

Virtual Reality agressie preventie training in een Nederlandse gevangenispopulatie - een pilot studie

Gepubliceerd: 21-10-2019 Laatst bijgewerkt: 10-04-2024

Het voornaamste doel van deze pilot studie is om het Virtual Reality Agressie Preventie Training (VRAPT) protocol aan te passen zodat het toepasbaar is in een gevangenispopulatie. Daarnaast zal er gekeken worden of het protocol van de pilot studie...

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving gestopt
Type aandoening	Overige aandoening
Onderzoekstype	Interventie onderzoek

Samenvatting

ID

NL-OMON48341

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

VRAPT-GW (Virtual Reality agressie preventie training - gevangeniswezen)

Aandoening

- Overige aandoening
- Persoonlijke- en gedragsstoornissen

Synoniemen aandoening

Agressie; Geweld

Aandoening

Emotie regulatie problematiek: agressie

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: Universitair Centrum Psychiatrie

Overige ondersteuning: PI Vught

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: Agressie, Gevangeniswezen, Pilot studie, Virtual Reality

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

Om te onderzoeken welke aanpassingen nodig zijn voor de vervolgstudie (RCT), worden er twee focugroepen georganiseerd, voordat de training zal starten. Een met gedetineerden (maximaal 5 in een groep) en een met behandelaren (maximaal 5 in een groep) om het VRAPT protocol te bespreken en feedback te vragen over de inhoud, de moeilijkheid en de toepasbaarheid van het protocol. Deze zullen eenmalig plaatsvinden en zullen maximaal 2,5 uur duren.

Nadat de training is begonnen zal er na elke sessie geëvalueerd worden met de Session Rating Scale (SRS) en zullen aanvullende vragen gesteld worden aan de participanten en de trainers.

Secundaire uitkomstmaten

Het tweede doel van deze studie is om de resultaten van de VRAPT in een gevangenispopulatie te onderzoeken.

Dit wordt ten eerste gedaan op de unit door observatie van het personeel.

Observatie wordt gemeten door een gedragsobservatie vragenlijst door het personeel wat op de afdeling werkt waar de gedetineerden zitten. De Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS-9) zal gescoord worden door de mentor van de participant. De SDAS-9 is een gedragsobservatie vragenlijst waarmee

agressief gedrag gemeten kan worden. De SDAS-9 bestaat uit 9 items die fysiek en verbaal agressief gedrag eten over een periode van een week (Kobes, Nijman, & Bulten, 2012; Wistedt et al., 1990).

Ten tweede zullen individuele veranderingen gemeten worden door zelfrapportage.

Zelfrapportage bestaat uit vragenlijsten die ingevuld worden door participanten met behulp van onderzoeksassistenten. De vragenlijsten meten verschillende vormen van agressie (zowel innerlijk als uitwendig), boosheid, impulsiviteit, emotieregulatie, verslavingsproblematiek en vroegkinderlijke trauma. De vragenlijsten zullen gescoord worden op drie verschillende momenten tijdens de studie: voordat de training begint, als de training is geëindigd en twee maanden nadat de training is geëindigd.

Vier vragenlijsten zullen gebruikt worden om de verschillende typen agressie te meten, namelijk de Aggression Questionnaire (AQ), Difficulties in Emotion Regulation (DERS), de Novaco Anger Scale and Provocation Inventory (NAS-PI) en the Reactive-Proactive Questionnaire (RPQ). Om de impulsiviteit te meten zal de Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) gebruikt worden. Verder zal ook een vragenlijst voor vroegkinderlijke trauma en verslavingsproblematiek afgenomen worden omdat uit literatuur blijkt dat individuen die hiermee kampen vaker agressief gedrag vertonen (Håkansson & Berglund, 2012; Klein Tunte et al., 2018). De vragenlijst om vroegkinderlijke trauma mee te meten is de Adverse Childhood Experiences (ACE). Om de verslavingsproblematiek te meten wordt de Measurement in the Addiction for Triage & Evaluation (MATE) gebruikt.

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

Gewelddadige delicten (geweld gericht tegen een persoon of goederen) zijn de meest voorkomende delicten in een Nederlandse gevangenispopulatie. In 29% van alle gevallen is er sprake van gewelddadige delicten, wanneer vermogensdelicten en seksueel geweld daar nog aan toegevoegd worden, loopt dit getal op tot de helft van alle delicten. Wanneer er gekeken wordt naar het recidiverisico van dit soort delicten, is de schatting dat 22% van deze overtreeders binnen twee jaar dat zij uit detentie zijn gekomen weer recidiveren (*DJI in getal 2013-2017,* 2018). Onderzoek laat tevens zien dat gedetineerden die tijdens hun detentie een gewelddadig delict plegen, zelfs sneller en vaker zullen recidiveren dan gedetineerden zonder gewelddadige delicten (Mooney & Daffern, 2015). Dit geeft het belang van het behandelen van gedetineerden met agressieproblemen binnen detentie aan.

Er zijn verschillende vormen van agressie therapie ontwikkeld, meestal bestaande uit cognitieve of gedragsmatige interventies, of een combinatie van de twee (Shelton, Sampl, Kesten, Zhang, & Trestman, 2009). De focus ligt meestal op het hervormen van cognities, het verbeteren van het probleem oplossend vermogen, blootstelling en vaardigheidstraining (Shelton et al., 2009). Onderzoek heeft laten zien dat behandeling voor agressie in het algemeen werkt in het verminderen van recidiverisico (McGuire, 2008). Echter, zijn de resultaten in het gevangeniswezen nog steeds niet eenduidig, dit komt meestal door de lage kwaliteit van de studies (Auty et al., 2017; McGuire, 2008).

Het succes van therapie hangt af van een aantal factoren: in de eerste instantie namelijk van de motivatie of de bereidwilligheid van een gedetineerde om het gedrag te veranderen (Jochems et al., 2012; McGuire, 2008; Smeijers, Bulten, Buitelaar, & Verkes, 2018). Zij kunnen er van overtuigd zijn dat zij geen probleem hebben of zij hebben mogelijk al eerder therapie gevolgd zonder succes, waardoor zij niet meer gemotiveerd zijn om behandeling aan te gaan. Ten tweede zijn de meeste therapievormen erg theoretisch van aard. Voor sommige populaties is deze therapievorm niet geschikt. Zo wordt bijvoorbeeld voor individuen met een lage verstandelijke beperking aangeraden om minder taalgerichte therapievormen in te zetten (Simpson, Mizen, & Cooper, 2016). Tenslotte, is het een bekend probleem dat binnen detentie het geleerde gedrag niet in *echte* situaties geoefend kan worden (McGuire, 2008).

Een oplossing voor bovenstaande problemen kan Virtual Reality (VR) zijn. VR maakt gebruik van kunstmatige computer gegenereerde omgevingen om situaties in het echte leven na te bootsen, waardoor het theoretische informatie met een praktische leeromgeving combineert. Situaties kunnen zodanig aangepast worden dat de gedetineerde zijn probleemgedrag in de conditie kan oefenen die passen binnen zijn situatie (Freeman et al., 2017). Deze techniek kan tevens de motivatie vergroten van gedetineerde, omdat het nieuw en interessant is. Mogelijk spreekt deze behandelmethode zelfs een jongere generatie aan doordat

zij zijn opgegroeid met technologie en innovatie.

Doel van het onderzoek

Het voornaamste doel van deze pilot studie is om het Virtual Reality Agressie Preventie Training (VRAPT) protocol aan te passen zodat het toepasbaar is in een gevangenispopulatie. Daarnaast zal er gekeken worden of het protocol van de pilot studie geschikt is voor een grotere effect studie die in de toekomst gedaan zal worden. Verschillende vragenlijsten zullen ingevuld worden met als voornaamste doel om te onderzoeken of zij geschikt zijn voor de studie en of er problemen worden ondervonden wanneer participanten of personeel deze invult. Het tweede doel van deze studie is het onderzoeken van het effect van VRAPT op agressie in een gevangenispopulatie. Dit wordt geëvalueerd met dezelfde methode die gebruikt is in het vorige VRAPT onderzoek (bij een klinische forensische populatie) (Klein Tuinte et al 2018) en zal tevens gebruikt worden in het vervolgonderzoek (een gerandomiseerde gecontroleerd onderzoek (RCT): door middel van observatie van personeel, zelfrapportage en aanvullen fysiologische metingen.

Onderzoeksopzet

Deze studie zal een ongecontroleerde pilot studie zijn. Zoals eerder werd genoemd wordt het VRAPT onderzoek al toegepast in een forensische klinische populatie. Het onderzoek wordt uitgevoerd in de vier Forensische Psychiatrische Centra (FPC's) en zal gebruikt worden als basis voor de VRAPT studie in een gevangenispopulatie (Klein Tuinte et al 2018).

Procedure:

1. Alle participanten die aan de inclusiecriteria voldoen zullen op de hoogte gebracht worden van de studie door de inrichtingspsycholoog, de casemanager of de mentor op de afdeling. Daarnaast zullen er flyers op de afdeling zijn waarin er informatie over de studie staat, zodat participanten zichzelf tevens vrijwillig voor de studie kunnen opgeven.
2. Wanneer participanten opgegeven worden, zullen onderzoeksassistenten de participant bezoeken en informatie over de studie geven en controleren of iemand voldoet aan alle inclusiecriteria. Omdat de screening met de AQ gebeurt, wordt de toestemmingverklaring getekend voordat de AQ wordt afgenomen.
3. De mentor van de participant zal geïnstrueerd worden over hoe de SDAS gescoord moet worden. Er zal gevraagd worden de SDAS wekelijks in te vullen, vanaf 4 weken voor de eerste bijeenkomst tot 4 weken na de laatste bijeenkomst. Onderzoeksassistenten zullen in de gaten houden of alle vragenlijsten ingevuld worden en zullen het personeel ondersteunen bij het invullen van de vragenlijst.
4. Zelfrapportage vragenlijsten zullen ingevuld worden door de participanten voor de nulmeting (DERS, NAS-PI, RPQ, BISS-11, ACE en MATE). De

onderzoekassistenten zullen ondersteunen bij het invullen van de vragenlijsten (de vragenlijsten uitleggen en uitleg geven als vragen niet begrepen worden).

5. De training bestaat uit 16 tweewekelijkse individuele sessie met een maximale duur van 60 minuten per sessie. Fysiologische metingen zullen vanaf de zesde sessie starten.
6. Na elke sessie wordt de SRS ingevuld en zullen aanvullende vragen gesteld worden over de ervaring van de sessie.
7. Aan het einde van de training zullen de vragenlijsten van de nulmeting herhaald worden bij alle participanten (alleen AQ, BIS-11, DERS, NAS-PI en RPQ). De onderzoeksassistenten zullen de participanten ondersteunen bij het invullen van de vragenlijsten.
8. Twee maanden na het einde van de laatste VRAPT, worden de metingen opnieuw herhaald.

Onderzoeksproduct en/of interventie

Het VRAPT protocol wat gebruikt gaat worden in deze studie is het protocol wat tevens gebruikt wordt in de studie van Klein Tunte et al. (2018). Dit protocol is gebaseerd op het Sociaal Informatie Proces (SIP) model van Crick en Dodge (1994). De eerste vijf sessies richten zich op de vroege stadia van de informatieverwerking (wat gebeurt er en wat betekent het). Sessie zes tot 16 richt zich op de late stadia van informatieverwerking (welke doelen wil ik bereiken, welke opties heb ik om te reageren, wat ga ik doen en wat is de reactie of het gedrag). Om deze verschillende stadia te oefenen, zullen er in VR verschillende agressieve situaties nagebootst worden. Tijdens de VRAPT-sessie zullen participanten een bril en koptelefoon dragen en zullen zij in een gesimuleerde virtuele wereld rondlopen. De virtuele wereld is aangepast aan de specifieke behoefte van de participant, met verschillende thema's (bijvoorbeeld een winkel, bar of winkelstraat) en avatars (bijvoorbeeld een beveiligder, een groep van vrouwen mannen van verschillende etnische achtergronden) om uit te kiezen. De trainer neemt de rol van de avatar door het gebruik van een microfoon met stemvorming. Tevens kan de trainer de gezichtsuitdrukking en de lichaamsbeweging controleren gedurende de VRAPT-sessies. In de sessies kunnen participanten de-escalerend gedrag oefenen in interactie met de avatars. De VRAPT bestaat uit 16 tweewekelijks individuele trainingssessies van maximaal 60 minuten.

Inschatting van belasting en risico

Participanten zullen een maximum van 16 tweewekelijkse sessies volgen, met een maximum duur van 60 minuten. Zij zullen daarnaast twee typen van metingen ondergaan tijdens de studie. De eerste metingen zullen bestaan uit vragen over de ervaringen tijdens de sessie (bestaande uit een korte vragenlijst en aanvullende vragen na elke sessie) en fysiologische metingen tijdens de sessie. De vragen over de ervaring van de sessie zullen ongeveer een half uur duren na elke sessie. De fysiologische metingen zijn onderdeel van de interventie. De tweede metingen bestaan uit zelfrapportage vragenlijst die ingevuld worden voordat de interventie begint (7 vragenlijst over vroegkinderlijke trauma, verslavingsproblematiek, emotie regulatie, boosheid, agressie en

impulsiviteit), als de interventie is afgelopen (6 vragenlijsten over emotie regulatie, boosheid, agressie, impulsiviteit en de *echtheid* van de de VR) en als laatste twee maanden nadat de laatste sessie is geëindigd (5 vragenlijsten over emotieregulatie, boosheid, agressie en impulsiviteit). Het zal ongeveer drie uur in totaal duren om de vragenlijsten in te vullen (zowel voor de nulmeting, nadat de sessies zijn geëindigd en de follow-up). Onderzoeksassistenten zullen ondersteuning bieden wanneer vragenlijsten ingevuld worden. Er wordt verwacht dat participanten zullen profiteren van de training omdat zij zullen leren om controle te krijgen over hun emoties en deescalerend gedrag in zullen kunnen zetten. Daarnaast wordt verwacht dat de last en het risico minimaal zullen zijn, aangezien er geen grote nadelen of bijwerkingen zijn gedocumenteerd met eerder VR onderzoek.

Contactpersonen

Publiek

Selecteer

Hanzeplein 1
Groningen 9713 GZ
NL

Wetenschappelijk

Selecteer

Hanzeplein 1
Groningen 9713 GZ
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Volwassenen (18-64 jaar)
65 jaar en ouder

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

Om in aanmerking te komen voor de studie, moeten alle participanten voldoen aan de volgende inclusiecriteria:

- Gedetineerden die in detentie verblijven in PI Vught, Nederland
- Gedetineerden met agressie regulatie problemen in de laatste maand, gemeten met de AQ (minimum score van 70).
- Minimum leeftijd van 18 jaar

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

Een mogelijke participant die aan de volgende exclusie criteria voldoet, zal geexcludeerd worden van de studie:

- Een IQ lager dan 70.
- Acute suicidaliteit of acuut psychotisch.
- onvoldoende begrip van de Nederlandse taal.
- Epileptische aanval in het afgelopen jaar.

Onderzoeksopzet

Opzet

Type: Interventie onderzoek

Blinding: Open / niet geblindeerd

Controle: Geen controle groep

Doel: Preventie

Deelname

Nederland

Status: Werving gestopt

(Verwachte) startdatum: 19-11-2019

Aantal proefpersonen: 15

Type: Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO

Datum: 21-10-2019

Soort: Eerste indiening

Toetsingscommissie: METC Universitair Medisch Centrum Groningen (Groningen)

Goedgekeurd WMO

Datum: 17-03-2021

Soort: Amendement

Toetsingscommissie: METC Universitair Medisch Centrum Groningen (Groningen)

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register	ID
CCMO	NL70477.042.19