

Oratie

Onbehandelbaar?

De morele plicht¹ tot effectieve Forensische Orthopedagogiek

Oratie uitgesproken op 13-12-2017 te Utrecht

Jessica Asscher

PED 38 (1): 1-20

DOI: 10.5117/PED2018.1.ORAT

Onderstaand een verslag van onze onderzoeksassistente Gerdien die bij een moeder in een van de gezinnen in één van onze lopende onderzoeken op huisbezoek ging, maar het had net zo goed een hulpverlener kunnen zijn:

“[...] Ik druk op de bel en kijk in de camera, maar er komt geen reactie. Ik bel hierna nog 2x, geen reactie. Ik bel haar op het huisnummer, er wordt niet opgenomen. Het mobiele nummer blijkt niet van haar. Ik bel nog 2x zonder reactie en bel de onderzoeks coördinator voor een alternatief mobiel nummer, maar dat is er niet. Ik besluit een laatste keer aan te bellen en er wordt geantwoord! Ik hou kort mijn praatje en moeder is niet enthousiast en zegt dat ik aan de deur wel mijn ‘bewijs moet laten zien dat ik van de universiteit ben’. Het is onduidelijk waarom ze nu opeens wel antwoordt?! Ik mag binnenkomen, maar er wordt niet gevraagd of ik iets wil drinken en ik heb nog steeds mijn jas aan. Moeder besluit na uitleg wel mee te doen, geen idee wat haar overgehaald heeft, misschien de €5,00 aangezien ze schulden hebben. Moeder heeft erg veel moeite met het invullen van de vragenlijst, ze is warrig, ongeduldig en onvoorspelbaar. Ze zucht en kreunt tussendoor veelvuldig. [...]. Ze vertelt dat haar ex haar zo heeft mishandeld dat ze met een hersenschudding in het ziekenhuis is beland (misschien dat ze daarom zo weinig concentratie heeft).”

Wat leert dit verslag ons? De doelgroep van de Forensische Orthopedagogiek is moeilijk te bereiken: reken er niet op dat er open gedaan wordt, of dat de bezoeker met open armen ontvangen wordt. Er is doorzettingsvermogen voor nodig om binnen te komen. Om deze doelgroep te bereiken, en om een hulpverleningsrelatie op te bouwen, is veel geduld en een groot incasseringsvermogen nodig.

Zoals dit voorbeeld laat zien is er in de gezinnen die het onderwerp zijn

van forensische orthopedagogiek veel aan de hand, bijvoorbeeld huiselijk geweld, schulden, en/of fysieke problemen en het wantrouwen is groot. Het worden ook wel *multiproblem* gezinnen genoemd, omdat er sprake is van meerdere problemen op verschillende leefgebieden, die elk aangepakt zouden moeten worden om de gezinnen te helpen. Vaak spelen problemen al generaties lang (Lambermon & Van IJzendoorn, 1990; Van de Weijer, 2011). Dit maakt behandeling en begeleiding van deze gezinnen complex en uitdagend.

Na plaatsing in een justitiële jeugdinstelling recidiveert volgens de laatste cijfers van het WODC (tot 2012) zo'n 58% van de jongeren (Wartna, Tollenaar, Verweij, Alberda, & Essers, 2016). De cijfers van het aantal kinderen dat na begeleiding terug komt bij jeugdbescherming (de vroegere bureaus jeugdzorg) zijn onbekend, maar naar alle waarschijnlijkheid zijn de cijfers vergelijkbaar met die van jongeren met een strafrechtelijke maatregel. Bij JeugdzorgPlus instellingen (instellingen waar jongeren terecht kunnen die niet thuis kunnen blijven, nergens anders terecht kunnen, en voor bescherming van zichzelf gesloten geplaatst worden) blijkt in een steekproef van 306 dossiers vanaf 2012 dat 21% van de jongeren meerdere keren geplaatst is in een instelling, waarvan een deel zelfs drie keer (Dirks, Eichelsheim, Asscher, & Van der Laan, 2017).

In deze rede zal ik focussen op effectiviteit van Forensische Jeugdzorg. Forensische jeugdzorg is die vorm van jeugdhulp waarbij sprake is van dusdanig ernstige omstandigheden dat justitieel ingrijpen noodzakelijk is of dreigt. Dit kan via de **civielrechtelijke** weg: de veiligheid van kinderen is dusdanig in het geding dat een Onder Toezichtstelling (OTS) is uitgesproken, of dreigt, of zelfs ontzetting uit de ouderlijke macht aan de orde is. Het zijn, zoals gezegd, gezinnen waarbij sprake is van complexe problematiek, waar soms sprake is van huiselijk geweld, kindermishandeling of -verwaarlozing en waar in ieder geval sprake is van onveiligheid: van kinderen in de leeftijdscategorie tussen 9 maanden en 18 jaar.

Daarnaast kan de **strafrechtelijke** weg onderscheiden worden. Hierbij gaat het om gedwongen jeugdhulp voor jongeren tussen de 12-18 jaar die een strafbaar feit gepleegd hebben. Afhankelijk van de ernst van het delict en omstandigheden wordt een straf opgelegd variërend in ernst van taak/leerstraf of bureau halt afdoening, tot jeugd detentie of PIJ-maatregel (Plaatsing in een Inrichting voor Jeugdigen). Beide richtingen (civiel en strafrechtelijk) worden uitgevoerd onder regie van gecertificeerde jeugdbeschermingsinstellingen (de voormalige bureaus jeugdzorg). Onder deze regie worden verschillende interventies aangeboden aan de jongeren en de gezinnen waartoe ze behoren. Omdat de zorg die ingezet wordt niet vrij-

blijvend is, is het van het grootste belang, zo niet een morele plicht (Weisburd, 2003), dat deze effectief is, of op zijn minst niet schadelijk. Onder effectiviteit van Forensische jeugdzorg versta ik een afname van problematiek op dusdanige wijze dat justitieel ingrijpen niet meer nodig is. Met andere woorden: recidivekans neemt af en kindveiligheid is voldoende gewaarborgd. Dit lijkt misschien voor de hand liggend, maar, op het moment dat de eerste effectonderzoeken naar justitiële interventies gedaan werden, bleek dat allerlei interventies die verplicht opgelegd werden wel degelijk een negatief effect konden hebben.

Een voorbeeld hiervan zijn de *scared straight* programma's: gevangenisbezoeken die een afschrikwekkende werking zouden moeten hebben, maar die bleken te leiden tot een toename van recidive van de deelnemers (Petrosino, Turpin-Petrosino, & Buehler, 2003; Van der Laan, 2005).

Van interventies gericht op het verbeteren van het opvoedingsklimaat is er minder evidentie voor ongunstige effecten, maar zelfs effectonderzoeken van de zogenaamde bewezen effectieve, ofwel *evidence-based*, programma's laten een consequent beeld zien, waarbij een deel van de deelnemers geen baat heeft bij het aangeboden programma (zie bijvoorbeeld: Mertens, Deković, Asscher, & Manders, 2017; Nievar, Van Egeren, & Pollard, 2010).

Over wie nu het meeste baat heeft, gezinnen met de ernstigste problemen of juist gezinnen met minder ernstige problemen, zijn onderzoekers het niet eens (zie o.a. Gardner, Hutchings, Bywater, & Whitaker, 2010; Reid, Eddy, Fetrow, & Stoolmillerr, 1999; Webster-Stratton, 1996). Mogelijk verschilt dit per populatie deelnemers, of komt dit omdat de meeste effectonderzoeken onvoldoende deelnemers hebben om met voldoende power subgroep analyses te doen. Ook is mogelijk dat bepaalde gezinnen genetische, neurobiologische en psychologische predisposities hebben waardoor ze minder baat hebben bij interventies (Belsky, Bakermans-Kranenburg, & Van IJzendoorn, 2007). Feit is dat bij een substantieel deel van de jeugdigen en gezinnen die verwezen worden naar justitiële interventies, deze interventies niet voldoende effectief zijn.

In deze rede wil ik analyseren waarom dit zo zou kunnen zijn. Voordat ik mogelijke verklaringen voor het uitblijven van effectiviteit bespreek, is het van belang dat we ons realiseren dat er, naast de groep mensen die deelnemen aan effectonderzoeken en bij wie blijkt dat de interventies geen effect hebben, nog een groep gezinnen is waarvan we eigenlijk niet weten wat interventies doen: gezinnen en jongeren waar de kindveiligheid in het geding is, of die delicten plegen, maar die buiten zicht van de forensische zorg blijven of van de daar uitgevoerde onderzoeken.

Uit eerdere onderzoeken naar preventie programma's bleek al dat veel programma's niet die gezinnen bereiken die het het meest nodig hebben (Hermanns, 2009; Stams, 2011). Dit lijkt evenzeer van toepassing op de forensische zorg, zie ook het rapport van de kinderombudsvrouw van vorige maand (november 2017) voor wat betreft kindermishandeling (<http://www.dekinderombudsman.nl/92/ouders-professionals/publicaties/ge-meenten-doen-meer-aan-preventie-kindermishandeling-maar-bereik-on-duidelijk/?id=759>).

Kortom, de interventies die opgelegd worden in de forensische zorg bereiken niet de gehele doelgroep en bij die gezinnen die wel bereikt worden, blijken de interventies niet voor iedereen effectief te zijn. Er is dus sprake van een groep 'onbehandelbaren'.

Hiermee wil ik nadrukkelijk niet zeggen dat het afgelopen decennium niet heel veel gebeurd is en bereikt is op het gebied van effectiviteit van behandeling in het forensische veld. Er is ook veel wel bereikt: er is veel meer kennis over effectieve ingrediënten (bijvoorbeeld Deković, Asscher, Manders, Prins, & Van der Laan, 2012) en er is meer kennis over voor wie interventies werken (bijvoorbeeld: Asscher et al., 2016), maar resultaten zijn beperkt in omvang. Wat de boodschap van deze rede zeker niet is, is het veel gebezigde *nothing works*, een in de criminologie veelgebruikte kreet die impliceert dat behandeling zinloos, want niet effectief, is. Maar wel is de boodschap van deze rede dat het *what works?* vraagstuk naar een ander niveau getild moet worden om vooruitgang te boeken in forensische jeugdzorg.

Met de komst van de Erkenningscommissies justitiële interventies en jeugdinterventies in 2005 en de Databank Effectieve Interventies (DEI) van het Nederlands Jeugdinstituut heeft effectonderzoek naar justitiële interventies in Nederland een impuls gekregen. De onderzoeksbereidheid van het forensische veld nam (zij het onder 'lichte' dwang van financiers) toe. Echter, deze toename in effectonderzoek bleek niet te leiden tot een toename van *evidence-based* interventies. Veel interventies worden ter beoordeling aangeboden. Hoewel een deel van de interventies leidt tot veranderingen op primaire uitkomstmaten zoals een reductie van externaliserend probleemgedrag en verbetering van intermediaire uitkomstmaten als opvoedingsgedrag, bleek de ultieme toets, een effect op recidive ten opzichte van een vergelijkingsgroep, vaak niet bereikt voor bijvoorbeeld MST (Asscher, Deković, Manders, Van der Laan, & Prins, 2013; Asscher et al., 2014), Equip (Helmond, 2013); Tools4U (Van der Stouwe et al., 2018). Dit hangt waarschijnlijk vooral samen met de hoge kwaliteit van *treatment as usual* in Nederland (Hendriks, 2013). Andere onderzoeksresultaten waren niet

robuust vanwege een methodisch zwakkere onderzoeksopzet (zie website van databank effectieve jeugdinterventies van NJI).

Kortom, ondanks de oprichting van de NJI databank en de verscheidene Erkenningscommissies, worden in Nederland nog altijd interventies aangeboden aan kinderen en jeugdigen, waarvan van een deel de effectiviteit niet aangetoond is. Dit maakt duidelijk dat de noodzaak van effectonderzoek nog net zo evident is als in 2005.

Echter, als er wel robuust effectonderzoek is gedaan, blijkt vaak dat voor een deel van de doelgroep, de zogenaamde *onbehandelbaren* de interventies niet voldoende effectief zijn. Dit blijkt niet alleen uit klassieke effectonderzoeken, waar zichtbaar is dat een vast deel van de deelnemers geen veranderingen laat zien (zie o.a., Mertens et al., 2017), maar dit blijkt ook uit studies naar (zorg)recidive (Wartna et al., 2016). In deze rede betoog ik dat er voor deze *onbehandelbaren* allereerst grondig geanalyseerd dient te worden wat maakt dat zij niet ontvankelijk zijn voor behandeling, en dat daarnaast het hulpverleningsaanbod aangepast moet worden op zo'n manier dat het ook bij deze specifieke groep kans van slagen heeft. Tenslotte moet op vernieuwende wijze gezocht worden naar gezinnen die buiten beeld van zorg weten te blijven.

Allereerst zal ik de zogenaamde *onbehandelbaren* schetsen en toelichten wat deze doelgroep zo ongrijpbaar maakt. Vervolgens zal ik een aantal verklaringen langslopen waarom interventies bij deze gezinnen minder zin zouden kunnen hebben. Tenslotte zal ik toelichten met welke onderzoekslijnen ik de komende jaren de verschillende verklaringen hoop te onderzoeken, waardoor uiteindelijk ook de *onbehandelbaren* baat kunnen hebben bij interventies.

Wie?

De *onbehandelbaren* die ik bedoel zijn onaanraakbaren, onveranderbaren en (soms) onhandelbaren en voor jeugdhulp on- (of moeilijk) vindbaren. Behandeling van deze jeugdigen en gezinnen, de doelgroep van de Forensische Orthopedagogiek, is ingewikkeld om verschillende redenen. Allereerst is er sprake van complexe problematiek op vele gebieden. De problemen die kinderen in deze gezinnen laten zien zijn ingebed in een breder web van problemen die op elkaar inwerken en elkaar in stand houden (Bronfenbrenner, 1986).

Veel van deze problemen staan het kunnen profiteren van hulp in de weg, maar het oplossen ervan valt juist weer buiten de scope en het man-

daat van jeugdhulp. Denk bijvoorbeeld aan schulden- of huisvestingsproblematiek, of gezinnen waarin niet kan worden voldaan aan de eerste levensbehoeften, zoals eten, drinken en een veilig onderkomen. Deze gezinnen zijn vaak hulpvermijdend en zorgmijdend. Ze hebben om uiteenlopende redenen geen behoefte aan ‘pottenkijkers’, deels vanwege een slecht beeld van jeugdhulp (*ze komen je kind weghalen*), deels vanuit de behoefte problemen binnenskamers te houden. Daarnaast kunnen praktische problemen (zoals interferentie met werk of andere dagelijkse bezigheden, of reistijd tot de jeugdhulpverleningsinstelling) het gebruik van jeugdhulp in de weg staan. Ook is voorstelbaar dat bij gedwongen jeugdhulp motivatieproblemen een rol spelen. Omdat deze gezinnen vaak moeilijk bereikbaar zijn en weinig gemotiveerd voor jeugdhulp en onderzoek, is er nog niet veel bekend over deze gezinnen. De onbehandelbaren is de naam die ik deze gezinnen heb gegeven, met name vanuit mijn frustratie dat interventies deze gezinnen niet lijken te veranderen en bereiken. Met ons onderzoek bereiken we deze gezinnen soms wel.

Kenmerken van interventies

Een eerste reden waarom interventies mogelijk niet effectief zijn, kan gevonden worden in kenmerken van de interventies. Een eerste stap naar effectievere forensische jeugdzorg is het bewust kiezen voor bewezen effectieve interventies (zoals Stams al zei tijdens zijn oratie (Stams, 2011)). Dat betekent dat interventies die aantoonbaar effectief zijn in Nederland en in het buitenland het uitgangspunt zouden moeten zijn voor het verbeteren van de zorg voor onbehandelbaren. Maar dat alleen is niet genoeg.

Er moet specifiek onderzocht worden hoe dit aanbod aangepast kan worden om effectiever te zijn voor deze complexe doelgroep, zonder de cruciale kenmerken die de interventies *evidence-based* maken aan te tasten. Dit vereist nog veel onderzoek. Geen *one size fits all* onderzoek, waarbij in het wilde weg bij grote cliëntengroepen bakken met compromis data verzameld worden, maar zorgvuldig, diepgaand exploratief onderzoek naar de verschillen tussen behandelbaren en onbehandelbaren, en vervolgens experimenteel onderzoek waarbij bestaande *evidence-based* interventies geoptimaliseerd worden om voldoende aan te sluiten bij specifieke problemen van cliënten, dus eigenlijk ook geen *one size fits all* interventies. De input van deelnemende ouders en hulpverleners is hierbij cruciaal.

Hiermee hangt ook de **Effectiveness/efficacy discussie samen**. Een programma wordt vaak ontwikkeld voor een specifiek probleem, en uitge-

voerd onder streng gecontroleerde condities. In deze omstandigheden zijn er vaak effecten zichtbaar en onderzoek naar deze manier van werken wordt ook wel *efficacy* onderzoek genoemd (Weisz, Donenberg, Han, & Weiss, 1995). Bij *effectiveness* onderzoek, dat plaats vindt in de alledaagse praktijk, zijn de omstandigheden echter anders, wat kan verklaren waarom de effectiviteit beduidend minder is. In de alledaagse praktijk, met name van de Forensische Orthopedagogiek, is sprake van complexe multicausale problematiek, zijn behandelaars vaak overbelast en is er maar beperkt budget voor inter- en supervisie waardoor geprotocolleerd werken vaak erg lastig blijkt. In de context van psychotherapie schreven Weisz en collega's al in 1995 dat het gat tussen lab onderzoek en klinische praktijk gedicht zou moeten worden door op zoek te gaan naar effectieve ingrediënten en deze ook in de praktijk in te zetten, en door op kleine schaal onderzochte interventies in de praktijk te implementeren. Het lijkt de belangrijkste verklaring voor het uitblijven van sterke effecten in alledaagse praktijk.

Daarnaast blijkt het juist bij de forensische/ doelgroep soms noodzakelijk om flexibel te werken, afgestemd op de problematiek van de doelgroep. Dit staat op gespannen voet met strikt integer een programma uitvoeren. Programma integriteit is sowieso vaak in het geding, omdat (deels) de verkeerde doelgroep betrokken wordt (bijv. om een groep vol te krijgen), of omdat essentiële onderdelen van een programma of interventie achterwege worden gelaten om onduidelijke redenen. Gebrekkige programma integriteit, houdt in dat het programma, om allerlei redenen, niet wordt uitgevoerd zoals bedoeld (Barnoski, 2004; Lipsey, 2009; Stams, 2011). Dat is een veelvoorkomende reden waarom programma's niet effectief zijn. Goense en collega's (2016) toonden in een meta-analyse aan dat als een programma uitgevoerd wordt zoals bedoeld, de effectiviteit het grootst is. Helaas wordt programma integriteit niet altijd goed geregistreerd. Om het goed te registreren moet immers de overbelaste behandelaar nog extra checklists invullen of sessies opnemen op video en daarop feedback ontvangen. Vaak ontbreekt hiervoor budget of motivatie, of, zoals een indiener bij een van de Erkenningscommissies bij het NJI het formuleerde: "Ik kan hier wel een mooi kwaliteitsbewakingssysteem bedenken en beschrijven, maar de praktijk is dat niemand dat uiteindelijk gebruikt". Als echter onbekend is of de interventie uitgevoerd is zoals bedoeld, is ook onduidelijk of de interventie effectief kan zijn. Programma integer werken is dus cruciaal voor klinisch effectieve forensische jeugdzorg. Taak voor de wetenschap is dus te zoeken naar de optimale afstemming tussen aansluiten bij cliëntfactoren, de cruciale kenmerken van interventies en de mogelijkheden van de therapeuten/uitvoerders en hun organisaties.

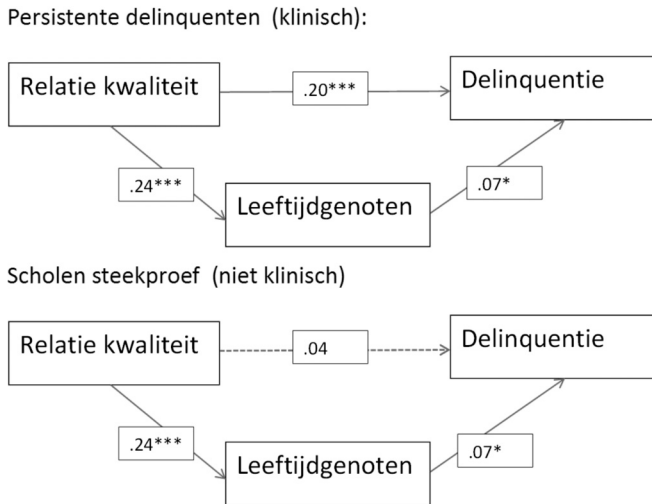
Algemeen werkzame factoren

Naast programmaspecifieke kenmerken die kunnen maken dat een programma geschikt is voor een bepaald probleem of doelgroep is ook steeds vaker de stelling te horen dat de focus op interventie strategieën en programmafactoren niet zo zinvol is, maar dat kenmerken van de hulpverlener maken dat een interventie al dan niet werkt (Van Yperen, Van der Steege, Addink, & Boendermaker, 2010). Die stelling gaat mij te ver, maar wie de forensische zorg uitvoert is wel degelijk van cruciaal belang, ofwel het professionaliteitsbeginsel (MacGuire, 1995). Algemeen werkzame factoren zoals therapeutische alliantie en motivatie van de cliënten zijn van belang voor het welslagen van een interventie. Op het gebied van therapeutische alliantie zijn er de afgelopen jaren veel ontwikkelingen, waarbij de stem van de cliënt in de behandeling en de richting er van veel meer zichtbaar is. Problematisch is wel dat het bewerkstelligen van motivatie en een goede therapeutische relatie juist bij gedwongen zorg op zijn zachtst gezegd uitdagend is. Mogelijk is forensische zorg door het ontbreken van een goede therapeutische relatie en motivatie voor behandeling bij een deel van de doelgroep minder effectief.

Theorievorming gebaseerd op at risk populatie steekproeven

Een andere verklaring voor het minder of niet aantoonbaar effectief zijn van forensische jeugdzorg voor specifieke groepen zou kunnen liggen in het gegeven dat de theoretische basis van gedragsproblematiek (zie onderzoek van Loeber, 1990; Loeber & Stouthamer-Loeber, 1997; Tremblay, 1998) gebaseerd is op prachtige longitudinale onderzoeken in at risk populaties. Dergelijke populaties leveren belangrijke, theorievormende steekproeven, van zelfs moeilijk bereikbare gezinnen, maar deze lijken desondanks niet voldoende op de gezinnen die er het allerergst aan toe zijn, namelijk de populatie in de forensische jeugdzorg en daardoor zijn deze gegevens minder toepasbaar. Mogelijk werken risicofactoren in de 'aller ernstigste' gezinnen op een andere manier in op problematiek dan in at risk steekproeven die bereid zijn om jarenlang aan onderzoek deel te nemen. Om die reden is het van cruciaal belang om te onderzoeken of de relaties tussen bijvoorbeeld opvoeding, leeftijdgenoten en delictgedrag bij delinquente jongeren hetzelfde verlopen als bij jongeren uit de algemene bevolking. In een klein exploratief onderzoek (Asscher, Wissink, Deković, Prinzie, & Stams, 2014), vonden we dat in een delinquente groep, *de kwaliteit van*

de relatie delinquent gedrag voorspelde, en in een niet-delinquente groep niet.



Figuur 1 Samenhang tussen slechte relatie kwaliteit, leeftijdgenoten en delinquent gedrag in een klinische- en niet-klinische steekproef

Dit suggereert dat een interventie gericht op het verbeteren van relatie kwaliteit wel zinvol is als behandeling, maar niet als preventie. Dit was een eerste kleine studie, dus voordat ik hier vergaande conclusies aan kan verbinden zou replicatie plaats moeten vinden, maar dit illustreert wel het punt dat harde kern jongeren mogelijk minder gebaat zijn bij interventies gebaseerd op theorieën die ontleend zijn aan onderzoek in at risk steekproeven.

Statische risicofactoren

Een andere verklaring voor het gebrek aan effectiviteit van behandeling voor bepaalde gezinnen zou kunnen liggen in het type risicofactoren dat aanwezig is in de gezinnen. Risicofactoren worden beschreven als factoren die de kans op een ongunstige ontwikkelingsuitkomst vergroten (Deković, 1999). De kans op een ongunstige ontwikkelingsuitkomst neemt toe met het aantal aanwezige risicofactoren. De interventietheorie bij Forensische Orthopedagogiek leunt zwaar op het Risk-Needs-Responsivity (RNR) model, zoals gepresenteerd door Andrews en Bonta (2010). Gebaseerd op

Bronfenbrenners (1979) bio-ecologische ontwikkelingsmodel dat al het gedrag, dus ook ernstig probleemgedrag, kan worden verklaard vanuit de verschillende contexten waarin een kind functioneert, stellen Andrews en Bonta dat interventies, om effectief te zijn, zich zouden moeten richten op de aanwezige risicofactoren bij de jeugdigen, en op hun behoeften, rekening houdend met hun mogelijkheden. Interventies zouden moeten aansluiten bij de veranderbare risicofactoren om effect te hebben. Kortom: we moeten goed kijken wat er aan de hand is, in termen van dynamische, ofwel veranderbare risicofactoren, behandeling afstemmen op de ernst van de problematiek: hoe ernstiger hoe intensiever, kijken wat een gezin nodig heeft om de aanwezige risico's te lijf te gaan en rekening houden met de mogelijkheden (zoals verstandelijke beperking etc.). Misschien zijn er bij de gezinnen die geen baat hebben bij interventies zo veel onveranderbare of statische risicofactoren aanwezig, dat ongeacht wat er aangeboden wordt de kans op (zorg) recidive erg hoog blijft. Zo is meermalen uit onderzoek gebleken dat bij persistente delinquenten de belangrijkste voorspeller van recidive eerder delinquent gedrag was (Assink et al., 2015). Maar ook voor kindermisbruik bleek een statische risicofactor, te weten het gegeven of ouders zelf slachtoffer waren geweest van kindermisbruik, het sterkst voorspellend voor het optreden van seksueel kindermisbruik (Assink et al., 2016). Mogelijk is er dus bij gezinnen die steeds recidiveren qua zorg gebruik en probleemgedrag van kinderen sprake van onveranderbare risicofactoren die de kans van slagen van een interventie negatief beïnvloeden. Ook is de vraag of bestaande interventies zich op passende wijze op de juiste risicofactoren richten. Wel is denkbaar en bekend dat sterke beschermende factoren (denk aan goede opvoeders of leerkracht) kunnen compenseren voor of een tegenwicht kunnen bieden aan risicofactoren, waardoor de uitkomst mee kan vallen.

Specifieke kenmerken die ontvankelijkheid voor behandeling beïnvloeden

Een psychische stoornis kan de oorzaak zijn van de aanwezige gedragsproblemen. De aanwezigheid van een specifieke psychische stoornis kan ook een verminderde behandelingsrespons verklaren of, in termen van Andrews en Bonta (1990), interventies kunnen niet voldoende responsief zijn als gevolg van specifieke psychopathologie. Twee factoren die behandelrespons kunnen verminderen zijn neurobiologische kenmerken van de

aanwezige problemen (Van Goozen & Fairchild, 2008) en persoonlijkheids-pathologie.

De meest gerepliceerde *biomarker* voor antisociaal gedrag is hartslag bij rust (Ortiz & Raine, 2004). Onderzoek liet zien dat behandelrespons minder groot is bij kinderen met een gedragsstoornis met een lage hartslag (Stadler et al., 2008). Ook een afwijkende stressrespons hangt samen met verminderde behandel-effecten (Fairchild et al., 2008).

Biologische voorspellers van behandel-effect in forensische setting zijn nog niet zo vaak onderzocht (De Vries-Bouw et al., 2011; Cornet, de Kogel, Nijman, Raine, & Van der Laan, 2014). De effecten van neurobiologische kenmerken van ouders en kinderen op de behandelrespons van *gezinnen* zijn nog niet onderzocht. Mogelijk tonen de ‘onbehandelbaren’ neurobiologische kenmerken die kunnen verklaren waarom hun behandelrespons minder gunstig is.

Ten slotte kan persoonlijkheids-pathologie de verminderde behandelresultaten verklaren. Persoonlijkheids-pathologie wordt meestal bestudeerd als een factor in de behandeling van internaliserende problemen (bijvoorbeeld Mulder, 2002). Het is echter aannemelijk dat de persoonlijkheids-pathologie (van zowel ouders als kinderen) ook de behandeling beïnvloedt in de forensische jeugdzorg. Van persoonlijkheidskenmerken is bekend dat ze verband houden met variaties in behandeluitkomsten (bijvoorbeeld Asscher et al., 2016). Daarnaast is er een groot onderzoeksveld dat de rol van hoge of lage niveaus van psychopathische trekken in behandelingsresponsiviteit onderzoekt. Vooral individuen die *callous/unemotional* kenmerken hebben, laten minder gunstige behandel-effecten zien (Frick & Dickens, 2006). Sommigen stellen zelfs dat kinderen en ouders met psychopathische trekken onbehandelbaar zijn, maar ander onderzoek (McDonald, Dodson, Rosenfield, & Jouriles, 2011) weerlegt dit weer. In ieder geval beïnvloedt de aanwezigheid van psychopathie mogelijk het succes van behandeling.

Diagnostiek en verwijzing

De volgende verklaring voor het ontbreken van effecten bij bepaalde gezinnen brengt me automatisch op diagnostiek en verwijzing. Zoals aangegeven kan er veel aan de hand zijn met deze gezinnen, daarom is goede dossieroverdracht en adequate diagnostiek noodzakelijk. Helaas wordt bij verwijzing naar forensische jeugdzorg, onder andere vanwege privacy redenen, maar helaas ook vanwege gebrekkige samenwerking tussen de be-

trokkenen in de jeugdhulpverlening, niet altijd het volledige dossier meegegeven. Daarnaast is informatie uit dossiers niet altijd betrouwbaar. Ook richten verschillende zorgorganisaties zich op de verschillende leden van het gezinssysteem (bijvoorbeeld: GGZ voor de ouders; GG&GD voor de gezondheidszorg rond het kind, school met het kind; kinder- en jeugdpsychiatrie met individuele kinderen) en deze informatie wordt niet altijd gedeeld, waardoor in acute zaken veel tijd verloren kan gaan met het in kaart brengen van de problematiek. Daarnaast wordt niet altijd op gestructureerde wijze, met behulp van een actueel risicotaxatie-instrument een inschatting gemaakt van het veiligheids- of recidive risico, terwijl deze inschatting van belang is om de duur en intensiteit van de in te zetten behandeling te bepalen. Tenslotte zijn gecertificeerde jeugdzorginstellingen niet altijd voldoende toegerust (in termen van tijd en mankracht) om ook de specifieke problemen van de onbehandelbaren op gedegen wijze in kaart te brengen. Denk hierbij aan het vaststellen van psychiatrische stoornissen bij ouders/kinderen of het onderzoeken van neurobiologische aspecten van de problematiek. Broeders en collega's (2015) toonden bij een dossieronderzoek van 51 jeugdzorgPlus jongeren aan dat bij veel van deze jongeren in het voortraject voor verwijzing naar jeugdzorgPlus geen passend zorgaanbod, responsief voor de mogelijkheden van de jongeren, rekening houdend met risico en protectieve factoren, gedaan was.

Er is dus ruimte voor verbetering: allereerst in verbeterde ketensamenwerking, die desnoods wettelijk gefaciliteerd moet worden om te voorkomen dat onnodig tijd verloren gaat met steeds opnieuw dezelfde vragen stellen aan mensen om een beeld van de problematiek te krijgen. Daarnaast is regionale samenwerking tussen alle instanties die met deze gezinnen te maken hebben van cruciaal belang. Nu sinds de transitie van de jeugdhulp de gemeentes regievoerders in de jeugdhulp zijn, is een belangrijke taak van gemeentes een dergelijk samenwerkingsklimaat te faciliteren en stimuleren. Als deze samenwerking goed loopt en de lijntjes tussen de zorgaanbieders kort zijn en de contacten collegiaal goed (in plaats van concurrerend, wat toch vaak gebeurt), moet het ook mogelijk zijn om de benodigde, maar nog ontbrekende stukjes diagnostiek op korte termijn in te kopen bij collega instellingen.

Forensische jeugdzorg: de professional

Een laatste verklaring voor variatie in effectiviteit van forensische jeugdzorg, is de clinicus/behandelaar/gezinsmanager/regisseur, met andere woorden: diegene die het werk uiteindelijk moet doen.

Met de transitie van de jeugdzorg in 2015 is de gehele jeugdhulpverlening, maar daarmee ook de forensische jeugdzorg geconfronteerd met een grote verschuiving: de generalist moet op wijkniveau de kleinere problemen aanpakken en op het juiste moment opschalen naar de forensische jeugdzorg. DE vraag is of een generalist in staat is om tijdig 'op te schalen' en of de generalist de vaardigheden bezit die nodig zijn om met onbehandelbaren te werken. In die zin zou ik willen pleiten voor een specialist in het voorveld: iemand die in staat is onbehandelbaren te identificeren en in staat is tot adequate diagnostiek.

Een ander gevolg van de transitie in de jeugdzorg is dat de transitie is gepaard gegaan met een bezuiniging waaraan het hele systeem van forensische zorg zich nog aan het aanpassen is. Jeugdhulpverleners doen hun werk in een context waarbij de publieke opinie altijd aanwezig is: immers: ernstige incidenten worden in de media breed uitgemeten en de rol van de jeugdzorg wordt daarbij niet gespaard.

Denk bijvoorbeeld aan de zaak van de achtjarige Sharleyne die van een flat in Hoogeveen gevallen of gegooid is in 2015. Niet verwonderlijk dat deze zaak veel media aandacht kreeg, want in de laatste zaak had jeugdzorg inderdaad een aantal cruciale signalen niet opgevangen, en de vader van Sharleyne werkte mee aan een documentaire over de gebeurtenissen. Zoals dit incident zijn er elk jaar wel een aantal. Dat is begrijpelijk, enerzijds omdat de risico's in deze gezinnen dermate groot zijn dat incidenten als deze niet altijd te voorkomen zijn en anderzijds omdat ook forensische jeugdzorg nu eenmaal mensenwerk is waarbij fouten gemaakt kunnen worden. Wanneer dat gebeurt kunnen de gevolgen helaas groot zijn. Om dit soort excessen te voorkomen zijn allerlei controlemechanismen gebouwd om jeugdzorg heen: allereerst natuurlijk de inspectie jeugdzorg, de Raden van Toezicht van jeugdhulp biedende instellingen, klachtencommissies, keurmerkinstituten en het tuchtrecht. In deze complexe context doet de hulpverlener in de forensische jeugdzorg zijn werk. Dit heel moeilijke werk, met soms slechts kleine succesjes, in die complexe context leidt er toe dat er een hoog personeelsverloop is, in ieder geval in de gecertificeerde jeugdzorginstellingen. En ook dit maakt het weer lastig om juist bij de meest complexe groep effectief te werken. Ik wil daarom betogen dat het een gemeenschappelijke verantwoordelijkheid is van de forensische

jeugdzorginstellingen, politiek en gemeenten om te faciliteren dat jeugdzorg medewerkers op gedegen wijze hun werk kunnen uitvoeren. Dat betekent: werken met een stabiele financieringsstroom, maar minstens zo belangrijk is hoe er gereageerd wordt op incidenten. Niet met beschuldigende vinger, maar uitzoeken hoe heeft kunnen gebeuren wat er is gebeurd en hoe de kans dat iets dergelijks in de toekomst weer gebeurt geminimaliseerd kan worden.

Wat is nodig?

Onderwijs: goed opgeleide professionals, die de skills hebben binnen te komen bij gezinnen, die kennis hebben van het justitiële kader en die in de weerbarstige praktijk op de been blijven. Clinici moeten programma's en protocollen integer uit voeren, waarbij specifieke gezinsgerichte aanpassingen worden beschreven / aangegeven met een reden waarom dat nodig werd geacht.

Onderzoek: effectonderzoek blijven verrichten en kijken waarom interventies niet werken zoals beoogd bij specifieke gezinnen. Dat betreft in eerste instantie effectonderzoek dat gebruik maakt van een vergelijkbare controlegroep, zoals het geval is wanneer een experiment met random toewijzing aan groepen of een onderzoek met een gematchte controlegroep wordt uitgevoerd. Voorbeelden hiervan zijn de onderzoeken van onze voormalig promovendi Chrissy James en Sanne de Vries naar de effecten van twee in Amsterdam veelgebruikte programma's: een naar de effectiviteit van nazorg en een naar de effectiviteit van een preventief programma voor startende delinquenten (James et al., 2016; De Vries et al., 2017). Momenteel wordt door Van der Stouwe onderzoek gedaan naar de effecten van Tools4U, een sociale vaardigheidstraining die ingezet wordt in het kader van een taakstraf. Sharon Dijkstra doet onderzoek naar de effectiviteit van Eigen Kracht Conferenties in de gedwongen jeugdhulpverlening.

Alle bovengenoemde onderzoeken bieden veel meer mogelijkheden dan alleen het antwoord geven op de effectiviteitsvraag. Bij het onderzoek van Sharon Dijkstra, bijvoorbeeld, zijn gezinnen die naar Jeugdbescherming Regio Amsterdam verwezen werden en daarvoor toestemming gaven, in totaal 346 gezinnen, twee jaar lang door de onderzoekers gevolgd. Onder deze gezinnen zijn ook gezinnen waarvoor de jeugdzorg inmiddels is afgesloten. Dit biedt bij uitstek de mogelijkheid te onderzoeken welke gezinnen baat hebben bij de jeugdzorg en welke niet.

Hanne Duindam is bezig met onderzoek naar de effectiviteit van Dutch

Cell Dogs. Dutch Cell Dogs is een interventie waarbij gevangenen gedurende acht weken twee maal per week een asielhond trainen. Dit zou hen leren beter emoties te herkennen, betere zelfbeheersing te krijgen en meer empathie te ontwikkelen, wat zou kunnen bijdragen aan het verbeteren van de behandelresponsiviteit binnen de residentiele instelling. Ook bij dit onderzoek kan gekeken worden bij wie dit wel en bij wie dit niet aanslaat.

Kortom, bestaand effectonderzoek zoals wij het veel doen is belangrijk omdat hiermee de klinische groepen bereikt worden en dit mogelijkheden biedt om prospectief te onderzoeken wie er wel en geen baat hebben bij behandeling en of er specifieke kenmerken te vinden zijn van jongeren/gezinnen die maken dat een behandeling minder succesvol is.

Daarnaast moet duidelijker worden hoeveel gezinnen geen baat hebben bij forensische zorg: met andere woorden: hoe groot is het probleem precies? Hiertoe zullen nieuwe studies gestart worden. Er zal samenwerking gezocht worden met gecertificeerde instellingen en jeugdzorg Nederland. In een lopend dossieronderzoek zijn we al bezig dit in kaart te brengen voor jeugdzorgPlus.

De praktische problemen in het werkveld van de forensische jeugdzorg moeten aangepakt worden. Allereerst door voor vroege identificatie en diagnostiek van ernstige problematiek door in stadia voor gedwongen zorg specialisten met kennis van de doelgroep in te zetten om tijdige en adequate verwijzing te realiseren. Daarnaast is verbeterde interdisciplinaire samenwerking noodzakelijke voorwaarde om onbehandelbaren behandelbaar te maken. Door de complexe problematiek is één interventie niet voldoende en zal er op maat een combinatie van interventies ingezet moeten worden. De samenwerking in de keten (met alle partijen die gezamenlijk verantwoordelijk zijn voor het bieden van forensische jeugdzorg) zou verbeterd moeten worden.

Maar hier is ook een verantwoordelijkheid voor de wetenschap, die allereerst professionals moeten opleiden met voldoende kennis van en inzicht in het werk in de forensische jeugdhulp, waar hier bij Pedagogische Wetenschappen aan de Universiteit Utrecht de minor jeugd en criminaliteit een uitstekende eerste stap voor biedt. Ten tweede kunnen deze wetenschappers op een voor de praktijk haalbare manier onderzoek doen naar de effectiviteit van diagnostiek en interventies en resultaten zo snel mogelijk op begrijpelijke wijze terugkoppelen, waarbij ook *out of the box* gekeken wordt en geëxperimenteerd, en met oog voor de moeilijkst bereikbare groep. Samenwerking met het middelbaar onderwijs en de GGD als vroege vindplaatsen van kinderen met problemen kan hier ook aan bijdragen. En tenslotte is er behoefte aan een beter functionerend verwij-

zingssysteem met adequate diagnostiek, maar ook met wachtlijstvrij behandel aanbod waardoor verwijzingen soepeler lopen, om de onbehandelbaren behandeld te krijgen. Tenslotte moet er aandacht zijn voor de ontvankelijkheid voor behandeling (het eerder genoemde responsiviteitsprincipe) en kan er mogelijk met vernieuwende methoden, zoals Dutch Cell Dogs gewerkt worden aan het vergroten van behandelresponsiviteit.

Onderzoekslijnen naar klinisch effectieve forensische jeugdzorg

Dat brengt mij bij de toekomstplannen voor het vergroten van de klinische effectiviteit van de forensische orthopedagogiek. De ervaring in eerder onderzoek in de forensische zorg zal ons helpen om in contact te komen met onbehandelbaren, hen te werven voor onderzoek en te analyseren wat er mis gaat in deze groep. Daarnaast zal, zoals al uit het voorgaande bleek, gebruik gemaakt worden van de reeds verzamelde databestanden om inzicht te krijgen in de manier waarop hoe theoretische modellen passen bij klinische steekproeven. De gegevens die binnen deze projecten verzameld zijn, bieden de mogelijkheid te toetsen of dezelfde theorieën toepasbaar zijn op steekproeven uit de Forensische Orthopedagogiek als op probleemgedrag in algemene steekproeven uit de samenleving.

Daarnaast onderzoeken we de toepassing van interventies. Een voorbeeld hiervan is het onderzoek naar gender specificiteit van het behandel aanbod in jeugdzorgPlus instellingen dat ik samen met collega's van het NSCR uitvoer.

Wij zullen zorgrecidive verder in kaart brengen door te onderzoeken in hoeverre zorgrecidivisten verschillen van niet zorg recidivisten in termen van risicofactoren. Dit onderzoek moet duidelijk maken in hoeverre statische risicofactoren, persoonlijkheidspathologie en psychopathologie aanwezig zijn en het uitblijven van behandel effecten kunnen verklaren.

De *effectiviteit van huidig aanbod* wordt verbeterd door vernieuwende toevoegingen te doen aan bestaande behandelingen om beter aan te sluiten bij de complexe problematiek van de populatie.

Tenslotte zal gezocht worden naar manieren waarop het jeugdzorgaanbod toegankelijker gemaakt kan worden door op vernieuwende wijze te zoeken naar jongeren/gezinnen die jeugdzorg nodig hebben. Een voorbeeld hiervan is het Stressles project met Universiteit Leiden in het kader van de Nationale Wetenschapsagenda (NWA) waarbij jeugdzorg en onderwijs laagdrempelig bij elkaar worden gebracht.

Conclusie

Ik hoop met mijn onderzoeklijnen de komende jaren de onbehandelbaren beter behandelbaar te maken. Door de combinatie van toegepast en fundamenteel onderzoek denk ik dat *what works* en *evidence-based* werken een nieuwe impuls kan krijgen, zonder in een wetenschappelijk en weinig klinisch georiënteerde discussie te hoeven belanden wat het beste onderzoeksdesign zou kunnen zijn om de effectiviteitsvraag te beantwoorden. Ik ben bijzonder gemotiveerd om dit onderzoek, naar de moeilijkst bereik- en behandelbare groep, samen met mijn collega's aan te pakken. Ik ben er van overtuigd dat dit onderzoek nu nodig is en daarmee de urgentie heeft die nodig is om dergelijk onderzoek te doen slagen.

Noot

1. Weisburd, D. (2003). Ethical practice and evaluation of interventions in crime and justice: The moral imperative for randomized trials. *Evaluation Review*, 27(3), 336-354.

Referenties

- Andrews, D.A., & Bonta, J. (2010). Rehabilitating criminal justice policy and practice. *Psychology, Public Policy, and Law*, 16, 39-55.
- Assink, M., Van der Put, C.E., Hoeve, M., De Vries, S.L., Stams, G.J.J., & Oort, F.J. (2015). Risk factors for persistent delinquent behavior among juveniles: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 42, 47-61.
- Assink, M., De Jong, N.M., Meeuwssen, M.W.C.M. Hoeve, M., Oort, F.L., Stams, G.J.J. M., & Van der Put, C. E. (2016). Risk factors for sexual victimization of children: A meta-analysis (*in revision*).
- Asscher, J.J., Deković, M., Manders, W.A., Van der Laan, P.H., & Prins, P.J. (2013). A randomized controlled trial of the effectiveness of multisystemic therapy in the Netherlands: Post-treatment changes and moderator effects. *Journal of Experimental Criminology*, 9(2), 169-187.
- Asscher, J.J., Deković, M., Manders, W., Van der Laan, P.H., Prins, P.J., Van Arum, S., & Dutch MST Cost-effectiveness Study Group. (2014). Sustainability of the effects of multisystemic therapy for juvenile delinquents in The Netherlands: Effects on delinquency and recidivism. *Journal of Experimental Criminology*, 10(2), 227-243.
- Asscher, J.J., Deković, M., Van Den Akker, A.L., Manders, W.A., Prins, P.J., Van Der Laan, P.H., & Prinzie, P. (2016). Do personality traits affect responsiveness of juvenile delinquents to treatment?. *Journal of Research in Personality*, 63, 44-50.
- Asscher, J.J., Wissink, I.B., Deković, M., Prinzie, P., & Stams, G.J.J.M. (2014). Delinquent behavior, poor relationship quality with parents, and involvement with deviant peers in delinquent and nondelinquent adolescents: Different processes, informant bias, or both? *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 58, 1001-1019

- Barnoski, R. (2004). *Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.
- Bronfenbrenner, U. (1979). The ecology of human development: Experiments by nature and design. *American Psychologist*, 32, 513-531.
- Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental Psychology*, 22(6), 723-742.
- Belsky, J., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2007). For better and for worse: Differential susceptibility to environmental influences. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 300-304.
- Deković, M. (1999). Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 28, 667-685.
- Deković, M., Asscher, J.J., Manders, W.A., Prins, P.J., & Van der Laan, P. (2012). Within-intervention change: Mediators of intervention effects during multisystemic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(4), 574-587.
- De Vries, L.A., Wibbelink, C.J.M., Hoeve, M.H., Asscher, J.J., & Stams, G.J.J.M. (2017). A randomized controlled trial of the effectiveness of the youth crime prevention program 'New Perspectives' (NP): Post-treatment changes and moderator effects. *Children and Youth Services Review*, 82, 413-426.
- De Vries-Bouw, D., Popma, A., Vermeiren, R., Doreleijers, T. A., Van De Ven, P.M., & Jansen, L. (2011). The predictive value of low heart rate and heart rate variability during stress for reoffending in delinquent male adolescents. *Psychophysiology*, 48(11), 1597-1604.
- Dirks, M., Eichelsheim, V.I., Asscher, J.J., & Van der Laan, P.H. (2017). *Meisjes in JeugdzorgPlus Instellingen. Verschillen in Risicofactoren en Behandelpunten*. Den Haag: Zon MW.
- Fairchild, G., Van Goozen, S. H., Stollery, S. J., Brown, J., Gardiner, J., Herbert, J., & Goodyer, I.M. (2008). Cortisol diurnal rhythm and stress reactivity in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder. *Biological Psychiatry*, 64(7), 599-606.
- Frick, P.J., & Dickens, C. (2006). Current perspectives on conduct disorder. *Current Psychiatry Reports*, 8(1), 59-72.
- Gardner, F., Hutchings, J., Bywater, T., & Whitaker, C. (2010). Who benefits and how does it work? Moderators and mediators of outcome in an effectiveness trial of a parenting intervention. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(4), 568-580.
- Goense, P.B., Assink, M., Stams, G.J., Boendermaker, L., & Hoeve, M. (2016). Making 'what works' work: A meta-analytic study of the effect of treatment integrity on outcomes of evidence-based interventions for juveniles with antisocial behavior. *Aggression and Violent Behavior*, 31, 106-115.
- Helmond, P. (2013). *Inside Out: Program integrity and effectiveness of the cognitive-behavioral program EQUIP for incarcerated youth*. Utrecht: Utrecht University
- Hendriks, J. (2013). *Joost houdt niet van haarlemmerolie*. Den Haag: Boom Lemma.
- Hermanns, J. (2009). *Het opvoeden verleerd*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- James, C., Asscher, J.J., Stams, G.J.J.M., & Van der Laan, P.H. (2016). The effectiveness of aftercare for juvenile and young adult offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60, 1159-1184
- Lambermon, M.W.E., & Van IJzendoorn, M.H. (1990). Over de appel en de boom; intergenerationale overdracht bij verwaarlozing en mishandeling in gehechtheidstheoretisch perspectief. *Nederlands Tijdschrift voor Opvoeding, Vorming en Onderwijs*, 7, 66-82.
- Lipsey, M.W. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. *Victims & Offenders*, 4, 127-147.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical psychology review*, 10(1), 1-41.

- Loeber, R., & Stouthamer-Loeber, M. (1998). Development of juvenile aggression and violence: Some common misconceptions and controversies. *American Psychologist*, *53*(2), 242-259.
- McDonald, R., Dodson, M. C., Rosenfield, D., & Jouriles, E. N. (2011). Effects of parenting intervention on features of psychopathy in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *39*(7), 1013-1023.
- Mertens, E.C., Deković, M., Asscher, J.J., & Manders, W.A. (2017). Heterogeneity in Response during Multisystemic Therapy: Exploring Subgroups and Predictors. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *45*(7), 1285-1295.
- Nievar, M.A., Van Egeren, L.A., & Pollard, S. (2010). A meta-analysis of home visiting programs: Moderators of improvements in maternal behavior. *Infant Mental Health Journal*, *31*(5), 499-520.
- Ortiz, J., & Raine, A. (2004). Heart rate level and antisocial behavior in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *43*(2), 154-162.
- Petrosino, A., Turpin-Petrosino, C., & Buehler, J. (2003). Scared Straight and other juvenile awareness programs for preventing juvenile delinquency: A systematic review of the randomized experimental evidence. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, *589*(1), 41-62.
- Reid, J.B., Eddy, J.M., Fetrow, R.A., & Stoolmiller, M. (1999). Description and immediate impacts of a preventive intervention for conduct problems. *American Journal of Community Psychology*, *27*(4), 483-518.
- Stadler, C., Grasmann, D., Fegert, J.M., Holtmann, M., Poustka, F., & Schmeck, K. (2008). Heart rate and treatment effect in children with disruptive behavior disorders. *Child Psychiatry & Human Development*, *39*(3), 299-309.
- Stams, G.J.J.M. (2011). Het recht van de zwakste. *Orthopedagogiek: Onderzoek en Praktijk*, *50*, 243-258
- Van de Weijer, S. (2011). De overdracht van gewelddadige delinquentie tussen drie generaties mannen. *Tijdschrift voor Criminologie*, *53*(3), 244-259.
- Van der Stouwe, T., Asscher, J.J., Hoeve, M., Van der Laan, P.H., & Stams, G.J.J.M. (2018). *Follow-up of a Social Skills Training (SST) for Juvenile Delinquents: Effects on Reoffending*. Submitted for publication.
- Van Goozen, S.H., & Fairchild, G. (2008). How can the study of biological processes help design new interventions for children with severe antisocial behavior?. *Development and Psychopathology*, *20*(3), 941-973.
- Van Yperen, T., Van der Steege, M., Addink, A., & Boendermaker, L. (2010). *Algemeen en specifiek werkzame factoren in de jeugdzorg. Stand van de discussie*. Utrecht: Nederlands Jeugd Instituut
- Wartna, B.S.J., Tollenaar, N., Verweij, S., Alberda, D.L., & Essers, A.A.M. (2016). *Recidivebericht 2015. Landelijke cijfers over de terugval van justitiabelen bestraft in de periode 2002-2012*. Den Haag: WODC.
- Weisburd, D. (2003). Ethical practice and evaluation of interventions in crime and justice: The moral imperative for randomized trials. *Evaluation Review*, *27*(3), 336-354.
- Weisz, J.R., Donenberg, G.R., Han, S.S., & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, *63*(5), 688-701.

Over de auteur

Jessica Asscher is sinds 1 april 2017 als hoogleraar Forensische Orthopedagogiek verbonden aan de afdeling Pedagogische Wetenschappen, Child en Adolescent Studies, bij Universiteit Utrecht. Daar is zij verantwoordelijk voor de minor jeugd en criminaliteit. Daarnaast is zij verbonden aan de Universiteit van Amsterdam, afdeling Pedagogische en Onderwijswetenschappen. Haar expertise is effectonderzoek in de (forensische) jeugdzorg. Zij is lid van de Erkenningscommissies jeugd- en justitiële interventies van het NJI en lid van de Raad van Toezicht van Jeugdbescherming Regio Amsterdam.

Correspondentieadres: J.J.Asscher@UvA.nl