factor bestaat uit afzonderlijke items voor drie onderdelen van ADL: hygiëne, voeding en dag-nacht ritme. Bij alle drie items worden twee aspecten in de beoordeling meegenomen:

1. In hoeverre dagelijkse begeleiding nodig is om zelfzorg op het betreffende ADL- gebied op peil te houden;
2. In hoeverre op de betreffende ADL-gebieden toezicht gehouden moet worden en incidentele ondersteuning noodzakelijk is.

11.2 Functionele schoolse vaardigheden

Deze factor bestaat uit drie items: lezen en schrijven (kunnen invullen van eenvoudige formulieren; kunnen opstellen en lezen van een boodschappenlijst), rekenen (wisselgeld berekenen, besef van prijzen) en klokkijken en tijdsbesef (afspraken plannen, tijdperiodes overzien, klokkijken). Bij alle drie items wordt de score bepaald door twee aspecten:

1. Het niveau van beheersing van de vaardigheid;
2. De mate van afhankelijkheid van begeleiding bij taken die de vaardigheid vereisen.

Schaal 12: Sociale vaardigheden en gedrag

De rol van sociale vaardigheden als dynamische risicofactor voor recidive is omstreden. Met name voor zedendelinquenten wordt een gebrek aan sociale vaardigheden op basis van empirische evidentie niet als dynamische risicofactor beschouwd (Mann e.a., 2010). Er wordt ook gewezen op een mogelijk averechts effect van het trainen van sociale vaardigheden, omdat hierdoor het vermogen om slachtoffers te benaderen en te misleiden zouden kunnen toenemen. Desondanks zijn sociale vaardigheden opgenomen in verschillende risicotaxatie-instrumenten, zoals de HKT-R en FP40 en is in Nederlands onderzoek wel een relatie tussen sociale vaardigheden en recidive gevonden (Brand & Nijman, 2007). Met de opkomst van het 'Good Lives Model' (Ward, Mann, & Gannon, 2007) in de daderbehandeling hebben sociale vaardigheden weer meer aandacht gekregen. Vanuit dit perspectief worden tekortschietende sociale vaardigheden gezien als obstakel voor het ontstaan van een ondersteunend sociaal netwerk en maatschappelijke participatie. Bij cliënten met verstandelijke beperkingen zou dit effect van tekortschietende sociale vaardigheden bijzonder risico verhogend kunnen zijn in verband met de sterke afhankelijkheid van integratie in prosociale structuren (Boer e.a., 2004). Daarom zijn sociale vaardigheden opgenomen in risicotaxatie-instrumenten voor daders met verstandelijke beperkingen (ARMIDILO en TIPS-ID).

De schaal *Sociale vaardigheden en gedrag* bestaat uit twee items waarin de nadruk ligt op vaardigheden die nodig zijn om sociaal isolement te voorkomen en om te kunnen functioneren in samenwerkingssituaties.

12.1 Basale sociale vaardigheden en gedrag

Basale sociale vaardigheden verwijst bij dit item naar zaken zoals mensen aankijken, groeten, antwoord geven; (tafel)manieren; ruimtelijke en niet-ruimtelijke grenzen in acht nemen; niet luidruchtig zijn in ongepaste situaties. De score wordt bepaald door drie aspecten:

1. De mate van tekortschieten van basale sociale vaardigheden;
2. Hoe ongepast het basale sociale gedrag van de cliënt is;
3. In hoeverre ongepast basaal sociaal gedrag aanleiding geeft voor irritaties en conflicten en een probleem vormt voor het sociale leven en de maatschappelijke participatie van de cliënt.

12.2 Samenwerkingsvaardigheden

Bij de beoordeling van dit item worden de volgende vier aspecten meegewogen:

1. In hoeverre de cliënt in samenwerkingssituaties een eigen plan en eigen interesses volgt versus handelt in het algemeen belang;
2. In hoeverre hieruit irritaties en conflicten voortkomen;
3. Of men sturing door een leidinggevende accepteert;
4. Of een autoritaire opstelling van leidinggevendenden tot problemen leidt.

Schaal 13: Neiging tot problematisch middelengebruik of gokken

Er bestaat weinig twijfel over de empirische relatie tussen middelenmisbruik en recidive, zowel voor geweldsdelicten (Douglas & Skeem, 2005) als voor zedendelicten (Hanson & Harris, 2000; Mann e.a., 2010). Hierbij is sprake van een directe en een indirecte relatie.

Een directe relatie bestaat door een ontremmende, drempelverlagende werking van het middel. Een indirecte relatie ontstaat ten eerste door het negatieve effect van middelengebruik op het sociale en maatschappelijke functioneren, ten tweede door illegale activiteiten bij de verschaffing van middelen en ten derde door de grotere kans op antisociale contacten (Douglas & Skeem, 2005; Kaal, Ooyen-Houben, Ganpat, & Wits, 2009). De variabele middelenmisbruik is daarom opgenomen in nagenoeg alle risicotaxatie-instrumenten waaronder de HKT-R, HCR-20^{V3}, FP40, START, SORM. Dat geldt ook voor instrumenten ontwikkeld voor verstandelijk beperkte doelgroepen zoals de TIPS-ID, ARMIDILO en DRAMS.

Middelenmisbruik is niet alleen een sterke risicofactor maar komt ook nog eens zeer veel voor. In Nederland is bij 23% tot 52% van de verstandelijk beperkte gevangenispopulatie sprake van middelenmisbruik of verslaving (Kaal e.a., 2009) en vergelijkbare percentages gelden voor forensisch psychiatrische behandelsettings (Drieschner, Marrozos, & Hesper, 2011; Drieschner e.a., 2013).

Een probleem met middelenmisbruik als uitkomstvariabele voor klinische behandelingen is dat de mogelijkheid tot middelengebruik sterk wordt gereguleerd door de setting. Ook al hebben cliënten de mogelijkheid om aan middelen te komen, zijn fluctuaties in het gebruik meer een functie van de

beschikbaarheid van middelen dan van behandelinterventies. Dat betekent dat behandel-effecten geëvalueerd moeten worden aan de hand van variabelen die minder bepaald worden door de restrictiviteit van de setting, maar die wel samenhangen met het risico voor problematisch middelengebruik. Mann e.a. (2010) gebruiken hiervoor de term 'psychologische betekenisvolle risicofactoren'. De schaal *Neiging tot problematisch middelengebruik en gokken* bestaat uit items voor drie dergelijke aan middelengebruik gerelateerde factoren.

13.1 Zucht naar middelen of gokken

Voor de beoordeling van dit item spelen vier aspecten een rol:

1. De frequentie van het verlangen naar middelen of gokken;
2. Of dit verlangen alleen met of ook zonder externe trigger optreedt;
3. In hoeverre de cliënt in staat is gedachten over middelen of gokken weer los te laten;
4. In hoeverre door verlangen naar middelen of gokken verlies aan belangstelling of concentratie ontstaat.

13.2 Attitude tegenover problematisch middelengebruik / gokken

De score van dit item wordt door twee aspecten bepaald:

1. In hoeverre de negatieve aspecten van problematisch middelengebruik of gokken worden gebagatelliseerd;
2. In hoeverre er sprake is van idealisering van problematisch middelengebruik of gokken of hiermee samenhangende activiteiten en contacten.

13.3 Aanspreekbaarheid op het onderwerp middelengebruik/gokken.

Bij dit item worden vier aspecten beoordeeld:

1. In hoeverre de cliënt zich laat aanspreken op (het risico op) middelengebruik of gokken en daarmee samenhangende zaken;
2. Hoe ontvankelijk de cliënt is voor verdieping en concretisering van het onderwerp;
3. Het effect van het aan de orde stellen van het onderwerp op de relatie;
4. Of de aanspreekbaarheid beperkt blijft tot een enkele persoon.

Schaal 14: Psychotische symptomen

Onderzoek naar de relatie tussen psychotische stoornissen en geweld heeft tegenstrijdige resultaten voortgebracht. De aanwezigheid van een psychotische stoornis behoort daarom ook niet tot de 'central eight' dynamische risicofactoren (Andrews e.a., 2006). Evenwel concluderen Douglas, Guy en Hart (2009) op basis van een omvangrijke meta-analyse dat psychose wel als dynamisch risicofactor voor geweld beschouwd dient te worden en als zodanig in risicotaxatie-instrumenten opgenomen dient te worden. Bij de meeste instrumenten is dit ondanks de omstreden status van psychose als risicofactor ook het geval, waaronder de HKT-R, HCR-20^{v3}, START en SORM en ook instrumenten voor de verstandelijk beperkte doelgroepen zoals de DRAMS en TIPS-ID.

Er wordt uitgegaan van zowel een directe als een indirecte relatie tussen psychotische symptomen en geweld (Douglas & Skeem, 2005). Geweld kan direct uit psychotische symptomen voortkomen als hallucinaties of wanen een agressieve of achterdochtige inhoud hebben die wordt afgereageerd. Daarnaast kunnen psychotische symptomen de kans op geweld vergroten via hun invloed op andere risico- of protectieve factoren, zoals copingvaardigheden, impulscontrole, zelfzorg en medicatietrouw.

De schaal *Psychotische symptomen* bestaat uit drie items.

14.1A Risicoverhogende psychotische symptomen: wanen en waanachtige ideeën

Hiermee worden met name wanen en waanachtige ideeën bedoeld die een sterk gevoel van bedreiging bij de betrokkene oproepen.

14.1B Risicoverhogende psychotische symptomen: hallucinaties

Hiermee worden met name hallucinaties met een agressief karakter bedoeld.

Bij beide items, 14.1A en 14.1B, wordt de score bepaald door de volgende twee aspecten:

1. De intensiteit van positieve psychotische symptomen (de wanen of hallucinaties);
2. In hoeverre realiteitsconfrontatie mogelijk is of het contact belast dan wel symptomen verergert.

14.2 Psychotische kwetsbaarheid

De score op dit item wordt bepaald door vier aspecten:

1. De draagkracht van de cliënt, oftewel de kans op psychotische decompensatie bij belasting of prikkels;
2. De mate van inzicht in persoonlijke destabiliserende factoren en in hoeverre men deze ontwijkt;
3. Het herkennen van signalen van terugval;
4. Of ondersteuning van derden nodig is om destabilisatie te voorkomen.

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 e.a., 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. De schaal *Sociaal netwerk* bestaat uit drie items.

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).

Criminogene contacten is onderverdeeld in twee items:

15.1A Aantal criminogene netwerkleden en intensiteit van het contact

De score van dit item wordt door twee aspecten bepaald:

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

15.1B Identificatie en beïnvloedbaarheid

De score van dit item wordt door twee aspecten bepaald:

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

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 (Stephoe, 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).

De score van dit item wordt door drie aspecten bepaald:

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

15.3 Stressoren vanuit sociaal netwerk

Familieproblemen en stressoren in het sociaal netwerk zijn risicofactoren voor recidive (Bonta e.a., 1998; Martinez & Abrams, 2013). Zo is het hebben van een slechte band met ouders een risicofactor voor delinquentie bij meisjes (Van de Rakt e.a., 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 e.a., 2013).

De score van dit item wordt door de volgende aspecten bepaald:

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

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. De schaal *Internaliserende risicofactoren* bestaat uit vijf items.

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 ineffectieve 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 e.a., 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 e.a., 2016). Ook bij suïcidale gedachten bij mensen met LVB is stress een van de correlerende factoren (Lunsky, 2004).

Het item bestaat uit de volgende aspecten:

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

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 een 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; Fabrik-van de Glind & Widdershoven-van der Wal, 2005; Lodewijks, 2009; Vermeer, Lijnse, & Lindhout, 2004).

De score op dit item wordt bepaald door de volgende twee aspecten:

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

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 e.a., 2008). Stemmingsgerelateerde klachten kunnen tot uiting komen in antisociaal gedrag (Sheidow e.a., 2008), brandstichting (Lambie & Randell, 2011), delinquentie (Lemos & Faísca 2015), zelfdoding 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, Lunsky, & Kandel, 2006; Siever, 2008; Tsiouris, 2001; Tsiouris, 2010).

De aspecten voor dit item bestaan uit:

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

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 & Faísca, 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 e.a., 2009) en er is een oorzakelijke relatie tussen slachtofferschap van mishandeling of seksueel misbruik, en het ontwikkelen van angst- en stemmingsproblemen, en probleemgedrag (Mevissen e.a., 2016; Wigham, Taylor, & Hatton, 2014).

De score voor dit item wordt bepaald door de volgende 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.

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 ontlasting 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 ineffektieve manier omgaat met de psychische lijdensdruk. Dit kan onder andere door lijdensdruk te vermijden, bijvoorbeeld door verdoving te zoeken in middelenmisbruik. Mensen met een LBV 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 ineffektieve 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, Hove, Stams, & Oort, 2017). Deze 'acting out' copingstijl hangt ook samen met emotionele instabiliteit, agressie en recidive (Carlo e.a., 2012; Wibbelink e.a., 2017). Het acting out model wordt ook gebruikt ter verklaring van het verband tussen depressie en latere delinquentie (Kofler e.a., 2011).

De score op dit item wordt bepaald door de volgende aspecten:

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

3. Psychometrische eigenschappen

Geschreven door B. Hesper en M. Delforterie.

In de vorige theoriehandleiding is de betrouwbaarheid en validiteit van de oude items van de DROS beschreven (zie Drieschner, 2014). Ook zijn er verschillende artikelen verschenen in tijdschriften naar de betrouwbaarheid en validiteit van de DROS (zie Drieschner e.a., 2013; Delforterie, Hesper, & Didden, 2020; Delforterie, Hesper, Nijman, e.a., 2020).

Het artikel van Delforterie, Hesper en Didden (2020) rapporteert over de meest recente gegevens wat betreft betrouwbaarheid en validiteit van de items van de DROS (Drieschner & Hesper, 2008). De methode en resultaten van dit onderzoek worden kort beschreven in §3.1.

In 2018 is met financiering van KFZ een onderzoek opgezet naar de psychometrische kwaliteiten van de DROS 2.0, met een focus op de nieuwe items. Er is onderzoek gedaan naar de betrouwbaarheid (interne consistentie, test-hertest en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid) en convergente validiteit. De methode en resultaten van dit onderzoek worden beschreven in §3.2⁴.

3.1 Psychometrische kwaliteiten van de DROS

In 2020 is het manuscript "Psychometric properties of the Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) for individuals with mild intellectual disability or borderline intellectual functioning and externalizing behavior problems" (Delforterie, Hesper en Didden) gepubliceerd door het tijdschrift *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Hieronder volgt een korte beschrijving van de methode en de resultaten van het onderzoek.

3.1.1 Methode DROS

Gegevens waren verzameld bij Trajectum, een instelling voor mensen met een licht verstandelijke beperking en externaliserend probleemgedrag (inclusief delictgedrag). De gegevens waren verzameld binnen de Routine Outcome Monitoring (ROM) structuur die in 2008 is opgezet. Voor elke cliënt werd binnen 3 maanden na opname een DROS ingevuld, en vervolgens werd dit elk half jaar herhaald. Binnen 3 maanden voordat de cliënt uit zorg ging, werd er nog een afsluitende meting gedaan. Hoe langer een cliënt bij Trajectum in zorg was, hoe meer metingen er gedaan waren.

De gebruikte gegevens waren verzameld tussen 2008 en augustus 2016. In totaal was de DROS ingevuld voor 840 cliënten. Hiervan gaven 629 cliënten toestemming om de gegevens te gebruiken. Gegevens van 23 cliënten zijn niet meegenomen, omdat deze waren verzameld vóór de start van de opname (zogenaamde wachtlijstmeting) terwijl later bleek dat opname niet doorging. In totaal zijn voor het huidige onderzoek gegevens gebruikt van 606 cliënten.

Deze steekproef van 606 cliënten bestond voornamelijk uit mannen (86%). De gemiddelde leeftijd bij opname was 32,4 jaar (standaard deviatie [SD] = 11; lopend van 17 – 68 jaar). Het gemiddelde totale IQ (gerapporteerd voor 430 cliënten) was 70,57 (SD = 9,83).

4 Zie voor meer informatie het eindrapport Ontwikkeling DROS 2.0 op de website van Trajectum: <https://www.trajectum.nl/dros-instrument> of van KFZ: <https://kfz.nl/resultaten/call-2017-71>

De DSM-IV diagnose (gerapporteerd voor 486 cliënten) die het meest gesteld werd (naast een LVB) was een stoornis in het gebruik van middelen (53%), een persoonlijkheidsstoornis (51%) en psychotische stoornissen (29%).

3.1.2. Resultaten DROS

Uit de resultaten blijkt dat de DROS betrouwbaar is. Betrouwbaar wil zeggen dat het instrument nauwkeurig en zuiver meet. Hier is op verschillende manieren naar gekeken.

- **Confirmerende factoranalyse:** Hiermee wordt getoetst of de 14 schalen waaruit de DROS bestaat ook in de data naar voren komen. Dit is getoetst op 5 verschillende meetmomenten in de ROM. De resultaten gaven aan dat schaal 11 *Zelfredzaamheid* het beste in twee schalen opgeknipt konden worden *Zelfredzaamheid*: (A) *Zelfverwaarlozing/Zelfzorg* en (B) *Functionele schoolse vaardigheden*. Met deze aanpassing aan de schalen werd bevestigd dat de schalen van de DROS ook in de data te zien zijn, op alle 5 de meetmomenten. Zie voor de fitmaten van het model tabel 1.
- **Interne consistentie:** De mate waarin de items binnen een subschaal onderling overeenstemmen. Deze overeenstemming was voor de meeste subschalen en totaalscore van de DROS goed. Alleen van de subschalen *Impulsiviteit* en *In stand houden van stabiliserende prosociale structuren* was de interne consistentie laag. Zie tabel 2 voor de resultaten per subschaal en de totaalscore van de DROS.
- **Test-heretest betrouwbaarheid:** De mate waarin de test hetzelfde meet als deze (in een korte tijd) wordt herhaald. Deze betrouwbaarheid was voor alle subschalen en de totaalscore hoog. Zie tabel 2 voor de resultaten per subschaal en de totaalscore van de DROS.
- **Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid:** De mate van overeenstemming tussen verschillende beoordelaars bij het beoordelen van dezelfde cliënt. Voor de meeste subschalen en de totaalscore was deze overeenstemming goed tot uitstekend. Voor drie subschalen was deze overeenstemming redelijk (*Coping vaardigheden*, *Impulsiviteit* en *Functionele schoolse vaardigheden*). Voor de subschaal *In stand houden van stabiliserende prosociale structuren* was deze overeenstemming laag. Zie tabel 2 voor de resultaten per subschaal en de totaalscore van de DROS.

Tabel 1

Confirmerende factoranalyse op meetmoment (MM) 1 (3 maanden na opname), meetmoment 2 (9 maanden na opname), meetmoment 3 (15 maanden na opname), meetmoment 4 (21 maanden na opname) en meetmoment 5 (27 maanden na opname).

	MM 1 (n = 292)	MM 2 (n = 337)	MM 3 (n = 319)	MM 4 (n = 293)	MM 5 (n = 249)
χ^2 (df = 805)	2139,19 **	2641,36 **	2205,27 **	2038,64 **	2038,44 **
TLI	0,91	0,90	0,92	0,91	0,91
RMSEA (90% Betrouwbaar- heids- interval)	0,075 (0,071- 0,079)	0,082 (0,079 – 0,086)	0,074 (0,070 – 0,078)	0,072 (0,068 – 0,076)	0,078 (0,074 – 0,083)

** $p < 0,01$

n = aantal cliënten

Tabel 2*Betrouwbaarheidsanalyses van de subschalen van de DROS en de DROS totaalscore*

DROS schaal	Aantal items	Interne consistentie	Test-herstest betrouwbaarheid (< 3 maanden)	Interbeoordelaars-betrouwbaarheid
		α MM1 (n = 295)	Pearsons r (n = 38)	ICC single measure; one way random (n = 32)
Probleembesef/probleeminzicht	3	0,85	0,85**	0,75
Attitude tegenover de huidige behandeling of begeleiding	2	0,80	0,83**	0,71
Ideeën en verwachtingen over de situatie <u>na</u> behandeling	2	0,91	0,85**	0,66
Medewerking aan de behandeling/ begeleiding	4	0,74	0,89**	0,65
Antisociale attitudes	4	0,84	0,78**	0,64
Copingvaardigheden	3	0,82	0,80**	0,58
Vijandigheid	3	0,84	0,67**	0,72
Seksgerelateerde cognities en grensoverschrijdend gedrag	3	0,87	0,91**	0,72
Impulsiviteit	2	0,53	0,80**	0,49
In stand houden van stabiliserende structuren	2	0,57	0,75**	0,26
Zelfredzaamheid A: zelfverwaarlozing/ zelfzorg	3	0,88	0,93**	0,71
Zelfredzaamheid B: functionele schoolse vaardigheden	3	0,88	0,85**	0,57
Sociale vaardigheden en gedrag	2	0,74	0,89**	0,66
Verslaving, middelengebruik en gokken	3	0,86	0,95**	0,71
Psychotische symptomen	3	0,88	0,93**	0,78
DROS totaalscore	42	0,94	0,94**	0,79

** $p < 0,01$

n = aantal cliënten

Daarnaast laten de resultaten zien dat de DROS valide is, wat wil zeggen dat de DROS meet wat er mee bedoeld wordt om te meten. Hiervoor is de DROS vergeleken met de Adult Behavior Checklist (ABCL; Achenbach & Rescorla, 2003) die in de ROM door groepsleiding wordt afgenomen⁵.

De resultaten laten het volgende zien:

- Er is een goede overeenstemming gevonden met de subschaal van de ABCL die overeenkomt met de DROS, namelijk *Externaliserend probleemgedrag*, en een minder goede overeenstemming met de subschaal die niet overeenkomt met de DROS, de subschaal *Internaliserend probleemgedrag* (zogenaamde convergente en divergente validiteit). Dit betekent dat de DROS meer gericht is op externaliserend probleemgedrag dan op internaliserend probleemgedrag, wat met deze items ook de bedoeling is. Zie tabel 3 voor de resultaten.
- Verder scoren cliënten die veel externaliserend probleemgedrag laten zien op de ABCL ook lager op de DROS (en hebben dus een hoger risico op probleemgedrag) dan cliënten die weinig externaliserend probleemgedrag laten zien (zogenaamde concurrente validiteit). Deze resultaten worden gepresenteerd in tabel 4.
- Ten slotte is verandering over tijd op de DROS vergelijkbaar met verandering op de ABCL subschaal *Externaliserend probleemgedrag* (zogenaamde longitudinale validiteit). Zie tabel 5 voor deze resultaten.

Tabel 3

Convergente en divergente validiteit van de DROS totaalscore met de ABCL Externaliserend probleemgedrag en Internaliserend probleemgedrag.

		Externaliserend probleemgedrag (ABCL)	Internaliserend probleemgedrag (ABCL)
Meetmoment	<i>n</i>	Pearsons <i>r</i>	Pearsons <i>r</i>
1	141	-0,41***	-0,29**
2	198	-0,37***	-0,30***
3	175	-0,43***	-0,27***
4	169	-0,49***	-0,37***
5	132	-0,43***	-0,40***

** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$
n = aantal cliënten

5 Voor een vergelijking van de DROS met de HK-30, zie de theoriehandleiding (Drieschner, 2014), op te vragen via kenniscentrum@trajectum.info

Tabel 4

Concurrente validiteit met cliënten die laag (laagste 25%) en hoog (hoogste 25%) scoren op Externaliserend probleemgedrag gemeten met de ABCL.

Meet-moment	Externaliserend probleemgedrag (ABCL)	n	Gemiddelde DROS totaalscore (SD)	t	df	Effect grootte (Cohen's d)
1	Laag (<= 15)	38	3,45 (0,49)			
	Hoog (>= 36)	37	2,85 (0,64)	4,54**	73	1,05
2	Laag (<= 14)	50	3,66 (0,56)			
	Hoog (>= 33)	51	2,99 (0,59)	5,81**	99	1,16
3	Laag (<= 14)	46	3,77 (0,49)			
	Hoog (>= 33)	44	3,15 (0,52)	5,85**	88	1,23
4	Laag (<= 13)	45	3,94 (0,46)			
	Hoog (>= 30)	45	3,18 (0,43)	8,19**	88	1,71
5	Laag (<= 13)	35	3,92 (0,59)			
	Hoog (>= 30)	35	3,32 (0,43)	4,89**	68	1,16

** $p < 0,01$; SD = standaard deviatie
n = aantal cliënten

Tabel 5

Longitudinale validiteit met de DROS totaalscore en Externaliserend probleemgedrag gemeten met de ABCL

Vergelijking van meetmoment	n	Gemiddelde verschil DROS	Gemiddelde verschil ABCL	Pearsons r	p
MM1 – MM2	77	-0,11	-0,08	-0,40	< 0,001
MM1 – MM3	58	-0,39	2,02	-0,31	0,02
MM1 – MM4	56	-0,49	2,32	-0,23	0,09
MM1 – MM5	51	-0,49	3,63	-0,53	< 0,001

n = aantal cliënten

3.2 Ontwikkeling en onderzoek nieuwe items DROS 2.0

In 2018 is met financiering van KFZ en in samenwerking met Ipse de Bruggen, de Rooyse Wissel, de Forensische Zorgspecialisten, Stevig en Trajectum een onderzoek opgezet naar de betrouwbaarheid en validiteit van de DROS 2.0, met een focus op de nieuwe items van de schalen *Sociaal netwerk* en *Internaliserende risicofactoren*. De methode en resultaten van dit onderzoek worden hieronder beschreven.

3.2.1. Methode DROS 2.0

Procedure

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.

Onderzoeksgroep

In totaal is de DROS 2.0 bij 109 cliënten afgenomen, verdeeld over de 5 instellingen (voor de verdeling, zie tabel 6). 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 6 voor meer informatie over de onderzoeksgroep.

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 e.a., 2007; Lindsay e.a., 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 e.a., 2014), Historical Clinical Risk Management (HCR-20^{v3}; De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & De Ruiter, 2013) en Adult Behavior Checklist (ABCL; Achenbach & Rescorla, 2003).

Tabel 6

Demografische kenmerken van de onderzoeksgroep (n = 109)

		<i>Gemiddelde (SD)</i>
Leeftijd (jaren)		38 (10)
Behandelduur (maanden)		32 (40)
IQ ¹		69 (10)
		<i>n (%)</i>
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)
Persoonlijke stoornissen (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)

¹n = 101

n = aantal cliënten;

SD = standaarddeviatie.

Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie. De Historische, Klinische en Toekomstige – Revisie (HKT-R; Spreeu e.a., 2014) 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 netwerkleiden* 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 e.a., 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).

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 7 voor de afkapwaarden van de analyses.

Tabel 7

Afkapwaarden voor betrouwbaarheid- en convergente validiteitsanalyses.

Interne consistentie ¹ (α)	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

3.2.2. Resultaten DROS 2.0

Betrouwbaarheid

In tabel 8 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.

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 9 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*.

Tabel 8*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

Vervolg DROS 2.0

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 behandelaren, is besloten dit item te behouden en de interne consistentie van $\alpha = 0,63$ te accepteren.

Tabel 9

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^{vs} en ABCL.

	15.1 Criminogene contacten	15.2 Pro-sociale steun	15.3 Stressoren vanuit sociaal netwerk	Sociaal netwerk		
HKT-R (n = 38)						
K14 Beïnvloeding door beschermende en/of risicovolle netwerkleden	-0,335*	-0,155	-0,189	-0,324*		
T6 Sociaal netwerk	-0,273	-0,207	-0,002	-0,230		
HCR-20^{vs} (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 Stressklachten	16.2 Zelf-waardering	16.3 Omgaan met stemmingsgerelateerde klachten	16.4 Omgaan met trauma gerelateerde klachten	16.5 Acting out van internaliserende problemen	Internaliserende risicofactoren
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^{vs} (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*		-0,419*	-0,460*
C4a Affectieve instabiliteit	-0,211		-0,434*		-0,588**	-0,472*
C4 Instabiliteit			-0,511**		-0,641**	-0,503**
R5 Stress/coping	-0,324		-0,358		-0,351	-0,307

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

4. Gebruik van de DROS 2.0

Geschreven door B. Hesper en M. Delforterie.

4.1 ROM en risicotaxatie

Zoals aangegeven in de inleiding (zie §1.1) is de DROS 2.0 ontwikkeld om behandel-effecten te evalueren bij mensen met een LVB en risicovol gedrag. Hierdoor is de DROS 2.0 geschikt als meetinstrument in de Routine Outcome Monitoring (ROM), waarbij deze tijdens de behandeling herhaald kan worden afgenomen om de voortgang in behandeling te evalueren en zo nodig de behandeling bij te stellen. Het afnemen van de DROS 2.0 aan het begin van de behandeling kan inzicht geven in belangrijke risicofactoren waar de behandeling zich op zou moeten richten (Drieschner, Hesper, Marrozos, & Hout, 2011; Hout, 2013).

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 worden⁶. Uit het onderzoek blijkt dat de DROS totaalscore en een DROS-*recidive* subschaal (bestaande uit de schalen *Vijandigheid*, *Impulsiviteit* en *Verslaving, middelengebruik en gokken*) verschillende typen *recidive* beter dan kans kunnen voorspellen. Ook lijken de voorspellende waarden vergelijkbaar met de voorspellende waarde van de HKT-30 (Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie, 2002). Om de toegevoegde waarde voor de praktijk te bepalen is meer en onafhankelijk onderzoek nodig.

4.2 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 2.0 wordt aandacht besteed aan de interpretatie van meetscores en het gebruik van de DROS 2.0 voor de evaluatie en planning van individuele behandelingen. Na de training ontvangen de deelnemers een certificaat. De primaire gebruikersgroep van de DROS 2.0 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>.

6 Het volledige onderzoek is op te vragen via kenniscentrum@trajectum.info

Literatuur

- 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.
- Akers, R. L., & Jennings, W. G. (2016). Social Learning Theory. In: A.R. Piquero (red). *The Handbook of Criminal Theory* (pp. 230 – 240). Hoboken, New Jersey: John Wiley and Sons.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. L. (1995). *The Level of Service Inventory – Revisited*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson Publishing.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2006). The recent past and near future of risk and/or need assessment. *Crime & Delinquency*, 52, 7 – 27.
- 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.
- Barriga, A. Q., & Gibbs, J. C. (1996). Measuring cognitive distortion in antisocial youth: Development and preliminary validation of the "How I Think" questionnaire. *Aggressive Behavior*, 22, 333-343.
- Basquill, M. F., Nezu, C. M., Nezu, A. M., & Klein, T. L. (2004). Aggression-related hostility bias and social problem-solving deficits in adult males with mental retardation. *American Journal of Mental Retardation*, 109, 255-263.
- 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.
- 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.
- Blake, E., & Gannon, T. A. (2008). Social Perception Deficits, Cognitive Distortions, and Empathy Deficits in Sex Offenders A Brief Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9, 34-55.
- Brand, E. F. J. M., & Emmerik, J. L. (2001). *Handboek Forensisch Psychiatrische Schalen: Handleiding FP40*. Den Haag, NL: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Brand, E., & Nijman, H. (2007). Risicotaxatie en behandelbeoordeling met twee forensische observatielijsten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 49, 221-232.
- Broxholme, S., & Lindsay, W. R. (2003). Development and preliminary evaluation of a questionnaire on cognitions related to sex offending for use with individuals who have mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 472-482.
- 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 ex-prisoners: 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 disordered offenders: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 123, 123-142.
- Boer, D. P., Tough, S., & Haaven, J. (2004). Assessment of risk manageability of intellectually disabled sex offenders. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17, 275- 283.
- Bueno Guerra, N. (2012). Vengeance with a vengeance: is it worth to study it? *Anuario de Psicología Jurídica*, 22, 95-110.

- 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.
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6, 284 - 290.
- Cochran, J. C. (2014). Breaches in the wall: Imprisonment, social support, and recidivism. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 51, 200-229.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155 - 159.
- 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.
- De Jong, K., & Nugter, M. A. (2011). De kunst van effectief feedback geven: waarom weten niet altijd tot verbeteren leidt. In: V. J. A. Buwalda, M. A. Nugter, J. A. Swinkels, C. L. Mulder, editors. *Praktijkboek ROM in de ggz* (pp. 52-61). Utrecht: De Tijdstroom.
- De Vogel, V., De Ruiter, C., Bouman, Y. H. A., & De Vries-Robbe, M. (2007). *Handleiding bij de SAPROF. Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk. Versie 1*. Utrecht: Forum Educatief.
- 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.
- Diden, 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.
- Delforterie, M. J., Hesper, B. L., & Didden, R. (2020). 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*, 33, 662 - 672.
- Delforterie, M. J., Hesper, B., Nijman, H. L. I., Korzilius, H. P. L. M., Turhan, A., & Didden, R. (2020). De voorspellende waarde van de Dynamic Risk Outcome Scales (DROS) voor recidive bij (forensische) patiënten met een lichte verstandelijke beperking. *Tijdschrift voor Psychiatrie* 12, 1040 - 1048.
- Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, 250, 1678-1683.
- Douglas, K. S., Guy, L. S., & Hart, S. D. (2009). Psychosis as a risk factor for violence to others: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 135, 679-706.
- Douglas, K.S., Hart, S.D., Webster, C.D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20V3: Assessing risk of violence – User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment, getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 347-383.
- Douma, J. (2018). *Jeugdigen en (jong)volwassenen met een licht verstandelijke beperking. Kenmerken en de gevolgen voor diagnostisch onderzoek en (gedrags)interventies*. Utrecht: Landelijk Kennis centrum LVB.
- Drieschner, K. H. (2014). *Dynamic Risk Outcome Scales (DROS): Inhoud, onderbouwing, psychometrische eigenschappen en gebruikseigenschappen*. Boschoord: Trajectum.
- Drieschner, K. H., & Boomsma, A. (2008a). The Treatment Motivation Scales for Forensic outpatient treatment (TMS-F): construction and psychometric evaluation. *Assessment*, 15, 224 - 241.

- Drieschner, K. H., & Boomsma, A. (2008b). Validation of the Treatment Motivation Scales for Forensic outpatient treatment (TMS-F). *Assessment, 15*, 242-255.
- Drieschner, K. H., & Hesper, B. L. (2008). *Dynamic Risk Outcome Scales*. Boschoord: Trajectum.
- Drieschner, K. H., Hesper, B. L., & Delforterie, M. (2019). *Dynamic Risk Outcome Scales 2.0*. Zwolle: Trajectum.
- Drieschner, K. H., Hesper, B. L., Marrozos, I., & Hout, F. A. G. (2011). Duurzaamheid – meerwaarde versus inspanning. In: S. van Hees, P. Van der Vlist, N. Mulder (editors). *Van meten naar weten – ROM in de GGZ* (pp. 81 – 87). Amsterdam: Uitgeverij Boom.
- Drieschner, K. H., & Lange, A. (1999). A review of cognitive factors in the etiology of rape: Theories, empirical studies, and implications. *Clinical Psychology Review, 19*, 57-77.
- Drieschner, K. H., Marrozos, I., & Hesper, B. L. (2011). Verstandelijke beperking in de forensische psychiatrie: overzicht en presentatie van een onderzoek naar het effect van langdurende klinische behandelingen. *Proces, 5*, 280-298.
- 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.
- Drieschner, K. H., & Verschuur, J. (2010). Treatment engagement as predictor of premature treatment termination and treatment outcome in a correctional outpatient sample. *Criminal Behaviour and Mental Health, 20*, 86-99.
- 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.
- D’Zurilla, T. J., & Chang, E. C. (1995). The relations between social problem solving and coping. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 547-562.
- 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.
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1996). A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: What works!. *Criminology, 34*, 575-607.
- Grann, M., Haggård, U., Hiscoke, U. L., Sturidsson, K., Löfström, L., Siverson, E., Ståhle, B., & Woodhouse, A. (2000). *The SORM manual*. Stockholm: Karolinska Institute.
- 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.
- Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior, 27*, 6-35.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 1154-1163.
- 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.
- Hendry, M. C. (2013). *Hostile attribution bias as a dynamic risk factor in civil psychiatric patients and criminal offenders: change over time and relationship to violence and recidivism [PhD]*. Burnaby, CA: Simon Fraser University.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of delinquency*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Hout, F. A. G. (2013). Dynamic Risk Outcome Scales – Specificatie van behandeldoelen. *MGv Medium voor ggz en Verslavingszorg, 1*, 29-31.

- Howells, P. M., Rogers, C., & Wilcock, S. (2000). Evaluating a cognitive/behavioural approach to anger management skills to adults with learning disabilities. *British Journal of Learning Disabilities, 28*, 137-142.
- 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.
- Jahoda, A., Pert, C., & Trower, P. (2006). Frequent aggression and attribution of hostile intent in people with mild to moderate intellectual disabilities: an empirical investigation. *American Journal on Mental Retardation, 111*, 90-99.
- 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.
- Jochemsen, T., & Berger, M. (2002). *Families First voor licht verstandelijk gehandicapten: Richtlijnen en technieken voor het werken met gezinnen*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- Kaal, H. L., Ooyen-Houben, M. M. J., Ganpat, S., & Wits, E. (2009). *Een complex probleem – passende zorg voor verslaafde justitiabelen met co-morbide psychiatrische problematiek en een lichte verstandelijke handicap*. Den Haag: WODC. Report nr Cahier 2009-11.
- 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.
- Lindsay, W. R., Hamilton, C., Moulton, S., Scott, S., Doyle, M., & McMurrin, M. (2011). Assessment and treatment of social problem solving in offenders with intellectual disability. *Psychology, Crime & Law, 17*, 181-197.
- 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.
- Lindsay, W. R., Murphy, L., Smith, G., Murphy, D., Edwards, Z., Chittock, C., Grieve, A., & Young, S.J. (2004). The dynamic risk assessment and management system: An assessment of immediate risk of violence for individuals with offending and challenging behaviour. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities, 17*, 267-274.
- 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.

- Lofthouse, R., Golding, L., Totsika, V., Hastings, R., & Lindsay, W. (2017). How effective are risk assessments/measures for predicting future aggressive behaviour in adults with intellectual disabilities (ID): A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 58*, 76-85.
- Lunsky, Y. (2004). Suicidality in a clinical and community sample of adults with mental retardation. *Research in Developmental Disabilities, 25*, 231-243.
- 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.
- 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.
- 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.
- McGrath, R. J. (2005). Treatment Intervention and Progress Scale for sexual abusers with intellectual disabilities: Scoring manual. *Center for Sex Offender Management, Middlebury, VT: Author.*
- McGrath, R. J., Livingston, J. A., & Falk, G. (2007). A structured method of assessing dynamic risk factors among sexual abusers with intellectual disabilities. *American Journal of Mental Retardation, 112*, 221-229.
- McMurrin, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: a systematic review. *Legal and Criminological Psychology, 14*, 83-100.
- McMurrin, M., & Theodosi, E. (2007). Is treatment non-completion associated with increased reconviction over no treatment? *Psychology, Crime & Law, 13*, 333-343.
- 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.
- Mevisen, L., Didden, R., & Jongh de, A. (2016). EMDR voor trauma- en stressorgerelateerde klachten bij patiënten met een verstandelijke beperking. *Directieve Therapie, 36*, 5-26.
- Mevisen, L., & De Jongh, 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.
- Mills, J. F., Kroner, D. G., & Forth, A. E. (2002). Measures of Criminal Attitudes and Associates (MCAA), development, factor structure, reliability, and validity. *Assessment, 9*, 240-253.
- Oort, F. J., Visser, M. R. M., & Sprangers, M. A. G. (2009). Formal definitions of measurement bias and explanation bias clarify measurement and conceptual perspectives on response shift. *Journal of Clinical Epidemiology, 62*, 1126-1137.
- Parry, C. J., & Lindsay, W. R. (2003). Impulsiveness as a factor in sexual offending by people with mild intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 47*, 483-387.
- Pouls, C., & Jeandarme, I. (2015). Risk Assessment and Risk Management in Offenders with Intellectual Disabilities: Are We There Yet? *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities, 8*, 213-236.
- 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.
- Quinsey, V. L. (2004). Risk assessment and management in community settings. In: W. R. Lindsay, J. L. Taylor, P. Sturmey P. *Offenders with developmental disabilities* (pp. 131-141). Chichester, UK: Wiley.

- Rosenveld, B., & Lewis, C. (2005). Assessing violence risk in stalking cases: a regression tree approach. *Law and Human Behavior, 29*, 343-357.
- Schneider, S. L., & Wright, R. C. (2001). The FoSOD: A measurement tool for reconceptualizing the role of denial in child molesters. *Journal of Interpersonal Violence, 16*, 545-564.
- Schneider, S.L., & Wright, R. C. (2004). Understanding denial in sexual offenders: A review of cognitive and motivational processes to avoid responsibility. *Trauma, Violence, & Abuse, 5*, 3-20.
- 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.
- Simourd, D. J., & Van de Ven, J. (1999). Assessment of criminal attitudes: Criterion-related validity of the Criminal Sentiments Scale-Modified and Pride in Delinquency Scale. *Criminal Justice and Behavior, 26*, 90-106.
- Smith, G. A. (1986). Observer drift: a drifting definition. *Behaviour Analyst, 9*, 127-128.
- Snoyman, P., & Aicken, B. (2011). Self-reported impulsivity in male offenders with low cognitive ability in New South Wales prisons. *Psychology, Crime & Law, 17*, 151-164.
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014) *Handleiding en Methodologische Verantwoording HKT-R, Historisch, Klinische en Toekomstige-Revisie*. Groningen: Dr. van Mesdag kliniek.
- Stephoe, 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*, 13-19.
- Stephoe, L., Lindsay, W. R., Murphy, L., & Young, S. J. (2008). Construct validity, reliability and predictive validity of the dynamic risk assessment and management system (DRAMS) in offenders with intellectual disability. *Legal and Criminological Psychology, 13*, 309-321.
- 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.
- 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.
- Thornton, D. (2002). Constructing and testing a framework for dynamic risk assessment. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 14*, 139-152.
- 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 Rakt, M., Weerman, F., & Need, A. (2005). Delinquent gedrag van jongens en meisjes. Het (anti)sociale kapitaal van vriendschapsrelaties. *Mens & Maatschappij, 80*, 328-352
- 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.

- 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 Nieuwenhuijzen, M., Orobio de Castro, B. O., Van Aken, M. A. G., & Matthijs, W. (2009). Impulse control and aggressive response generation as predictors of aggressive behaviour in children with mild intellectual disabilities and borderline intelligence. *Journal of Intellectual Disability Research*, *53*, 233-242.
- 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.
- 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.
- Walters, G. D. (2002). The Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS). *Assessment*, *9*, 278-291.
- Ward, T., Mann, R. E., & Gannon, T. A. (2007). The good lives model of offender rehabilitation: clinical implications. *Aggression and Violent Behavior*, *12*, 87-107.
- Webster, C. D., Nicholls, T. L., Martin, M. L., Desmarais, S. L., & Brink, J. (2006). Short-Term Assessment of Risk and Treatability (START): the case for a new structured professional judgment scheme. *Behavioral Sciences and the Law*, *24*, 747-766.
- Werkgroep Risicotaxatie Forensische Psychiatrie (2002). *Handleiding HKT-30: risicotaxatie in de forensische psychiatrie*. Den Haag: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- 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.
- 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.
- Willner, P., & Tomlinson, S. (2007). Generalization of anger-coping skills from day-service to residential settings. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, *20*, 553- 562.
- 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.



trajectum

de Borg 