

A decorative border of red spiral patterns surrounds the text.

RUUD H. J. HORNSVELD

**AGRESSIE-
HANTERINGS-
THERAPIE OP
EEN FORENSISCH
PSYCHIATRISCHE
POLIKLINIEK**

THEORIE, ASSESSMENT
& BEHANDELING

CHALLENGER PRESS

Deze publicatie is mede mogelijk gemaakt door FPC de Kijvelanden te Poortugaal.

© 2012 Challenger Press, Rijswijk: Ruud H. J. Hornsveld

Deze uitgave mag in haar geheel zonder toestemming van de auteur worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt (elektronisch of mechanisch door fotokopieën). Delen van de tekst mogen echter niet door derden worden gebruikt zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de auteur.

E: r.hornsveld@tiscali.nl

ISBN: 978-90-71481-00-0

Inhoud

Voorwoord	5
Algemene samenvatting en leeswijzer	6
Inleiding	9
1 Theoretische onderbouwing	10
1.1 Begrippen	10
1.2 Verklaringsmodel voor antisociaal gedrag	11
1.2.1 Ontstaan en ontwikkeling van antisociaal gedrag	11
1.2.2 Continuering van antisociaal gedrag	13
1.3 Veranderingsmodel voor agressief gedrag	17
1.3.1 Woede	18
1.3.2 Sociale vaardigheden	21
1.3.3 Morele rijpheid	23
1.3.4 Persoonlijkheidstrekken	29
1.3.5 Tot slot	32
2 Dynamische criminogene factoren en protectieve factoren	34
2.1 Samenvatting en conclusies	34
2.2 Adolescente en volwassen patiënten vergeleken met normgroepen	35
2.3 Adolescente patiënten vergeleken met (V)MBO-leerlingen	36
2.4 Individuele verschillen	38
2.4.1 Kenmerken van vier subgroepen	38
2.4.2 Determinanten van agressief gedrag	45
3 Effectieve behandelmethoden	49
3.1 Literatuur	49
3.3 Agressiehanteringstherapie	53
3.4 Klinische praktijk	55
4 Vaardigheden	57
4.1 Onderdeel sociale vaardigheden	57
4.2 Onderdeel zelfregulatie vaardigheden	57
4.3 Klinische praktijk	58
5 Evaluatie en effectmeting	59
5.1 Samenvatting en conclusies	59
5.2 Evaluatie bij adolescente en volwassen patiënten	59
5.3 Effectmeting bij adolescente patiënten	63
6 Selectie van forensisch psychiatrische patiënten	69

7	Fasering, intensiteit en duur	70
8	Betrokkenheid en motivatie	71
9	Continuïteit	72
10	Interventie-integriteit	73
11	Enkele aanbevelingen	76
12	Lopende onderzoeksprojecten	78
12.1	Het effect van psychomotorische therapie	78
12.2	Nieuwe meetinstrumenten	79
	Literatuur	80
	Over de auteur	85
A	Beschrijving van gebruikte meetinstrumenten	91

Voorwoord

Deze nota verschaft informatie over de Agressiehanteringstherapie (AHT) zoals die is ontwikkeld, uitgevoerd en geëvalueerd op polikliniek het Dok te Rotterdam omvat 15 wekelijkse bijeenkomsten en 3 vijfwekelijkse evaluatiebijeenkomsten, en is bedoeld voor voor gewelddadige patiënten met een (oppositieel-opstandige) gedragsstoornis of cluster B persoonlijkheidsstoornis.

De ontwikkeling van de Agressiehanteringstherapie bestrijkt inmiddels een periode van tien jaar. Een eerste aanzet is gegeven door een lezing over Aggression Replacement Training door wijlen Arnold P. Goldstein in 2000 te Utrecht. Het onderzoek naar de resultaten van de therapie werd in de periode van 2002 t/m 2005 gesubsidiëerd door het Wetenschappelijk Onderzoek en Documentatie Centrum (WODC) van het Ministerie van Justitie. Deze nota is mede tot stand gekomen dankzij de enthousiaste inzet van collegae en management van de instellingen die hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van de therapie. Vanaf 1 januari 2008 is de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie ter hand genomen van een langere versie van de Agressiehanteringstherapie (AHT-L) voor gewelddadige terbeschikkinggestelden op FPC de Kijvelanden. Inmiddels wordt de AHT onder andere toegepast in de volgende forensisch psychiatrische instellingen: FPC Dr. S. van Mesdag, FPC 2landen, FPC Veldzicht, FPK Assen, FPA Reinier van Arkel, poli- en dagkliniek De Tender en PC Sint-Jan Baptist te Zelzate (België).

Rijswijk, augustus 2012

Ruud H.J. Hornsveld

Leeswijzer en algemene samenvatting

Leeswijzer

In deze nota is gekozen voor een onderzoeksverslag aan de hand van de 10 door de commissie genoemde kwaliteitscriteria (Beschrijving Kwaliteitscriteria d.d. juni 2008). Bij enkele kwaliteitscriteria, namelijk Dynamische criminogene factoren en Evaluatie en effectmeting hebben we niet teruggerepen op recente literatuur, maar geven we korte samenvattingen van door ons verrichte wetenschappelijk onderzoek. Publicaties hierover zijn te vinden op www.Agressiehanteringstherapie.nl.

Algemene samenvatting

Het wetenschappelijk onderzoek vond plaats in de periode van 1 januari 2002 tot 1 juli 2007 en had betrekking op 200 niet-seksueel gewelddadige patiënten op forensisch psychiatrische polikliniek het Dok te Rotterdam. Ter vergelijking met een niet-klinische populatie werden separaat 160 mannelijke (V)MBO-leerlingen gemeten. In 2012 konden de gegevens van 115 MBO-leerlingen daaraan worden toegevoegd. Bij de onderzochte patiënten was sprake van ernstige agressieproblematiek. Degenen die de therapie afronden hadden een gemiddelde score op de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) van 18.0 ($SD = 5.5$) en de patiënten die voortijdig afhaakten een gemiddelde score van 20.6 ($SD = 5.7$). Ter vergelijking: in een groep van 136 terbeschikkinggestelden waren die scores respectievelijk 21.7 ($SD = 7.4$) en 22.4 ($SD = 7.0$).

Hoofdstuk 1 (*Theoretische onderbouwing*) begint met de beschrijving van enkele belangrijke verklaringsmodellen voor agressief gedrag. Daarbij maken we onderscheid tussen modellen die vooral gericht zijn op ontstaan en ontwikkeling van antisociaal gedrag en modellen die betrekking hebben op de continuering van antisociaal gedrag. In beide gevallen noemen we eerst de modellen over algemeen crimineel gedrag en daarna de modellen voor agressief of gewelddadig gedrag. Bij het formuleren van een veranderingsmodel voor agressief gedrag beperken we ons tot individuele, psychologische kenmerken van geweldplegers en laten we contextuele factoren zoals opleiding/werk of partner/gezin buiten beschouwing.

Hoofdstuk 2 (*Criminogene en protectieve factoren*) beschrijft drie studies naar persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen van gewelddadige patiënten op een forensisch psychiatrische polikliniek. Deze patiënten blijken hoger te scoren dan een niet-klinische normgroep op de persoonlijkheidstrekken psychische labiliteit en woede. Ze scoren ook lager op de trekken openheid, altruïsme en consciëntieusheid. Adolescenten patiënten, zowel autochtone als allochtone, zijn vijandiger maar niet agressiever dan (V)MBO-leerlingen. Ze ervaren minder angst in situaties waarin kritiek gegeven kan

worden en doen dat ook vaker. Reactief agressieve patiënten hebben een lagere psychopathiescore dan proactief agressieve.

Hoofdstuk 3 (*Effectieve behandelmethoden*) biedt eerst een beknopt overzicht van de literatuur over effectieve behandelprogramma's. Aggression Replacement Training (ART) blijkt te resulteren in een toename van pro sociaal gedrag, in een afname van agressief gedrag en bij delinquenten in een afname van recidive. Deze veranderingen zijn geconstateerd bij zowel adolescenten als volwassenen, in zowel ambulante als klinische settings en bij zowel vrijwillige als verplichte deelnemers. De AHT is ontwikkeld op basis van Goldstein, Glick en Gibbs' ART en omvat dan ook de onderdelen Woedebeheersing, Sociale vaardigheden en Moreel redeneren. Bij de verdere uitwerking van die onderdelen hebben we de drie principes van Andrews en Bonta (2003) als leidraad genomen, te weten Criminogene behoeften, Recidiverisico en Responsiviteit, als uitgangspunt. De uitgewerkte drie onderdelen sluiten volledig aan bij de door ons geconstateerde dynamische criminogene behoeften van de patiënten.

Hoofdstuk 4 (*Vaardigheden*) gaat dieper in op de onderdelen Sociale vaardigheden en Zelfregulatie vaardigheden. Uit eigen onderzoek bleek dat patiënten ertoe geneigd zijn vooral grenzenstellend gedrag te vertonen zoals kritiek geven of iets weigeren, maar ook moeite hebben met toenaderingsgedrag zoals iemand een compliment maken. Daarnaast moet bij de patiënten met een lage psychopathiescore het accent gelegd worden op het aanleren van nieuwe (toenaderende) sociale vaardigheden en bij de patiënten met een hoge psychopathiescore op het corrigeren van al aanwezige, inadequate (grenzenstellende) sociale vaardigheden.

Hoofdstuk 5 (*Evaluatie en effectmeting*) behandelt de resultaten van twee door ons uitgevoerde onderzoeken naar resultaten van de AHT. Patiënten die afhaken hebben een hogere psychopathiescore dan patiënten die de therapie afronden. De therapie resulteert in lagere scores op vijandigheid, agressief gedrag, woede en sociale angst, zowel tijdens de nameting en de follow-up meting. Tijdens de periode tussen intake en begin van de therapie veranderden patiënten niet. Patiënten die de therapie afmaken scoren lager op sociale angst en hoger op sociale vaardigheden dan (V)MBO-leerlingen.

In de volgende vijf hoofdstukken wordt vooral aandacht besteed aan de randvoorwaarden waaronder de behandeling moet plaats vinden. Hoofdstuk 6 (*Selectie van forensisch psychiatrische patiënten*) noemt de indicatiecriteria voor deelname aan de AHT. Omdat het onderzoek naar de resultaten van de therapie een exploratief karakter had en omdat alternatieven als FFT en MST ten tijde van het onderzoek nog geen deel uitmaakten van het behandelaanbod op het Dok, werd bij veel patiënten met een geweldsdelict AHT geïndiceerd. Hoofdstuk 7 (*Fasering, intensiteit en duur*) behandelt de

opzet van de Agressiehanteringstherapie en de praktische voorwaarden waaraan bij de ontwikkeling ervan rekening moest worden gehouden. In hoofdstuk 8 (*Betrokkenheid en motivatie*) komen de specifieke motivatieproblemen aan de orde die eigen zijn aan een verplichte behandeling en de werkwijze die we volgden om die meestal minimale motivatie te verbeteren. Hoofdstuk 9 (*Continuïteit*) gaat over de context waarin de AHT werd uitgevoerd, namelijk na verwijzing door de (jeugd)reclassering. De reclassering hield echter de verantwoordelijkheid voor de gehele begeleiding en behandeling van de patiënt. In hoofdstuk 10 (*Interventie-integriteit*) beschrijven we in welke mate bij de ontwikkeling, uitvoering en evaluatie van de AHT voldaan is aan de belangrijkste criteria voor programma-integriteit zoals die genoemd werden door Cooke en Philip (2001).

In hoofdstuk 11 doen we enkele *Aanbevelingen* ten aanzien van de uitvoering van de therapie en de randvoorwaarden waaronder die wordt gegeven. Tenslotte beschrijven we in hoofdstuk 12 op dit moment (juni 2012) *lopende AHT-gerelateerde onderzoeksprojecten*.

Inleiding

In deze nota worden de ervaringen beschreven met een behandelprogramma (Agressiehanteringstherapie) voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten met als hoofddiagnose een (oppositieel-opstandige) gedragsstoornis op as I of een cluster B persoonlijkheidsstoornis op as II van de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). In de periode van 1 januari 2002 tot 1 juli 2007 werden 248 poliklinische forensisch psychiatrische patiënten (106 volwassenen en 142 adolescenten, allen mannen) naar de AHT verwezen. Het wetenschappelijk onderzoek gedurende deze periode had betrekking op 200 algemeen gewelddadige patiënten op forensisch psychiatrische polikliniek het Dok te Rotterdam. Bij de onderzochte patiënten was sprake van ernstige agressieproblematiek: bij degenen die de therapie afmaakten bedroeg de gemiddelde score op de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) 18.0 ($SD = 5.5$) en bij de patiënten die voortijdig afhaakten 20.6 ($SD = 5.7$). Ter vergelijking: in een groep van 136 terbeschikkinggestelden waren die scores respectievelijk 21.7 ($SD = 7.4$) en 22.4 ($SD = 7.0$).

Voor een vergelijking met andere dan forensisch psychiatrische populaties werden ook metingen verricht bij 275 mannelijke (V)MBO-leerlingen. Vanaf 1 januari 2008 wordt de verlengde Agressiehanteringstherapie (AHT-L) onderzocht bij terbeschikkinggestelden van FPC de Kijvelanden (Hornsveld, Soe-Agnie, Donker, & Van der Wal, 2008).

1 Theoretische onderbouwing

1.1 Begrippen

In de literatuur worden termen als geweld, agressief gedrag en vijandigheid vaak zonder nader onderscheid door elkaar gebruikt (Norlander & Eckhardt, 2005). Een eenduidige omschrijving is echter wenselijk. Wordt in deze nota gesproken over agressief gedrag, dan wordt bedoeld op gedrag dat (psychische of fysieke) beschadiging van anderen tot gevolg heeft (Berkowitz, 1993). Geweld is gedefinieerd als agressief gedrag waarbij vooral fysieke schade wordt toegebracht (Browne & Howells, 1996). We spreken van huiselijke gewelddadige patiënten als delinquenten tot een verplichte behandeling zijn veroordeeld vanwege een huiselijk geweldsdelict en van seksueel gewelddadige patiënten als het delinquenten betreft die tot een verplichte behandeling zijn veroordeeld vanwege een seksueel geweldsdelict. Onder algemeen gewelddadige patiënten verstaan we delinquenten die van de rechter een verplichte behandeling moeten volgen vanwege een niet-huiselijk en een niet-seksueel geweldsdelict.

Agressief gedrag kan worden onderscheiden in reactief en proactief (instrumenteel) gedrag (Dodge, 1991). In overeenstemming met Dodge, Lochman, Harnish, Bates en Petit (1997) omschrijven we reactief agressieve personen als emotioneel, defensief en heetgebakerd, en proactief agressieve personen als berekenend, offensief en koelbloedig. Onder woede verstaan we een emotie die gekenmerkt door fysiologische verschijnselen als verhoogde bloeddruk, cognities als 'hij houdt zich niet aan de afspraak' en overte gedragingen als wenkbrauwen fronsen (Berkowitz, 1993). Boosheid wordt vaak als een negatieve emotie beschouwd, maar kan ook een adaptieve functie hebben door hindernissen te overwinnen en bepaalde doelen te bereiken (Novaco, 1975). Met vijandigheid doelen we op de neiging om anderen negatieve intenties toe te kennen (Blackburn, 1993). Gebruiken we in relatie tot sociale vaardigheden de term 'grenzenstellend' gedrag, dan refereren we aan sociale situaties waarin iemand kritiek geeft, voor zichzelf opkomt of een verzoek weigert. De term 'toenaderend' gedrag heeft betrekking op sociale situaties waarin iemand een compliment geeft, een gesprek begint of hulp biedt.

Een persoonlijkheidstrekk betreft meestal een van de Big Five persoonlijkheidsdomeinen, te weten neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid (Costa & McCrae, 1992). Onder het begrip psychopathie verstaan we een combinatie van ongevoelig en gewetenloos gebruik maken van anderen in combinatie met een chronisch labiele en antisociale levensstijl (Hare, 1991). De term (oppositieel-opstandige) gedragsstoornis refereert aan een medisch-psychiatrische classificatie op

as I, en de term antisociale persoonlijkheidsstoornis aan een classificatie op as II van de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Eén van de criteria voor alle drie de classificaties is regelmatig verbaal en/of fysiek agressief gedrag.

Criminogene factoren zijn kenmerken van personen en hun omgeving die bepalend zijn voor de mate waarin crimineel gedrag wordt vertoond (Andrews & Bonta, 2003) en kunnen worden onderscheiden in individuele en omgevingsfactoren. Individuele factoren betreffen persoonsgebonden kenmerken als delictgeschiedenis, drugs- en alcoholgebruik, emotioneel welzijn, sociaal gedrag en attitude jegens criminaliteit. Omgevingsfactoren hebben betrekking op de sociale context van een delict, zoals huisvesting, opleiding en werk, inkomen en sociale relaties. Ook wordt gedifferentieerd tussen statische en dynamische factoren. Bij statische factoren gaat het om persoonskenmerken die niet kunnen worden beïnvloed door een interventie, bijvoorbeeld leeftijd of sekse. Dynamische factoren zijn in principe wel veranderbaar; het betreft bijvoorbeeld sociale vaardigheden of een antisociale attitude (De Ruiter, 2002).

1.2 Verklaringsmodel voor antisociaal gedrag

In deze paragraaf noemen we de belangrijkste verklaringsmodellen voor het ontstaan en de ontwikkeling van antisociaal gedrag (paragraaf 1.2.1), en die voor de continuering van antisociaal gedrag (paragraaf 1.2.2.). Minder courante opvattingen, zoals psychodynamische theorieën, worden buiten beschouwing gelaten. Omdat de Agressiehanteringstherapie hier betrekking heeft op mannelijke patiënten, wordt geen aandacht besteed aan specifieke verklaringsmodellen van antisociaal gedrag bij vrouwen.

1.2.1 Ontstaan en ontwikkeling van antisociaal gedrag

Quincey, Skilling, Lalumière en Craig (2004) constateerden dat er onder theoretici weinig overeenstemming is over de oorzaken en het verloop van jeugdcriminaliteit, daarentegen bestaat er brede eensgezindheid over de zienswijze dat de oorzaken gezocht moeten worden in een combinatie van risicofactoren (bijvoorbeeld: hyperactiviteit) en protectieve factoren (bijvoorbeeld: adequate opvoeding door ouders). Op grond van de literatuur concludeerden deze auteurs dat de beste voorspellers van criminaliteit bij kinderen van 6 t/m 11 jaar zijn: eerder gepleegd delict, middelengebruik, mannelijke sekse, lage sociaaleconomische klasse en antisociale ouder. Bij kinderen van 12 t/m 14 jaar zijn de beste voorspellers van criminaliteit de afwezigheid van prosociale relaties, antisociale leeftijdgenoten en eerder gepleegde delicten. Voorspellers van crimineel gedrag betreffen dus niet alleen individuele, maar ook contextuele en maatschap-

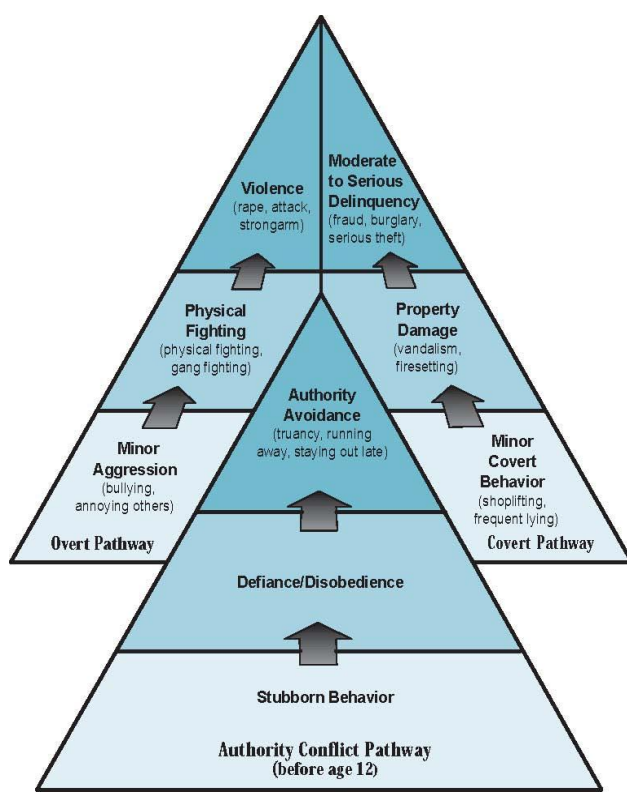
pelijke factoren.

Volgens Howell (2009) is een van de meest gangbare ontwikkelingstheorieën over criminaliteit die van het levensloop perspectief (p. 85). Daarbij wordt de menselijke ontwikkeling gezien als een combinatie van cultureel bepaalde rollen en sociale overgangen tijdens opeenvolgende levensfasen. Een voorbeeld van een dergelijke theorie is die van Moffitt (1993) die delictplegers onderverdeelde in 'levenslange delinquenten' bij wie het criminele gedrag al begint in de kindertijd, en 'adolescentie delinquenten' die alleen tijdens de adolescentie crimineel gedrag vertonen. Levenslange delinquenten manifesteren gedurende hun hele leven verschillende vormen van antisociaal gedrag, afhankelijk van de situaties waarin zij verkeren. Volgens Moffitt maken zij ongeveer 5% van de jeugdige delictplegers uit. Latere onderzoekers pleitten voor een indeling in acht groepen (Thornberry, 2005) of gaven de voorkeur aan een onderscheid in vier tot zes groepen (Loeber, Farrington, Stouthamer-Loeber & White 2008). Howell (2009) vermeldde in dit verband een onderzoek van Nagin en Land (1993) in Rochester (New York) dat resulteerde in een achttal groepen.

Loeber e.a (2008) meenden dat levensloopmodellen onvoldoende in staat zijn om het escalatieproces van kleine naar zeer ernstige delicten beschrijven, zoals zich dat bij een deel van de delinquente jongeren voordoet. Deze auteurs spreken dan ook liever van 'ontwikkelingspaden', criminele trajecten die gekenmerkt worden door een toenemende ernst van de gepleegde delicten. Daarbij wordt wel een onderscheid gemaakt tussen chronische en niet-chronische delictplegers en tussen lichte, ernstige en gewelddadige delictplegers. Loeber e.a. (2008) onderkenden een drietal ontwikkelingspaden: (1) het 'autoriteitsconflict pad' met overtredingen die niet als delict gekwalificeerd kunnen worden, (2) het 'heimelijke pad' met delicten die beginnen met winkeldiefstal maar via vandalisme en brandstichting eindigen in autodiefstal, en (3) 'het openlijke pad' dat verloopt van pesten via vechten naar verkrachting en moord. De ontwikkelingspaden hebben een hiërarchisch karakter: degenen die ernstig delictgedrag vertonen, manifesteerden in het verleden ook probleemgedrag dat bij de eerdere stadia van het betreffende pad hoort (figuur 1.1).

Frick & Viding (2009) benadrukten het belang van ontwikkelingsmodellen voor de verklaring van antisociaal gedrag, maar besteedden daarnaast aandacht aan de persoonlijkheidstrekken van antisociale individuen. Zij onderscheidden jongeren met en jongeren zonder 'on gevoelige-emotieloze trekken'. Kenmerkend voor deze trekken is de afwezigheid van schuldgevoelens, gebrekkige empathie, de neiging misbruik te maken van anderen, weinig angst, 'sensation seeking' en impulsief gedrag.

Figuur 1.1. *Ontwikkelingspaden naar gedragsgestoord en delinquent gedrag (Loeber et al. 2008).*



Frick en Viding (2009) citeerden onderzoek met aanwijzingen dat ongevoelige-emotieloze trekken het ernstigste, hardnekkigste en agressiefste gedrag in antisociale jongeren voorspellen. Het betreft zowel reactief als proactief agressief gedrag. Jongeren zonder deze trekken zullen relatief vaker reactief agressief gedrag vertonen (Fanti, Frick & Georgiou, 2009). Zij lijken vooral last te hebben van cognitieve beperkingen en een ineffektieve socialisatie.

1.2.2 Continuering van antisociaal gedrag

Nietzel, Hasemann en Lynam (1999) trachtten diverse “multifactor behavioral models” te integreren met “other criminological perspectives” in een leertheoretisch ontwikkelingsmodel met de volgende vier factoren: (1) distale antecedenten, te weten biologische, psychologische en sociale disposities die het aanleren van gewelddadig gedrag faciliteren, (2) vroege indicatoren van agressief gedrag die zich op (zeer) jonge leeftijd manifesteren, (3) sociale en individuele factoren die vroege gedragsproblemen doen

uitmonden in chronisch antisociaal gedrag op latere leeftijd, en (4) continuerende factoren die escalatie van gewelddadig gedrag bij volwassenen bevorderen.

Andrews en Bonta (2003) noemden de acht risicofactoren (criminogene behoeften) die bepalen of iemand al dan niet een delict pleegt de "Big Eight" (p. 86): (1) antisociale attitudes, (2) antisociale kennissen en vrienden, (3) voorgeschiedenis van antisociaal gedrag, (4) antisociale persoonlijkheid, (5) problemen thuis (huwelijks-of gezinsproblemen), (6) problemen op school of op het werk, (7) problemen met vrije tijdbesteding en (8) middelenmisbruik. Om deze risicofactoren individueel in kaart te brengen ontwikkelden ze de Level of Service Inventory-Revised (Tabel 1.1). Uit tenminste 20 publicaties zou blijken dat de LSI-R een consistente voorspeller is van recidiverisico (r 's variërend van .22 tot .54). Een meta-analyse van Gendreau, Goggin en Smith (2002) bevestigde dat de effectgrootte van de LSI-R groter is dan die van de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), zowel bij het voorspellen van algemeen antisociaal gedrag als van gewelddadig gedrag.

Voor ontwikkeling van een veranderingsmodel ten behoeve van een cognitief-gedragstherapeutische interventie zijn de individuele factoren van overwegend belang. Een van die factoren is de manier waarop iemand signalen uit de omgeving registreert, interpreteert en daar handelen op afstemt, het Sociale-Informatie Verwerkings (SIV) model (Crick & Dodge, 1994). Dit model is een herziene versie van een eerder door Dodge ontwikkeld model dat vier fasen kent: (1) coderen van situationele cues, (2) het representeren en interpreteren van deze cues, (3) zoeken naar mogelijke responsen voor de betreffende situatie en (4) selectie van de response. Het herziene model onderscheidt zes fasen, is cyclisch in plaats van lineair en biedt ruimte aan feedback tussen verschillende fasen. Deze zes fasen zijn: (1) coderen van cues, (2) Interpretatie van cues, (3) verheldering van doelstellingen, (4) genereren van mogelijke responsen, (5) kiezen van response en (6) vertonen van gedrag. Hoewel dit model gebaseerd is op ervaringen met kinderen, kan het ons inziens ook worden toegepast op adolescenten en volwassenen.

Crick en Dodge (1996) pasten het SIV-model toe op agressief gedrag en onderzochten daartoe een groep kinderen van 9 t/m 12 jaar. Met behulp van de scores op een observatieschaal voor docenten werden zij verdeeld in drie groepen: (1) reactief-agressief, (2) proactief-agressief en (3) niet-agressief kinderen. Het onderzoek bevestigde drie hypothesen: (1) reactief-agressieve kinderen interpreteren de bedoelingen van leeftijdgenoten in provocatieve situaties als vijandig, (2) alleen proactief-agressieve kinderen beoordelen agressie en de gevolgen ervan als relatief positief en (3) proactief-agressieve kinderen selecteren in vergelijking tot niet-agressieve kinderen eerder instrumentele dan relationele doelen. In een eerdere studie toonden Dodge en

Coie (1987) al aan dat vijandige attributies gerelateerd zijn aan reactieve en niet aan proactieve agressie.

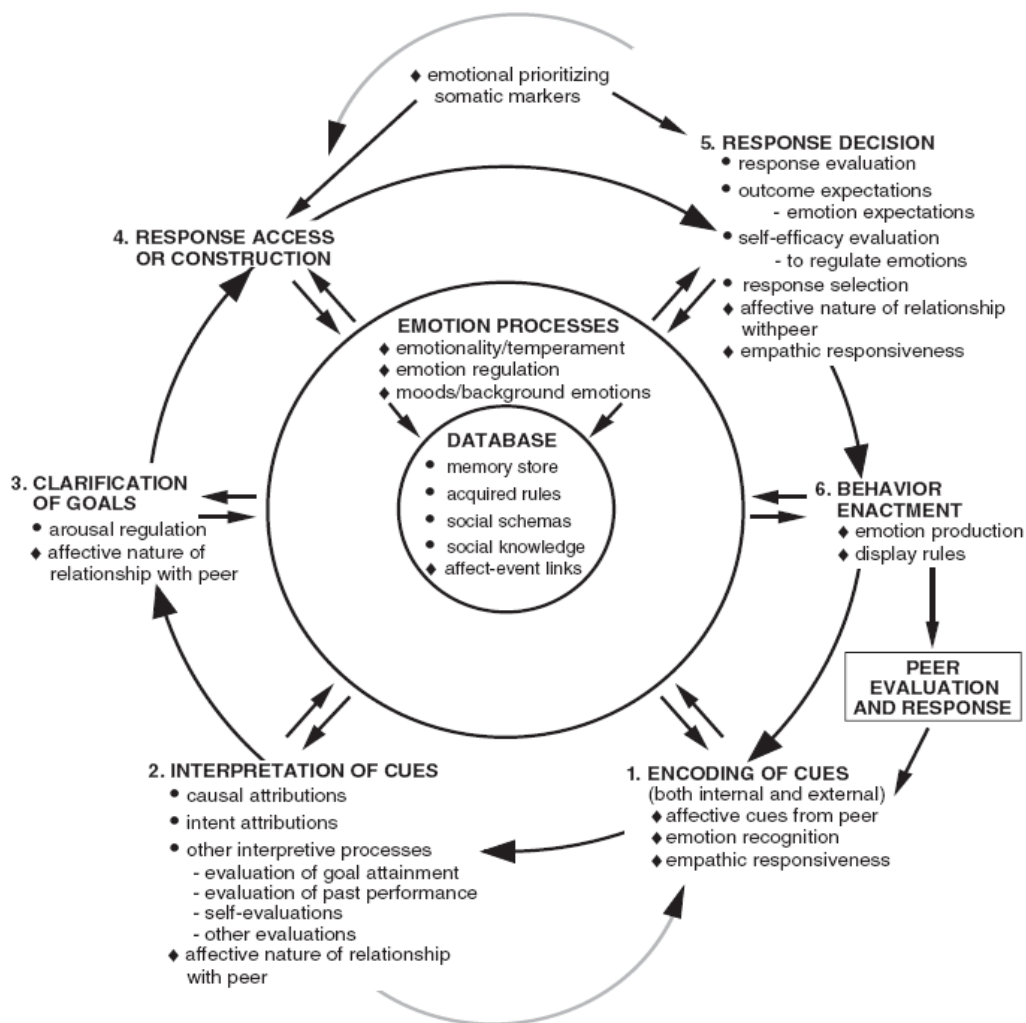
Tabel 1.1. *Items van de Level of Service Inventory-Revised (Andrews & Bonta, 2003).*

Criminal history	Accommodation
1 Any prior convictions	27 Unsatisfactory
2 Two more prior convictions	28 3 or more address changes, last year
3 Three or more prior convictions	29 High-crime neighborhood
4 Three or more present offenses	Leisure/recreation
5 Arrested under age 16	30 No recent participation in an organized activity
6 Ever incarcerated upon conviction	31 Could make better use of time
7 Escape history institution	Companions
8 Ever punished for institutional misconduct	32 A social isolate
9 Charge laid or parole/probation suspended during prior community supervision	33 Some criminal acquaintances
10 Official record of assault/violence	34 Some criminal friends
Education/employment	35 Few anticriminal acquaintances
11 Currently employed	36 Few anticriminal friends
12 Frequently unemployed	Alcohol/drug problem
13 Never employed for full year	37 Alcohol problem, ever
14 Ever fired	38 Drug problem, ever
<i>School or when in school:</i>	39 Alcohol problem, current
15 Less than grade 10	40 Drug problem, current; specify:
16 Less than regular grade 12	#41-#45 scored only if #39 or #40 scored
17 Suspended or expelled at least once	41 Law violations
18 Participation/performance	42 Marital/family
19 Peer interactions	43 School/work
20 Authority interactions	44 Medical
Financial	45 Other clinical indicators; specify:
21 Problems	Emotional/personal
22 Reliance upon social assistance	46 Moderate interference
Family/marital	47 Severe interference
23 Dissatisfaction with marital or equivalent situation	48 Psychiatric treatment, past
24 Nonrewarding, parental	49 Psychiatric treatment, present
25 Nonrewarding, other relatives	50 Psychological assessment indicated; area:
26 Criminal family or spouse	Attitude/orientation
	51 Supportive of crime
	52 Unfavorable toward convention
	53 Poor, toward sentence, past
	54 Poor, toward supervision

Arsenio en Lemerise (2004) vroegen zich af hoe het komt dat sommige kinderen bepaalde morele standaarden met voeten treden om ten koste van alles hun doel te bereiken, terwijl ze net als niet-agressieve kinderen over een zeker moreel besef beschikken. Zij probeerden deze vraag te beantwoorden door het SIV-model te integreren met

domeinmodellen van morele ontwikkeling. Daartoe werd het SIV-model eerst uitgebreid met emotionele processen (figuur 1.2), waarna aan de verschillende SIV-fasen domeinaspecten werden gekoppeld, latente mentale structuren met representaties van sociale regels, schema's en kennis. Die kennis zou dan weer verbonden zijn met morele, conventionele en persoonlijke domeinen (Arsenio & Lemerise, 2004).

Figuur 1.2. Een integratie van emotionele processen met het Sociale Informatie Verwerkingsmodel (Arsenio & Lemerise, 2004).



Een beperking van het model van Arsenio en Lemerise (2004) is dat het vooral van toepassing lijkt op reactief agressief gedrag en morele factoren er deel uit van maken. Proactief agressief gedrag is waarschijnlijk veel eerder de resultante van weinig angst in combinatie met antisociale normen. Volgens Lykken (1995) draagt vooral het ontbreken van angst substantieel bij aan de ontwikkeling van crimineel gedrag ('low-fear hypothesis') en is deze eigenschap voor 50 tot 70 procent genetisch bepaald.

In de literatuur over crimineel gedrag bij jongeren wordt afgelopen jaren niet alleen aandacht besteed aan risicofactoren, maar wordt steeds vaker het belang onderstreept van protectieve factoren (Guerra, Williams, Tolan, & Modecki, 2008). Protectieve factoren kunnen de kans op crimineel gedrag verkleinen en als een 'buffer' fungeren voor de effecten van die risicofactoren. Loeber, Slot en Sergeant (2008) refereerden aan de Pittsburgh Youth Study, die deze hypothese bevestigde.

1.3 Veranderingsmodel voor agressief gedrag

Goldstein, Glick en Gibbs (1998) veronderstelden dat agressief gedrag verband houdt met gedragstekorten op het gebied van emoties, cognities en sociale vaardigheden. Zij hadden minder aandacht voor dispositionele factoren als biologische kenmerken, persoonlijkheidstrekken of gezinspathologie. Bij ontwikkeling van hun multimodale programma voor agressieve jongeren (Aggression Replacement Training) beriepen de auteurs zich op verschillende theoretici. Zo grepen ze voor de Anger Control Training terug op het werk van Novaco (1975), die woede omschreef als een combinatie van verhoogde arousal en cognities als gevolg van negatief geïnterpreteerde gebeurtenissen (pp. 252-253). Doel van deze training is om op de juiste wijze sociale cues te leren interpreteren, het arousalniveau te verlagen, antisociale cognities om te zetten in pro-sociale en een adequate respons te selecteren. Bij de ontwikkeling van het onderdeel Skillstreaming, het aanleren van sociale vaardigheden om conflictsituaties beter te kunnen hanteren, baseerden Goldstein, Glick en Gibbs zich vooral op de sociaalleren theorie van Bandura (1973). Kohlberg's (1969) fasen van morele (on)rijpheid lagen ten grondslag aan de Moral Reasoning Training. Doel van deze training is om deelnemers pro-sociale waarden en normen bij te brengen door discussies over morele dilemma's. Hoewel het model van Goldstein en zijn collega's niet alleen toepasbaar lijkt op kinderen en adolescenten, is de ART vooral bij deze leeftijdscategorieën onderzocht.

In de volgende subparagrafen gaan we dieper in op de theoretische achtergronden van de drie onderdelen van ART en op studies naar het effect van elk onderdeel afzonderlijk. Tevens besteden we aandacht aan de relatie tussen persoonlijkheidstrekken en de wijze waarop woede, sociale vaardigheden en morele rijpheid zich manifesteren. Daarbij wordt uitgegaan van onderstaand veranderingsmodel (figuur 1.3). Tenslotte noemen we per onderdeel enkele instrumenten waarmee resultaten van op een betrouwbare en valide manier kunnen worden geëvalueerd. Voor een overzicht van publicaties over de ART als geheel wordt verwezen naar hoofdstuk 4.

1.3.1 Woede

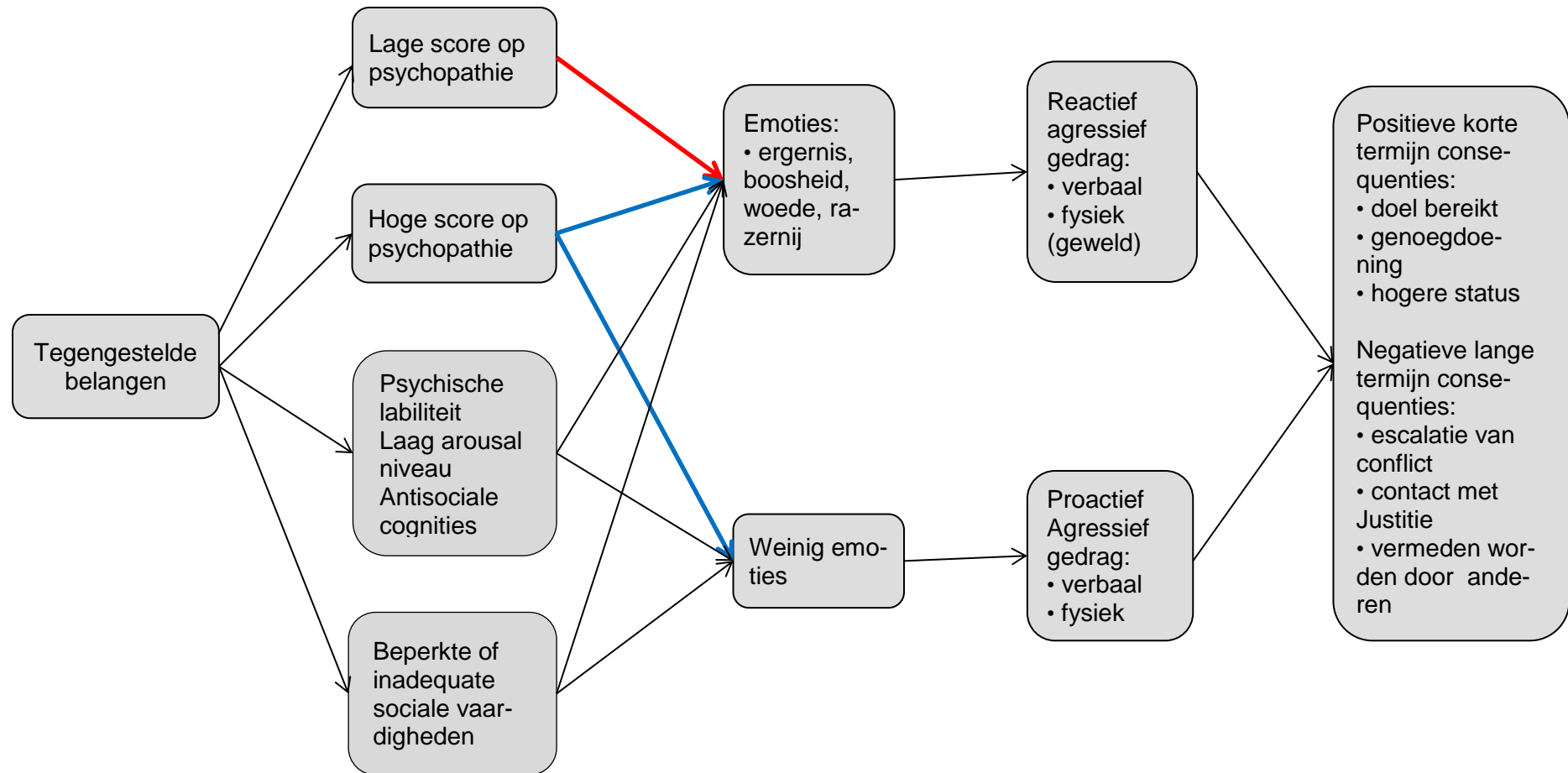
Theoretische achtergrond

Volgens Bandura (1983) en Novaco (1975) zijn woede en agressie onlosmakelijk met elkaar verbonden. Toch hoeft woede niet altijd in agressie te resulteren (Berkowitz, 1990). Agressief gedrag kan gedempt worden door in- of externe controlemechanismen, zoals angst voor straf en empathie voor een mogelijk slachtoffer. Bij een sterk verhoogde arousal, een lage "pakkans" of na het gebruik bepaalde middelen kunnen deze mechanismen tekortschieten. Naar de mening van Novaco, Ramm en Black (2001) speelt woede bij proactieve of instrumentele agressie geen rol. Proactieve agressieve delinquenten zouden dan ook niet in aanmerking voor een woedebeheersings-training.

Verschillende onderzoeken hebben aangetoond dat gewelddadige delinquenten problemen hebben met het beheersen van hun woede. Selby (1984) vond duidelijke verschillen tussen de uitkomsten van zelfrapportage vragenlijsten over woede en vijandigheid van gewelddadige en niet-gewelddadige gedetineerden onderscheidde. In een onderzoek naar de kenmerken van een groep huiselijk geweldplegers concludeerden Maiuro, Cahn, Vitalino, Wagner en Zegree (1988) dat deze groep hoger scoorde op woede en vijandigheid dan een niet-gewelddadige controlegroep. Het voorkomen van woede bij adolescentie gedetineerden werd onder andere onderzocht door Sukhodolsky en Ruchkin (2004). Zij vonden dat een groep Russische jeugdige delinquenten meer woede en agressie rapporteerden dan een groep van Russische 'high school students'.

Feindler, Ecton, Kingsley en Dubey (1986) ontwikkelden een woedebeheersingstraining met 12 bijeenkomsten en vonden dat de training in een groep agressieve adolescenten op een gesloten psychiatrische afdeling een grotere afname in agressief en vijandig gedrag bewerkstelligde dan in een controle groep. Een onderzoek bij Vietnam-veteranen met PTSD en ernstige woedeaanvallen werd uitgevoerd door Chemtob, Novaco, Hamada en Groos (1997). Deze onderzoekers vonden dat een training woedebeheersing bij de veteranen resulteerde in minder woedeaanvallen en meer woedecontrole dan bij een controle groep. Volgens Novaco (1997) is er veel onderzoek gedaan naar het effect van woedebeheersingstrainingen, maar vonden deze onderzoeken vaak plaats bij niet-klinische populaties (p. 82) of vertoonden ze ernstige methodische of methodologische tekortkomingen (p. 83). Zo voerden Sukhodolsky, Kasinove en Gorman (2004) een meta-analyse uit van studies naar de resultaten van cognitief-gedragstherapeutische interventies bij niet-klinische kinderen met woede problemen.

Figuur 1.3. Veranderingsmodel voor agressief gedrag.



Een dergelijke meta-analyse van DiGuiseppe en Tafrate (2003) bij volwassenen leverde overeenkomstige resultaten op, namelijk een gemiddelde effectgrootte die vergelijkbaar was met die van andere psychotherapeutische interventies. Overigens waren bij de laatste analyse ook studies naar de resultaten bij delinquenten geïnccludeerd. Howells (2004) meende echter op grond van verschillende studies dat gewelddadige delinquenten over het algemeen weinig baat hebben bij woedebeheersingstrainingen.

Assessment van vijandigheid en woede

Voor het meten van vijandigheid en woede maken we gebruik van de volgende instrumenten:

(a) *Aangepaste versie van de Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007)* voor het meten van vijandigheid. In de test wordt respondenten gevraagd hun reacties op te schrijven op 12 cartoonachtige plaatjes waarop steeds twee personen staan afgebeeld. gewelddadige delinquenten over het algemeen weinig baat hebben bij woedebeheersingstrainingen.

Assessment van vijandigheid en woede

Voor het meten van vijandigheid en woede maken we gebruik van de volgende instrumenten:

(a) *Aangepaste versie van de Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007)* voor het meten van vijandigheid. In de test wordt respondenten gevraagd hun reacties op te schrijven op 12 cartoonachtige plaatjes waarop steeds twee personen staan afgebeeld. In elk plaatje maakt de linker persoon een opmerking die door de ander als frustrerend kan worden ervaren (bijvoorbeeld tegen winkelier: 'Dit is al de derde keer dat dit nieuwe horloge stilstaat'). De rechter persoon heeft een lege tekstballon. Proefpersonen worden verzocht de situaties te bekijken en vervolgens in de lege tekstballon hun eerste reactie op te schrijven. Respondenten kunnen worden vergeleken met verschillende normgroepen (Hornsveld, 2007).

(b) *Attributie Vragenlijst (ATV; Hornsveld, Nijman, & Kraaimaat, 2002)* is een experimentele voorloper van de Aangepaste Versie van de Rosenzweig Picture-Frustration Study. Deze versie omvat nog 17 plaatjes.

(c) *Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996)*, een Nederlandse versie van Buss & Perry's Aggression Questionnaire (1992), voor het meten van agressief gedrag. We gebruiken van deze lijst de subschalen Woede (bijvoorbeeld: 'Het kost me moeite mijn kalmte te bewaren') en Vijandigheid (bijvoorbeeld: 'Ik wantrouw onbekenden die overdreven vriendelijk tegen me doen'). Respondenten scoren de items op een vijfpuntsschaal van: 1 = helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens.

(d) *Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst (AVL-AV; Hornsveld, Muris & Kraaimaat & Meesters, 2009)*. Voor deze versie van de AVL zijn gegevens van verschillende normgroepen beschikbaar (Hornsveld, Muris & Kraaimaat, 2009). Ook van deze vragenlijst gebruiken we alleen de subschalen Woede (bijvoorbeeld: 'Ik word snel kwaad, maar ben ook snel weer afgekoeld') en Vijandigheid (bijvoorbeeld: 'Het lijkt als of anderen altijd meer geluk hebben'). Respondenten scoren de items op een vijf-puntsschaal van: 1 = helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens. Voor deze vragenlijst zijn gegevens van verschillende normgroepen beschikbaar (Hornsveld, Muris & Kraaimaat, 2009).

(e) NAS-deel van de *Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (NAS; Novaco, 1994 versie)* om reacties van respondenten in woede-oproepende situaties te onderzoeken (bijvoorbeeld: 'Als iemand tegen mij begint te schreeuwen, schreeuw ik terug'). Items worden gescoord op een driepuntsschaal: 1 = nooit waar, 2 = soms waar en 3 = altijd waar. Ook voor de NAS zijn gegevens van verschillende normgroepen beschikbaar (Hornsveld, Muris & Kraaimaat, 2009).

Zie voor nadere psychometrische gegevens van bovengenoemde meetinstrumenten Appendix A.

1.3.2 Sociale vaardigheden

Theoretische achtergrond

Hollin en Palmer (2001) onderkennen drie onderling gerelateerde componenten van sociaal vaardig gedrag, te weten (a) sociale perceptie: het waarnemen en begrijpen van sociale cues, (b) sociale cognitie: het interpreteren van deze cues en het selecteren van de te vertonen respons, en (c) sociale uitvoering: het vertonen van de observeerbare sociale actie. Deze driedeling vertoont sterke overeenkomsten met het Social Information Processing (SIP) model van Crick en Dodge (1994). Volgens Hollin en Palmer zijn er aanwijzingen dat delinquenten problemen hebben met bepaalde aspecten van sociaal vaardig gedrag en dat deze problemen gerelateerd zijn aan hun crimineel gedrag. Zo vonden bijvoorbeeld Akhtar en Bradley (1991) dat agressieve adolescenten vaak moeite hebben met de selectie en interpretatie van sociale cues. Deze misinterpretatie van sociale cues resulteert volgens Crick en Dodge (1996) in een misinterpretatie van bedoelingen: het gedrag van anderen wordt snel als vijandig of bedreigend ervaren. Uit andere onderzoeken bleek dat bij adolescenten bepaalde sociale cognities (bijvoorbeeld: "mensen proberen mij altijd te dwarsbomen") gerelateerd zijn aan antisociaal gedrag. Daarnaast blijkt deze groep niet goed om te reageren op feedback van anderen op hun gedrag (Demorest, 1992). Spence (1981) vergeleek de soci-

ale vaardigheden van een groep jonge, mannelijke delinquenten met die van een gematchte controle groep en vond dat de delinquenten ongunstiger scoorden op sociale angst en sociale vaardigheden dan de niet-delinquenten. Hollin en Palmer (2001) merkten echter op dat delinquenten een heterogene populatie vormen en dat de variëteit in beperkingen op het gebied van sociale perceptie, sociale cognitie en sociale uitvoering groot is. Bijgevolg resulteert een standaard sociaalvaardigheidstraining bij deze populatie niet altijd in een afname van het recidiverisico.

Sinds de negentiger jaren maken sociaalvaardigheidstrainingen steeds meer deel uit van multimodale programma's en worden zij steeds minder toegepast als interventie op zich. Hollin en Palmer (2001) inventariseerden de resultaten met sociaalvaardigheidstrainingen en constateerden dat de trainingen over het algemeen resulteerden in een toename van de sociale vaardigheden en een verbetering van het gevoel van eigen waarde. De onderzoeken betroffen niet alleen mannelijke, niet-seksuele delinquenten, maar ook minderjarige, seksuele en vrouwelijke delinquenten. Bovendien bleken veel onderzoeken methodisch gezien zwak. Märker (1996) deed gecontroleerd onderzoek naar de effecten van een zeer korte sociale-vaardigheidstraining bij 40 Nederlandse delinquenten in de leeftijd van 19 tot 60 jaar. Na afloop van de training werd een significant verschil tussen de experimentele en de controlegroep gevonden op vier van de zeven uitkomstvariabelen. Het onderzoek was echter kortdurend, zodat onduidelijk blijft of er ook klinische verbeteringen waren op langere termijn optraden. Volgens Märker lijkt het erop dat een sociaalvaardigheidstraining bij sommige volwassen delinquenten een verandering in sociaal competent gedrag bewerkstelligt.

Assessment van sociale angst en sociale vaardigheden

Voor het meten van sociale angst en sociale vaardigheden gebruiken we:

(a) *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen* (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000b) vraagt respondenten met betrekking tot 35 interpersoonlijke situaties aan te geven hoeveel spanning zij in die situaties zouden ervaren (sociale angst), en hoe vaak ze het beschreven gedrag daadwerkelijk zouden uitvoeren als de situatie zich voordoet (sociale vaardigheden). Voor sociale angst lopen de scoremogelijkheden van: 1 = helemaal niet gespannen tot 5 = heel erg gespannen, en voor sociale vaardigheden van: 1 = nooit tot 5 = altijd. Respondenten kunnen op het gebied van sociale angst of sociale vaardigheden vergeleken worden met de normgroep 'normalen van 16-80 jaar' (Van Dam-Baggen & Kraaimaat 2000b).

Zie voor nadere psychometrische gegevens van bovengenoemde meetinstrument Appendix A.

1.3.3 Morele rijpheid: normen en waarden

Wat is moraliteit?

We definiëren in deze nota moraliteit als 'principes betreffende het verschil tussen goed en kwaad'. Met moreel redeneren wordt de justificatie bedoeld van waarom iets als goed of kwaad moet worden bestempeld. Met goed wordt niet alleen het juiste op het gebied van rechtvaardigheid bedoeld, maar ook het goede op het gebied van weldadig- en welwillendheid. Gibbs (2003) gaf aan dat het juiste en het goede binnen het domein van de moraliteit twee verschillende concepten behelzen, die tegelijkertijd onderling verbonden zijn en elkaar complementeren: het juiste veronderstelt het goede en andersom geldt ook: naar het goede kan niet verwezen worden bij afwezigheid van het juiste.

Van Veelen (2004) publiceerde over de evolutie van de concepten 'goed' en 'kwaad'. Volgens hem liggen de concepten altruïsme, eerlijkheid en moraliteit dicht bij elkaar, maar zijn er ook verschillen. Hij pleitte er dan ook voor om deze drie begrippen niet als plaatsvervangend van elkaar te gebruiken. Altruïsme, of onbaatzuchtigheid, is van belang omdat men om moreel te kunnen handelen het eigenbelang terzijde moet kunnen zetten. Het grootste verschil tussen moraliteit en eerlijkheid is volgens Van Veelen dat eerlijkheid refereert naar gedragsveranderingen die worden geïnduceerd door anderen, terwijl moraliteit refereert naar gedragsveranderingen die worden veroorzaakt door gebeurtenissen die geen implicaties voor het individu zelf hebben.

Theoretische achtergrond

De eerste die zijn wetenschappelijk onderzoek focuste op het concept moraliteit was Lawrence Kohlberg (Blasi, 1990). Kohlberg noemde zijn theoretische benadering van moraliteit en morele motivatie een 'cognitieve ontwikkelingsbenadering'. Op die manier stelde hij de ontwikkeling van moraliteit gelijk aan de ontwikkeling van andere cognities. Omdat Kohlberg veronderstelde dat cognitieve vaardigheden actief worden 'opgebouwd', is zijn theorie een constructivistische benadering. Hij suggereerde namelijk dat morele ontwikkeling in ieder geval gedeeltelijk een natuurlijk constructief proces representeert, dat duidelijk te onderscheiden is van het proces van internalisatie. De door hem omschreven 'toenemende interne oriëntatie' moet dus niet geïnterpreteerd worden als gevolg van rijping of directe internalisatie van culturele normen (socialisatie), maar als een product van natuurlijke ontwikkeling (Kohlberg, 1984).

Piaget (Gibbs, Basinger, & Fuller, 1992) erkende dat moreel redeneren zich bij een kind ook op constructivistische wijze ontwikkelt. Hij maakte daarbij onderscheid tussen een fase waarin een kind geremd wordt door een zwart/wit benadering en gevoelig is voor regels en autoriteit, en een fase waarin een kind coöperatiever is en ook

de perspectieven van anderen kan innemen. Om Piagets eerste opzet uit te kunnen breiden, interviewde Kohlberg naast kinderen ook adolescenten over morele dilemma's. Kohlberg was het eens met Piagets idee van een universele ontwikkeling van een gevoel van rechtvaardigheid, een zich ontwikkelende belangstelling voor de behoeften en gevoelens van anderen (Kohlberg, 1968). Piaget (Crain, 1985) had een aantal criteria opgesteld waaraan een constructivistische stadiumtheorie moet voldoen: er moeten kwalitatieve verschillen zijn tussen de stadia, ieder stadium moet een gestructureerd geheel zijn, de stadia moeten via een invariante sequentie worden doorlopen, er moet hiërarchische integratie tussen de stadia zijn en de stadiumsequentie moet universeel zijn. Kohlberg heeft deze criteria bij het opstellen van de stadia in zijn theorie over moreel redeneren als uitgangspunt genomen. Hij kwam tot drie niveaus van moreel redeneren, elk bestaande uit twee stadia (Tabel 1.1).

Tabel 1.1. *Kohlbergs stadia van het moreel redeneren.*

Moraliteit	Stadia	Gericht op
Preconventionele moraliteit (tot 9 jaar)	Stadium 1	Oriëntatie op (het vermijden van) straf en gehoorzaamheid
	Stadium 2	Bevredigen van eigen behoeften en belangen
Conventionele moraliteit (van 9 jaar tot adolescentie)	Stadium 3	Goede interpersoonlijke relaties: overeenstemming en conformisme
	Stadium 4	Het in stand houden van de maatschappij
Postconventionele moraliteit	Stadium 5	Sociale contracten en individuele rechten
	Stadium 6	Universele ethische principes

Kohlberg formuleerde deze niveaus als 'preconventioneel', 'conventioneel' en 'postconventioneel'. Op het preconventionele niveau verplaatst een kind zich in eerste instantie van een amoreel stadium naar een stadium waarin regels worden gerespecteerd (Kohlberg, 1968).

In het eerste stadium van moreel redeneren staan de oriëntatie op straf en gehoorzaamheid centraal (Kohlberg, 1968, 1984). Iemand die volgens dit stadium redeneert, wil zich aan regels conformeren om negatieve consequenties (straf) te voorkomen. Het sociale perspectief dat bij dit stadium hoort, is het egocentrische perspectief (Kohlberg, 1968). Dat mensen uiteenlopende interesses en meningen hebben kunnen zij nog niet bevatten. In het tweede stadium staat het eigenbelang centraal: men is ge-

richt op het bevredigen van de eigen behoeften en belangen, een concreet individualistisch perspectief. In dit stadium ontstaat het bewustzijn dat iedereen eigen belangen heeft (Kohlberg, 1984).

Na de eerste twee stadia komt men op het conventionele niveau. In het derde stadium worden interpersoonlijke relaties belangrijk: men wil een goed mens zijn in de ogen van anderen. Het sociale perspectief is dat van het individu in relaties met andere individuen. In het vierde stadium wordt nu ook geredeneerd vanuit het 'sociale systeem'. Individuele relaties krijgen een plaats in het maatschappelijk systeem. Het belang van een maatschappij en het in stand houden daarvan worden onderkend (Kohlberg, 1984). In stadium 5 is het postconventionele niveau van redeneren bereikt, worden perspectieven geïntegreerd en ziet men met het belang in van zogenaamde 'sociale contracten' en van individuele rechten. Personen die volgens het vijfde stadium redeneren, zijn van mening dat individuele rechten belangrijker zijn dan de wetten die autoriteiten hebben opgelegd, ook al houden zij zich bij voorkeur wel aan die rechtsregels. Met een 'sociaal contract' doelt Kohlberg dus op de impliciete overeenkomst die mensen binnen een samenleving met elkaar kunnen hebben. In het zesde en laatste stadium hecht men geloof aan universele ethische principes, waarbij men zich ook persoonlijk betrokken voelt. Het postconventionele niveau is niet alleen het 'rijpe' niveau omdat men onderliggende morele principes zichtbaar zijn, maar ook omdat de morele principes berusten op een individuele keuze en onafhankelijk zijn van sociale goedkeuring of afkeuring (Kohlberg, 1984; Gibbs, Basinger & Fuller, 1992).

Kohlbergs theorie is door de jaren heen van diverse kanten bekritiseerd. Gilligan (1982) verwierp Kohlbergs standpunt wat betreft een universele ontwikkeling van moraliteit omdat vrouwen en mannen morele dilemma's anders benaderen. De bestaande cognitieve ontwikkelingstheorieën richten zich volgens haar zich teveel op mannen. Volgens Gibbs (2003) is Kohlberg inconsistent waar hij internalisatie als enige verklaring voor de ontwikkeling van moraliteit naar voren brengt. Hij betoogde dat de constructie van morele structuren niet kan worden herleid naar de internalisatie van morele normen, omdat wederkerigheid en rechtvaardigheid cognities zijn die zich ook als zodanig ontwikkelen. Naarmate taalvaardigheid, geheugen en abstractievermogen zich ontwikkelen, neemt ook het niveau van moreel redeneren toe (Gibbs & Schnell, 1985).

Gibbs, Basinger en Fuller (1992) bestreden dat morele rijpheid pas wordt bereikt in de stadia 5 en 6. Zij verwerpen de preconventionele, conventionele en postconventionele niveaus van Kohlberg en meenden dat al in de stadia 3 en 4 al van morele rijpheid kan worden gesproken. In de ogen van Hoffman (2000) is empathie een eigenschap die leidt tot rijp sociaal gedrag aan de hand van de volgende drie factoren:

biologische basis, cognitieve ontwikkeling en socialisatie. Een empathische dispositie kan zowel een primitieve als een 'rijpe' aard hebben. Zowel Kohlberg als Hoffman poneerde dat we ons pas moreel ontwikkelen, als we andermans perspectieven oprecht serieus nemen (Gibbs, 2003). Om van een oppervlakkig niveau door te groeien naar een moreel 'rijp' niveau moet er sprake zijn van diepgang. Volgens Gibbs berust morele motivatie niet exclusief op affectieve (empathische) bronnen of cognitieve (constructieve) bronnen. Hij spreekt van coprimacy, waarmee hij bedoelt dat moreel redeneren zowel affectieve als cognitieve elementen heeft. Gibbs heeft beide theorieën toegepast op sociaal gedrag en daarbij ook het aantal variabelen uitgebreid. Deze toevoegingen betreffen zelfrelevantie, sociale vaardigheden en zelfdienende cognitieve verstoring. Zo komen Gibbs, Basinger en Fuller (1992) tot een stadiumtheorie, gelijkend op die van Kohlberg, maar met de integratie van Hoffman's benadering (Tabel 1.2).

De stadia 1 en 2 in de stadiumtheorie van Gibbs representeren het onrijpe niveau van sociomorele reflectie. Het eerste stadium wordt 'unilateraal en materieel' genoemd. Moreel redeneren wordt gestuurd door een (fysiek sterke) autoriteit. Regels, wetten en status fungeren als centrale waarden. In dit stadium is men niet in staat om te oordelen vanuit verschillende perspectieven: er is sprake van zwart/wit denken. In stadium 2 wordt een moreel begrip geput uit de interactie met anderen. Het moreel denken heeft echter nog voornamelijk extrinsieke motieven. Sociale uitwisseling staat centraal en wederkerigheid wordt hierbij als vanzelfsprekend gezien. De stadia 3 en 4 zijn het resultaat van het innemen van verschillende sociale rollen. Doordat iemand ouder wordt en in meer gevarieerde sociale situaties terecht komt, leert hij geleidelijk de perspectieven van anderen in te nemen. Daardoor kan hij zich beter in anderen verplaatsen en de zaken van meerdere kanten bekijken. De stadia 3 en 4 vormen tezamen het rijpe niveau. In het derde stadium krijgen interpersoonlijke relaties een intrinsieke waarde. Men snapt de psychologische betekenis van vriendschappen en relaties en neemt empathische rollen in. Men zou kunnen redeneren dat het niet goed is om te stelen, 'omdat mensen die hard voor hun bezittingen hebben gewerkt het niet verdienen om bestolen te worden'. In het vierde en laatste stadium wordt de rijpheid uitgebouwd tot een complex sociaal systeem. Men denkt in dit stadium op maatschappelijk niveau. Procedurele gelijkheid, basale rechten voor iedereen en het nemen van verantwoordelijkheden staan centraal. Iemand zou kunnen zeggen dat het niet goed is om te stelen, 'omdat het desastreus is voor een maatschappij als iedereen dat zou doen'.

Tabel 1.2. *Gibbs' stadia van het moreel redeneren*

Standaard ontwikkeling: invariante stadiumsequentie		
De 'onrijpe' stadia	Stadium 1	Centraties: het morele wordt vaak verward met het fysieke en het kortdurende. Jonge kinderen die volgens dit stadium redeneren, zijn ontvankelijk voor het direct tastbare.
	Stadium 2	Pragmatische uitwisselingen: de moraliteit is nog steeds sterk op de zelf gericht, maar men is al wel in staat om anderen's perspectieven in te nemen en logica te integreren. Het idee van 'doe iets voor een ander als zij dat ook voor jou zouden doen' heerst.
De 'rijpe', diepgaande stadia	Stadium 3	Wederkerigheid: ideale wederkerigheid, vertrouwen van beide kanten en het delen met anderen staan centraal als de basis van interpersoonlijke relaties.
	Stadium 3/4	Een gerelativeerde versie van stadium 3.
	Stadium 4	Systemen: sociale contexten breiden zich uit van een interpersoonlijke nadruk naar een maatschappelijk belang.
Existentiële ontwikkeling: hiermee worden veranderingen bedoeld die niet samenhangen met de invariante stadiumsequentie.		

Morele rijpheid en criminaliteit

De afgelopen tien jaar hebben verschillende auteurs door uitvoering van meta-analyses van meerdere onderzoeken een relatie gelegd tussen morele rijpheid en criminaliteit. Stams, Brugman, Dekovic, Van Rosmalen, Van der Laan en Gibbs (2006) onderzochten de verschillen in morele rijpheid tussen delinquente en niet-delinquente jongeren. Hun meta-analyse van 50 onderzoeken resulteerde in de bevinding dat de delinquente groep gemiddeld een lager stadium van morele rijpheid had bereikt. De verschillen waren het grootst bij gedetineerde, mannelijke adolescenten met psychopathie. Van Vugt, Gibbs, Stams, Bijleveld, Hendriks en Van der Laan (2011) vonden bij een meta-analyse van negentien onderzoeken een significante, omgekeerde relatie tussen morele ontwikkeling en recidive. Effecten bij jonge en volwassen delinquenten verschilden nauwelijks van elkaar, maar metingen met behulp van zelfrapportage vragenlijsten leverden grotere effecten op dan officiële rapporten over recidive.

Andere auteurs kwamen na bestudering van de literatuur tot dezelfde conclusies. Palmer (2003) bijvoorbeeld, concludeerde op grond van 30 jaar onderzoek dat moreel redeneren deel lijkt uit te maken van een veel breder kader van sociaal-

cognitieve factoren, gevormd door vroege ervaringen met ouders en leeftijdgenoten. Verwaarloosde kinderen met een hardvochtige opvoeding blijken een grotere kans te hebben op een achterstand in morele ontwikkeling en krijgen zo een geïnternaliseerd vijandig beeld van de wereld, dat fungeert als een filter voor toekomstige ervaringen. Een dergelijke combinatie zou de kans vergroten dat ambigue sociale gebeurtenissen als vijandig worden opgevat met als gevolg negatieve gedachten die op hun beurt resulteren in crimineel gedrag. Raine en Yang (2006) evalueerden neurobiologisch onderzoek over het onderwerp en concludeerden dat antisociaal gedrag gedeeltelijk voortkomt uit afwijkingen in hersenstructuren die van belang zijn voor morele cognities en emoties. Afwijkingen in de emotionele component van moreel besef, die bijdraagt aan de beoordeling of iets moreel (on)juist is, is volgens deze auteurs het wezenlijke probleem bij antisociale personen, hoewel enige verstoring van de cognitieve en cognitief-emotionele componenten niet kan worden uitgesloten.

Een derde groep onderzoekers onderbouwde dat er een relatie bestaat tussen morele rijpheid en criminaliteit aan door delinquenten te vergelijken met niet delinquenten. Stevenson, Hall en Innes (2003) onderzochten de sociomorele ontwikkeling en antisociale opvattingen bij een groep van 99 gewelddadige Australische gedetineerden met een hoog recidiverisico en een groep van 101 universiteitsstudenten. Van beide groepen maakten zowel vrouwen als mannen deel uit. Sociomorele ontwikkeling werd gemeten met de Sociomoral Reflection Measure-Short Form (SRM-SF; Gibbs, Basinger & Fuller, 1992) en antisociale opvattingen met behulp van de Criminal Sentiments Scale (CSS; Andrews & Wormith, 1984). Zij vonden dat de (volwassen) gedetineerden lager op de SRM-SF scoorden dan de studenten, maar hoger dan aanvankelijk gedacht. De omgekeerde relatie tussen een negatieve houding ten opzichte van het juridische systeem en het goedpraten van wetsovertredingen bleek bij de gedetineerden sterker dan bij de studenten. De relatie tussen morele rijpheid en criminaliteit werd ook bestudeerd bij Nederlandse seksuele delictplegers. Van Vugt, Stams, Dekovic, Brugman, Rutten en Hendriks (2008) zetten daartoe de morele ontwikkeling van 20 jonge solo seksuele delictplegers af tegen die van 76 jonge niet-delinquenten. De leeftijd van de jongeren varieerde van 13 tot 20 jaar. De delinquente jongeren verschilden niet van de niet-delinquente in moreel besef, maar als het besef het eigen slachtoffer betrof toonden de delinquente jongeren specifieke morele tekortkomingen. Achterstand in morele rijpheid kon in verband worden gebracht met bepaalde cognitieve vervormingen. Langdon, Murphy, Clare, Stevenson en Palmer (2011) deden onderzoek naar de relatie tussen morele rijpheid en criminaliteit bij zwakbegaafden in een groep van 80 mannen, verdeeld over vier groepen: zwakbegaafd versus niet-zwakbegaafd en crimineel versus niet-crimineel. Zwakbegaafde delinquenten bleken een hoger stadium van

morele rijpheid te hebben bereikt dan de zwakbegaafde niet-delinquenten. Niet-zwakbegaafde delinquenten beschikten over minder moreel besef dan niet-zwakbegaafde niet-delinquenten. De onderzoekers concludeerden dat verschil in intelligentie de gevonden verschillen ten dele verklaren. Een vierde voorbeeld van vergelijkend onderzoek is dat van Hornsveld, Vermeulen en Van Veldhuizen (2009). Zij vergeleken een groep van 80 terbeschikkinggestelden met 40 laagopgeleide niet-criminele mannen. De terbeschikkinggestelden bleken significant lager te scoren op een vragenlijst voor morele rijpheid, maar de verschillen waren absolute zin erg klein.

Tenslotte is de relatie tussen morele rijpheid en criminaliteit ook aangetoond met behulp van longitudinaal onderzoek. Raaijmakers, Engels en Van Hoof (2005) volgden tussen 1991 en 1997 846 Nederlandse adolescenten en jongvolwassenen. Deze groep werd drie keer gemeten met een interval van drie jaar. Morele rijpheid bleek zowel cross-sectioneel als longitudinaal toe te nemen naarmate de proefpersonen ouder werden, terwijl criminaliteit sterk daalde. Criminaliteit correleerde dus negatief met morele rijpheid. Uit onderzoek onder drie leeftijdsgroepen kwam naar voren dat in de leeftijdsgroep van 21 tot 23 jaar eerdere criminaliteit een negatieve invloed had op moreel besef, maar in de groep van 24 tot 26 jaar criminaliteit beïnvloed werd door eerder moreel besef.

Assessment van morele rijpheid

Voor het meten van morele rijpheid maken we gebruik van het volgende meetinstrument:

(a) Aangepaste Versie van de Sociomoral Reflection Measure (SRM-AV; Hornsveld, Vermeulen & Van Veldhuizen, 2009; Hornsveld, Kraaimaat & Zwets, 2012). Deze vragenlijst omvat 20 stellingen (bijvoorbeeld: 'Stel: een vriend van je is in levensgevaar en je bent de enige die hem kan redden'), gevolgd door vragen naar morele oordelen ('Hoe belangrijk is het voor iemand om het leven van een vriend te redden, zonder daarbij het eigen leven te verliezen') en naar argumenten voor de gemaakte keuze.

Zie voor nadere psychometrische gegevens van bovengenoemd meetinstrument Appendix A.

1.3.4 Persoonlijkheidstrekken

Psychopathie en ongevoelige-emotieloze trekken

Verschillende auteurs hebben gepleit voor de ontwikkeling van aparte behandelprogramma's voor reactief en proactief agressief gedrag, omdat bij deze probleemgedragingen verschillende mechanismen werkzaam lijken te zijn (Akhtar & Bradley, 1991;

Coie & Koepl, 1990; Crick & Dodge, 1996; Day, Bream & Pal, 1992). Cornell, Warren, Hawk, Stafford, Oram en Pine (1996) onderzochten de relatie tussen psychopathie en proactief geweld bij gewelddadige delinquenten. Zij toonden aan dat de subgroep proactief gewelddadige delinquenten hoger scoorde op psychopathie, vergeleken met een subgroep van reactief gewelddadige en een subgroep niet-gewelddadige delinquenten. Een tweede onderzoek bij gewelddadige delinquenten die verwezen waren voor een forensisch psychiatrisch onderzoek, leverde dezelfde resultaten op: proactief gewelddadige delinquenten scoorden significant hoger op psychopathie gemeten met de korte versie van de PCL-R (PCL-SV: Hart, Cox & Hare, 1995) dan de reactief gewelddadige delinquenten. Vassileva, Kosson, Abramowitz en Conrod (2005) richtten zich op subtypen van criminelen en hun interactie tijdens een gestandaardiseerd interview, middelenmisbruik en angst als trek. Ze formeerden op basis van de twee factoren van de PCL-R vier subtypen: (1) primaire psychopaten (met weinig angst), (2) secundaire psychopaten (met veel angst), (3) delinquenten met psychopathische trekken en (4) niet-psychopathische delinquenten met alcohol en drugs problemen. De auteurs stelden dat secundaire psychopaten vanwege de aanwezigheid van angst meer open staan voor behandeling dan primaire psychopaten die als notoir weerbarstig of therapieresistent worden beschouwd. Tenslotte vergeleken Frick, Cornell, Barry, Bodin en Dane (2003) vier subgroepen met elkaar, elk van 24 of 25 kinderen. De onderscheiden subgroepen waren: (1) normale kinderen, (2) kinderen met gedragsproblemen, (3) kinderen met trekken als gevoelloosheid en (4) kinderen met gedragsproblemen en trekken als gevoelloosheid. De auteurs vonden dat de groep van kinderen met gedragsproblemen en gevoelloosheid als trek geneigd waren proactief agressief gedrag te vertonen, terwijl de kinderen met alleen gedragsproblemen vaker reactief agressief gedrag lieten zien. Psychopathie als persoonlijkheidskenmerk bepaalt echter niet of een gewelddadige delinquent reactief of proactief agressief gedrag vertoont. Het is dus geen kwestie van het een of het ander. Delinquenten met een relatief lage psychopathie score reageren vooral reactief maar incidenteel ook proactief agressief, terwijl delinquenten met een relatief hoge psychopathiescore zich zowel proactief als reactief agressief gedragen (Porter & Woodworth, 2006).

Big Five

Afgelopen jaren is er regelmatig gepubliceerd over de relatie tussen de Big Five persoonlijkheidsdomeinen en criminaliteit, antisociaal gedrag en agressie. Van Dam, Janssens en De Bruyn (2005) vergeleken een groep jeugdige delinquenten met een groep (V)MBO-leerlingen en een groep recidivisten met een groep niet-recidivisten. Ze vonden dat leerlingen hoger op de NEO-FFI domeinen Altruïsme (Agreeableness) en Openheid scoorden dan de delinquenten, en dat de recidivisten hoger scoorden op de

domeinen Neuroticisme en Altruïsme dan de niet-recidivisten. Le Corff en Toupin (2009) gebruikten bij hun onderzoek niet de NEO-FFI maar de NEO-PI-R en constateerden een groep jeugdige delinquenten hoger scoorde op Neuroticisme en lager op Altruïsme in vergelijking tot een groep niet-delinquente leeftijdgenoten. Specifieker onderzoek naar de relatie tussen de Big Five domeinen en antisociaal gedrag of agressie werd uitgevoerd door Jones, Miller en Lynam (2011). Zij analyseerden 53 studies over dit onderwerp en concludeerden dat antisociaal gedrag en agressie positief gerelateerd zijn aan Neuroticisme en negatief aan Altruïsme en Consciëntieusheid.

Woede als trek

Het voorkomen van woede bij adolescentie gedetineerden is onder andere bestudeerd door Cornell, Peterson en Richards (1999). Met behulp van een vragenlijst over woede als trek konden zij 66% van de gedetineerden classificeren als hoog of laag agressief.

Assesment van persoonlijkheidstrekken

Voor het meten van achtereenvolgens psychopathie, de Big Five domeinen en woede als trek gebruiken we de volgende meetinstrumenten:

(a) *Psychopathy Checklist-Revised* (PCL-R; Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002) wordt gebruikt voor het meten van psychopathie. De checklist bestaat uit 20 items die door een ervaren psycholoog gescoord moeten worden met behulp van een driepuntsschaal met 0 = niet van toepassing, 1 = enigszins van toepassing en 2 = van toepassing.

(b) *NEO Five Factor Inventory* (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992; Nederlandse versie: Hoekstra, Ormel & De Fruyt, 1996) heeft 60 items en meet vijf persoonlijkheidsdomeinen, te weten: Neuroticisme (bijvoorbeeld: 'Ik voel me vaak de mindere van anderen'), Extraversie (bijvoorbeeld: 'Ik houd er van veel mensen om me heen te hebben'), Openheid (bijvoorbeeld: 'Ik houd er niet van mijn tijd met dagdromen te verdoen'), Altruïsme (bijvoorbeeld: 'Sommige mensen vinden mij zelfzuchtig en egoïstisch') en Consciëntieusheid (bijvoorbeeld: 'Ik houd mijn spullen netjes en schoon'). Respondenten geven op een vijfpuntsschaal aan in hoeverre ze de uitspraak onderschrijven, lopend van: 1 = helemaal oneens tot 5 = helemaal eens. Respondenten kunnen worden vergeleken met verschillende normgroepen waaronder de normgroep 'mannen ouder dan 17 jaar' uit een brede bevolkingssteekproef (Hoekstra, Ormel & De Fruyt, 1996).

(c) *Zelf-Analyse Vragenlijst* (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982), een Nederlandse vertaling van de Spielberger State-Trait Anger Scale (Spielberger, 1980), voor het meten van woede als trek (bijvoorbeeld: 'Ik zou wel iets kapot willen smijten'). Respondenten moeten aangeven hoe ze zich in het algemeen voelen en daarbij gebruik te maken van een vierpuntsschaal: 1 = geheel niet, 2 = een beetje,

3 = tamelijk veel en 4 = zeer veel. Respondenten kunnen worden vergeleken met de normgroep 'aselect gekozen mannelijke Leidse inwoners van 16 tot 71 jaar' (Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1982).

Zie voor nadere psychometrische gegevens van bovengenoemde meetinstrumenten Appendix A.

1.3.5. Tot slot

Onderzoek naar de effecten van woedebeheersingstrainingen en sociaal vaardigheidstrainingen afzonderlijk vonden vooral plaats in de periode van 1980 tot 2000. Een probleem bij het formuleren van theorieën over woede en sociaal incompetent gedrag was de afwezigheid van betrouwbare, valide en genormeerde meetinstrumenten waarmee de beperkingen van agressieve delinquenten geoperationaliseerd konden worden. Vanaf het jaar 2000 hebben effectstudies in toenemende mate betrekking op multimodale trainingen met een training woedebeheersing, sociale vaardigheden of moreel redeneren als onderdeel. Afgelopen decennium is meer onderzoek gedaan naar het verband tussen morele rijpheid en agressief of crimineel gedrag. Er zijn echter geen effectstudies bekend die betrekking hebben op een afzonderlijke training moreel redeneren. Vooral eerdere onderzoeken naar de kenmerken van agressieve delinquenten en naar de effecten van monomodale trainingen voor agressiebeheersing vertonen methodologische tekortkomingen. Dit geldt in mindere mate voor recenter onderzoek naar de effecten van multimodale trainingen (Lipsey, 2006, 2009).

Het oorspronkelijke format van de Aggression Replacement Training lijkt aangewezen voor delinquenten met een relatief lage score op psychopathie die vooral reactief agressief gedrag vertonen. Delinquenten met een relatief hoge psychopathiescore, die vooral proactief agressief gedrag vertonen, kunnen van de training profiteren als de uitvoering aan deze subgroep wordt aangepast. Hoogscorders zouden tijdens het onderdeel woedebeheersing geconfronteerd kunnen worden met de afwezigheid van emoties. Tevens kunnen zij bij het onderdeel moreel redeneren worden gewezen op de maatschappelijke consequenties van (proactief) agressief gedrag. Hoogscorders op psychopathie beschikken vaak over voldoende sociale vaardigheden. Ze houden echter geen rekening met het leed van hun slachtoffer en onderschatten de mogelijkheid dat ze (weer) met justitie in aanraking komen.

Voor het meting van gedragstekorten en gedragsverandering bij agressieve delinquenten waren tot voor kort geen betrouwbare, valide en genormeerde meetinstrumenten beschikbaar. Een aantal bestaande instrumenten bleek bruikbaar voor evaluatie van gedragsverandering bij deze populatie, maar normgroepen ontbraken vaak.

Ook werd duidelijk dat de vaak bij studenten ontwikkelde subschalenstructuur van zelf-rapportage vragenlijsten niet geschikt is voor personen die gekenmerkt worden door agressief gedrag. Afgelopen jaren is hierin mede door eigen onderzoek verbetering gebracht. Er zijn nieuwe instrumenten ontwikkeld voor die determinanten van agressief gedrag waarvoor betrouwbare, valide en genormeerde meetinstrumenten ontbraken. Voor meting van persoonlijkheidskenmerken bleken betrouwbare, valide en genormeerde instrumenten voorhanden.

2 Dynamische criminogene en protectieve factoren

2.1 Samenvatting en conclusies

We operationaliseren de criminogene *behoeften* met behulp van dimensionele, op empirisch onderzoek gebaseerde persoonlijkheidstrekken (Burke & Hart, 2000) en concrete probleemgedragingen (Daffern & Howells, 2007).

Adolescente en volwassen patiënten met een geweldsdelict scoren significant hoger op de persoonlijkheidstrek neuroticisme en significant lager op de trekken openheid, altruïsme en consciëntieusheid dan een normgroep niet-klinische volwassen mannen. Ze scoren ook significant hoger op woede als trek. Patiënten hebben minder sociale angst en meer sociale vaardigheden in grenzenstellende situaties (bijvoorbeeld kritiek geven), maar ze vermijden toenaderend gedrag (bijvoorbeeld iemand een compliment geven) vanwege sociale angst.

Adolescente patiënten scoren, vergeleken met (V)MBO-leerlingen, hoger op vijandigheid, maar niet hoger op agressief gedrag. Ze hebben minder angst in situaties waarin kritiek gegeven kan worden en zetten dit gedrag ook vaker in. Autochtone en allochtone patiënten verschillen daarin niet van elkaar.

Poliklinische en klinische patiënten met een geweldsdelict kunnen met behulp van de twee factoren van de Psychopathy-Checklist-Revised verdeeld worden in vier groepen. Groep 1 (afgewezen mannen) heeft meer sociale angst en minder sociale vaardigheden dan de andere drie groepen. Groep 2 (populaire mannen) wijkt wat betreft neuroticisme niet af van een niet-klinische normgroep. Bij groep 3 (sociopaten) is (fysieke) agressie uitsluitend gerelateerd aan neuroticisme en niet aan sociale angst. De patiënten van groep 4 (psychopaten) scoren bovengemiddeld op neuroticisme, lager op sociale angst en hoger op sociale vaardigheden dan een niet-klinische normgroep.

In paragraaf 2.2. wordt een groep adolescente en volwassen patiënten vergeleken met niet-klinische normgroepen op persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen. In paragraaf 2.3 gaat het om een vergelijking van een groep adolescente patiënten met een groep (V)MBO-leerlingen. Tenslotte komen in paragraaf 2.4 de individuele verschillen aan bod in een gecombineerde groep van klinische en poliklinische patiënten met een geweldsdelict.

2.2 Adolescente en volwassen patiënten vergeleken met normgroepen

Methode

Patiënten

In deze studie (Hornsveld, Nijman, & Kraaimaat, 2008) onderzochten we 200 adolescente en volwassen patiënten (allen mannen) die op een forensisch psychiatrische polikliniek een verplichte behandeling moesten vanwege een geweldsdelict. Hun gemiddelde leeftijd was 23.4 jaar ($SD = 9.36$; bereik: 16-51 jaar).

Meetinstrumenten

Voor het meten van persoonlijkheidstrekken gebruikten we de NEO-Five Factor Inventory (Hoekstra, Ormel & De Fruyt, 1996) en de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares & Spielberger, 1982). Voor het meten van agressief of sociaal competent gedrag werd gebruik gemaakt van de Attributie Vragenlijst (ATV; Hornsveld, Nijman & Kraaimaat, 2002), de Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), de Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1994; Hornsveld, Muris, & Kraaimaat, 2011) en de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000b). Zie voor meer informatie over de meetinstrumenten Appendix A.

Procedure

De vragenlijsten werden individueel en onder toezicht afgenomen voorafgaande aan de Agressiehanteringstherapie. Patiënten kregen daarvoor een vergoeding van € 7.

Statistische analyse

De gemiddelde scores van de patiënten op de NEO-FFI, ZAV en IOA werden vergeleken met de gemiddelde scores van normgroepen middels one-sample t-toetsen (Tabel 3.1), waarbij een Bonferroni-correctie werd toegepast ($\alpha = .05 / 18 = .003$).

Resultaten

Uit het onderzoek van kwam naar voren dat de onderzochte patiënten vergeleken met normgroepen significant hoger scoorden op Neuroticisme en significant lager op Openheid, Altruïsme en Consciëntieusheid (NEO-FFI) dan de normgroep. Ze scoorden ook significant hoger dan de normgroep op Woede als trek (ZAV), maar verschilden wat betreft sociale angst en sociale vaardigheden (IOA) daar niet van (Tabel 2.1).

Tabel 2.1. *Vergelijking van patiënten (N = 200) met normgroepen.*

Meetin- strument	Subschalen	Normgroe- pen <i>M (SD)</i>	Patiënten <i>M (SD)</i>	Patiënten ver- geleken met normgroepen
NEO-FFI	Neuroticisme	29.6 (7.8)	32.0 (8.2)	$t(199) = 4.1^*$
	Extraversie	39.8 (6.5)	40.9 (5.5)	$t(199) = 2.9$
	Openheid	35.4 (6.6)	33.9 (5.3)	$t(199) = -4.1^*$
	Altruïsme	42.5 (5.1)	39.3 (5.3)	$t(199) = -8.5^*$
	Consciëntieusheid	45.3 (5.7)	43.8 (6.5)	$t(199) = -3.3^*$
ZAV	Woede als trek	17.3 (5.4)	21.1 (7.4)	$t(199) = 7.1^*$
IOA	Totaal	70.5 (17.8)	65.6 (23.4)	$t(199) = -2.9$
Sociale angst	Kritiek geven	19.0 (5.2)	14.1 (5.5)	$t(199) = -12.4^*$
	Mening geven	12.6 (4.0)	11.4 (4.6)	$t(199) = -3.8^*$
	Iemand complimenteren	5.3 (2.2)	6.9 (3.7)	$t(199) = 6.0^*$
	Contact leggen	9.6 (3.3)	9.7 (3.7)	$t(199) = 0.3$
	Jezelf complimenteren	7.7 (2.7)	7.3 (3.2)	$t(199) = -1.8$
IOA	Totaal	111.3 (15.8)	113.2 (22.8)	$t(199) = 1.2$
Sociale vaardig- heden	Kritiek geven	18.0 (4.6)	21.6 (5.2)	$t(199) = 9.6^*$
	Mening geven	18.9 (3.5)	18.7 (4.5)	$t(199) = -0.8$
	Iemand complimenteren	16.2 (2.7)	14.7 (3.5)	$t(199) = -6.0^*$
	Contact leggen	15.8 (3.1)	15.7 (4.1)	$t(199) = -0.3$
	Jezelf complimenteren	11.7 (3.0)	12.7 (3.6)	$t(199) = 3.9^*$

Noot: NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen. * $p < .003$ (tweezijdig).

2.3 Adolescente patiënten vergeleken met (V)MBO-leerlingen

Methode

Patiënten en leerlingen

Dit onderzoek (Hornsveld, Cuperus, De Vries, & Kraaimaat, 2007) werd uitgevoerd bij 119 gewelddadige adolescenten en 161 (V)MBO leerlingen (allen mannen) die vanwege een geweldsdelict veroordeeld waren tot een verplichte behandeling op het Dok. Hun gemiddelde leeftijd bedroeg 16.93 jaar ($SD = 1.48$; bereik: 15-20 jaar). Van de patiënten was 40.3% autochtoon en 59.7% allochtoon. De gemiddelde leeftijd van de leerlingen was 17.35 jaar ($SD = 1.08$; bereik: 16-20 jaar). Van de leerlingen was 50.9% autochtoon en 49.1% allochtoon.

Meetinstrumenten

De Psychopathy Checklist-Revised (Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002), de NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996) en

de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982) werden gebruikt voor het meten van persoonlijkheidstrekken. Van de NEO-FFI werden in dit onderzoek alleen de subschalen Neuroticisme en Altruïsme gebruikt. Voor het meten van de agressief of sociaal competent gedrag werd gebruik gemaakt van de Aangepaste versie van de Picture-Frustration Study (PFS-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007), de Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), de Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1994; Hornsveld, Muris, & Kraaimaat, 2011) en de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000b). Van de laatste vragenlijst werden in dit onderzoek alleen de subschalen Kritiek geven en Compliment geven gebruikt. Zie voor meer informatie over de meetinstrumenten Appendix A.

Procedure

De vragenlijsten werden individueel en onder toezicht bij de patiënten afgenomen direct na afloop van het intakegesprek of aan het begin van de behandeling. Het invullen van de vragenlijsten werd vergoed met € 7. Bij de leerlingen werden de vragenlijsten klassikaal en onder toezicht afgenomen. Zij kregen daarvoor een vergoeding van € 10.

Statistische analyse

Patiënten en leerlingen werden onderverdeeld in vier subgroepen: autochtone patiënten ($N = 48$), allochtone patiënten ($N = 71$), autochtone leerlingen ($N = 82$) en allochtone leerlingen ($N = 79$). De subgroepen werden met elkaar vergeleken met behulp van Anova's, aangezien beide groepen van elkaar verschilden in leeftijd [$F(3,276) = 5.45$; $p < .001$]. Vanwege het aantal vergelijkingen werd een Bonferroni correctie toegepast ($\alpha = .05 / 13 = .004$).

Resultaten

Bij het vergelijken van de patiënten met de leerlingen werd een hoofdeffect gevonden bij vijandigheid (PFS-AV). De patiënten scoorden hierop significant hoger dan de leerlingen. Vergeleken met de leerlingen rapporteerden de patiënten significant minder sociale angst (IOA Sociale angst) in situaties waarin kritiek kan worden gegeven en in situaties waarin een compliment kan worden gemaakt. Ze rapporteerden ook meer sociale vaardigheden (IOA Sociale vaardigheden) in situaties waarin kritiek kan worden gegeven. Bij een vergelijking van de autochtone met de allochtone adolescenten bleek een hoofdeffect dat de autochtone adolescenten significant meer sociale vaardigheden (IOA Sociale vaardigheden) rapporteerden dan de allochtone adolescenten in situaties waarin een compliment gegeven kan worden (Tabel 2.2).

De vier subgroepen werden met elkaar vergeleken op die meetinstrumenten waarbij de eerder genoemde Ancova's resulteerden in een interactie-effect. Bij de vergelijkingen tussen de vier subgroepen werd een α van .006 aangehouden (.05 : 8 ver-

gelijkingen). Er werden op geen enkel meetinstrument significante verschillen gevonden tussen de autochtone en allochtone patiënten.

Bij een vergelijking van de autochtone patiënten met de autochtone leerlingen scoorden de autochtone patiënten significant hoger op Woede als trek [ZAV: $F(2,127) = 6.07$; $p < .006$], op vijandigheid [PFS-AV: $F(2,127) = 21.17$; $p < .006$] en op de sociale vaardigheid kritiek geven [IOA Sociale vaardigheden: $F(2,127) = 6.46$; $p < .006$]. Een vergelijking van de allochtone patiënten met de allochtone leerlingen resulteerde in een significant hogere score voor de allochtone patiënten op Altruïsme [NEO-FFI: $F(2,147) = 11.77$; $p < .006$] en een significant lagere score op agressief gedrag [NAS: $F(2,147) = 5.70$; $p < .006$] dan voor de allochtone leerlingen. De allochtone patiënten rapporteerden, vergeleken met de allochtone leerlingen, significant minder sociale angst [IOA Sociale angst: $F(2,147) = 11.28$; $p < .006$] en meer sociale vaardigheden [IOA Sociale vaardigheden: $F(2,147) = 5.91$; $p < .006$] in situaties waarin iemand een compliment gegeven kan worden.

Bij een vergelijking van de autochtone met de allochtone leerlingen bleek dat de autochtone leerlingen significant hoger scoorden op Altruïsme [NEO-FFI: $F(2,158) = 12.59$; $p < .006$], lager op Vijandigheid [PFS-AV: $F(2,158) = 7.30$; $p < .006$] en lager op agressief gedrag [NAS: $F(2,158) = 7.41$; $p < .006$] dan de allochtone leerlingen. Vergeleken met de allochtone leerlingen rapporteerden de autochtone leerlingen significant minder sociale angst [IOA Sociale angst: $F(2,158) = 7.88$; $p < .006$] en meer sociale vaardigheden [IOA Sociale vaardigheden: $F(2,158) = 18.50$; $p < .006$] in situaties waarin iemand een compliment gegeven kan worden (Tabel 2.2).

2.4 Individuele verschillen

2.4.1 Kenmerken van vier subgroepen

Methode

Patiënten

Dit deelonderzoek (Hornsveld, Hollin, Nijman, & Kraaimaat, 2007) had betrekking op 133 klinische en 176 poliklinische patiënten die een verplichte behandeling moesten volgen vanwege een geweldsdelict. De gemiddelde leeftijd van de klinische patiënten (terbeschikkinggestelden) bedroeg 35.31 jaar ($SD = 8.90$; bereik = 21-63 jaar), die van de poliklinische patiënten 22.61 jaar ($SD = 8,39$; bereik = 16-48 jaar).

Samenstelling van subgroepen

De subgroepen werden als volgt gedefinieerd (Tabel 2.3): subgroep 1 ('afgewezen mannen') met factor 1 < 10 en factor 2 < 10 (gemiddelde PCL-R score: 12.54, $SD =$

3.97); subgroep 2 ('populaire mannen') met factor 1 ≥ 10 en factor 2 < 10 (gemiddelde PCL-R score: 19.68, $SD = 3.25$); subgroep 3 ('sociopaten') met factor 1 < 10 en factor 2 ≥ 10 (gemiddelde PCL-R score: 20.15, $SD = 3.53$) en subgroep 4 ('psychopaten') met factor 1 ≥ 10 en factor 2 ≥ 10 (gemiddelde PCL-R score: 26.47, $SD = 3.97$).

Meetinstrumenten

De Psychopathy Checklist-Revised (Vertommen, Verheul, De Rooter, & Hildebrand, 2002), de NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996) en de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982) werden gebruikt voor het meten van persoonlijkheidstrekken. Van de NEO-FFI werden alleen de subschalen Neuroticisme en Altruïsme gebruikt. Voor het meten van de agressief of sociaal competent gedrag werd gebruik gemaakt van de Aangepaste versie van de Attributie Vragenlijst (ATV; Hornsveld, Nijman & Kraaimaat, 2002), de Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), de Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1994; Hornsveld, Muris, & Kraaimaat, 2011) en de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000b). Bij de IOA werden voor dit onderzoek twee speciale subschalen samengesteld: De subschaal 'Grenzenstellend gedrag' bestond uit de subschalen Kritiek geven en Aandacht vragen voor de eigen mening en de subschaal 'Toenaderend gedrag' uit de subschalen Waardering voor een ander uitspreken en Initiatief nemen tot contact. Zie voor meer informatie over de meetinstrumenten Appendix A.

Statistische analyse

De gemiddelde scores van de subgroepen op de NEO-FFI, ZAV en IOA werden vergeleken (tweezijdig) met de gemiddelde scores van de normgroepen met behulp van one-sample t-toesten, waarbij een Bonferroni correctie werd toegepast ($\alpha = .05$: 7 subschalen = .007).

Procedure

De vragenlijsten werden individueel bij de patiënten afgenomen voorafgaande aan de Agressiehanteringstherapie. Ze kregen daarvoor € 5.

Resultaten

De vier subgroepen vergeleken met normgroepen

De subgroepen 1 (afgewezen mannen) en 3 (sociopaten) scoorden significant hoger dan de normgroep op neuroticisme (NEO-FFI). Alle vier subgroepen scoorden significant lager op altruïsme (NEO-FFI). De subgroepen 1, 3 en 4 (psychopaten) scoorden significant hoger op woede als trek (ZAV).

Tabel 2.2. *Vergelijkingen tussen patiënten en leerlingen en tussen autochtonen en allochtonen, gecontroleerd voor leeftijd.*

Meetin- strument	Factoren of sub- schalen	Autochtonen	Allochtonen	Ancova (<i>F</i>)			
		<i>M</i> (<i>SD</i>)	<i>M</i> (<i>SD</i>)	Patiënten vs. leer- lingen	Autocht. vs. al- locht.	Interactie	Leeftijd
PCL-R	Totaal				0.04		0.13
	Patiënten	18.72 (5.55)	18.40 (5.86)				
	Factor 1				3.46		0.58
	Patiënten	9.26 (3.14)	10.40 (3.47)				
NEO-FFI	Factor 2				5.19*		0.05
	Patiënten	9.09 (2.86)	7.73 (3.14)				
	Neuroticisme			0.48	0.05	0.09	2.68
	Patiënten	30.05 (9.56)	29.58 (7.06)				
ZAV	Leerlingen	30.24 (7.42)	31.00 (6.72)				
	Altruïsme			0.97	0.61	10.60***	12.95***
	Patiënten	38.50 (4.88)	40.51 (4.59)				
	Leerlingen	40.86 (4.80)	38.14 (4.44)				
PFS-AV	Woede als trek			4.28*	0.00	7.29**	0.75
	Patiënten	20.93 (7.78)	18.60 (6.43)				
	Leerlingen	17.06 (4.50)	19.33 (6.22)				
AVL	Totaal			10.14***	0.08	34.43***	0.30
	Patiënten	37.44 (12.41)	33.37 (11.06)				
	Leerlingen	27.28 (4.72)	30.65 (6.56)				
NAS	Totaal			1.62	0.66	5.03*	4.13*
	Patiënten	89.19 (22.20)	81.19 (17.77)				
	Leerlingen	80.70 (15.78)	84.70 (16.25)				
NAS	Woede			0.15	0.03	9.22***	3.68
	Patiënten	91.73 (18.09)	84.93 (19.17)				

Agressiehanteringstherapie voor gewelddadige poliklinische patiënten

	Leerlingen	85.85 (12.26)	93.04 (15.10)				
IOA So- ciale angst	Kritiek geven			26.19***	1.54	1.19	0.21
	Patiënten	13.88 (6.11)	13.89 (5.65)				
	Leerlingen	16.43 (4.29)	18.00 (4.59)				
	Compliment geven			13.98***	5.58*	4.04*	0.71
	Patiënten	7.42 (3.95)	7.47 (4.22)				
	Leerlingen	8.23 (4.30)	10.57 (3.56)				
IOA So- ciale vaardig- heden	Kritiek geven			8.60***	0.93	4.04*	0.62
	Patiënten	22.56 (5.22)	20.89 (5.49)				
	Leerlingen	19.65 (3.78)	20.22 (4.41)				
	Compliment geven.			1.47	12.11***	13.01***	0.12
	Patiënten	14.23 (3.42)	14.35 (3.58)				
	Leerlingen	15.28 (2.68)	12.26 (3.52)				

Noot. PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst; PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL = Agressie Vragenlijst; NAS = Novaco Anger Scale; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .004$ (tweezijdig).

Tabel 2.3. *Verdeling van de verschillende subgroepen over settings.*

Subgroep	Setting						Totaal		
	Klinische patiënten			Poliklinische patiënten			N	Leeftijd <i>M (SD)</i>	Per- cen- tage
	<i>N</i>	Leeftijd <i>M (SD)</i>	Percen- tage	<i>N</i>	Leeftijd <i>M (SD)</i>	Percen- tage			
1 (afgewezen mannen)	35	37.54 (9.40)	11.33	55	22.78 (10.12)	17.80	90	28.52 (12.18)	29.13
2 (populaire mannen)	12	46.42 (8.65)	3.88	45	22.00 (6.87)	14.56	57	27.12 (12.36)	18.45
3 (sociopaten)	36	32.42 (7.15)	11.65	18	24.44 (9.40)	5.83	54	29.76 (8.75)	17.47
4 (psychopaten)	50	33.16 (7.34)	16.18	58	22.38 (7.42)	18.77	108	27.37 (9.12)	34.95
Totaal	133	35.31 (8.90)	43.04	176	22.61 (8.39)	56.96	309	28.07 (10.69)	100.00

Tabel 2.4.1. Vier subgroepen vergeleken met normen.

Meetinstru- menten	Subschalen	Norm- groepen	Subgroep 1: afgewezen man- nen ($N = 90$)		Subgroep 2: populaire mannen ($N = 57$)	
			$M (SD)$	$M (SD)$	T	$M (SD)$
NEO-FFI	Neuroticisme	29.6 (7.8)	34.57 (8.94)	$t(89) = 5.27^*$	30.18 (8.10)	$t(56) = 0.54$
	Altruïsme	42.5 (5.1)	40.00 (5.54)	$t(89) = -4.28^*$	40.63 (4.24)	$t(56) = -3.33^*$
ZAV	Trek	17.2 (5.3)	21.38 (8.54)	$t(89) = 4.49^*$	18.89 (6.42)	$t(56) = 1.95$
IOA Sociale	Grenzenstellend	31.6 (9.2)	27.92 (9.72)	$t(89) = -3.45^*$	23.77 (9.28)	$t(56) = -6.14^*$
Angst	Toenaderend ge-	14.9 (5.5)	17.89 (6.28)	$t(89) = 4.33^*$	15.58 (7.28)	$t(56) = 0.69$
IOA Sociale	Grenzenstellend	36.9 (8.1)	37.92 (7.66)	$t(89) = 1.23$	41.26 (10.91)	$t(56) = 2.91^*$
Vaardighe-	Toenaderend ge-	32.0 (5.8)	29.00 (6.14)	$t(89) = -4.58^*$	31.36 (7.78)	$t(56) = -0.59$

Noot. NEO-FFI = Neo Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

* $p < .007$ (tweezijdig).

Tabel 2.4.2. Vier subgroepen vergeleken met normen

Meetinstru- menten	Subschalen	Norm- groepen <i>M (SD)</i>	Subgroep 3 (sociopaten) (<i>N</i> = 54)		Subgroep 4 (psychopaten) (<i>N</i> = 108)	
			<i>M (SD)</i>	<i>T</i>	<i>M (SD)</i>	<i>T</i>
NEO-FFI	Neuroticisme	29.6 (7.8)	33.30 (7.52)	<i>t</i> (53) = 3.61 *	31.39 (7.55)	<i>t</i> (107) = 2.46
	Altruïsme	42.5 (5.1)	39.57 (4.91)	<i>t</i> (53) = -4.38*	39.06 (5.57)	<i>t</i> (107) = -6.41*
ZAV	Trek	17.2 (5.3)	21.41 (8.32)	<i>t</i> (53) = 3.36*	20.90 (9.00)	<i>t</i> (107) = 3.99*
IOA Sociale angst	Grenzenstellend	31.6 (9.2)	25.64 (9.56)	<i>t</i> (53) = -4.41*	24.52 (8.63)	<i>t</i> (107) = -8.28*
	Toenaderend ge-	14.9 (5.5)	15.20 (5.46)	<i>t</i> (53) = .39	15.75 (6.34)	<i>t</i> (107) = 1.35
IOA Sociale vaardigheden	Grenzenstellend	36.9 (8.1)	43.00 (8.32)	<i>t</i> (53) = 5.29*	42.38 (9.29)	<i>t</i> (107) = 5.99*
	Toenaderend ge-	32.0 (5.8)	32.35 (5.75)	<i>t</i> (53) = .43	31.26 (6.90)	<i>t</i> (107) = -1.09

Noot. NEO-FFI = Neo Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

* $p < .007$ (tweezijdig).

Alle vier de subgroepen scoorden significant lager op sociale angst in situaties waarin grenzenstellend gedrag kan worden vertoond. De subgroepen 2 (populaire mannen), 3 en 4 rapporteerden significant meer sociale vaardigheden (IOA Sociale vaardigheden) in deze situaties. Subgroep 1 was de enige subgroep die significant hoger scoorde op sociale angst en significant lager op sociale vaardigheden in toenaderende situaties. Van de vragenlijsten voor vijandigheid (ATV) en agressief gedrag (AVL) waren geen normen beschikbaar, zodat het niet mogelijk was te onderzoeken in hoeverre de verschillende subgroepen in deze gedragingen verschilden van normalen (Tabel 2.4.1 en 2.4.2).

Versillen tussen subgroepen

We gebruikten een ANCOVA om de vier subgroepen met elkaar te vergelijken (tweezijdig), waarbij een Bonferroni correctie werd toegepast ($\alpha = .05 : 9$ (sub)schalen = .006). Tussen de subgroepen werden geen verschillen gevonden in woede als trek (ZAV), vijandigheid (ATV) en agressief gedrag (AVL Totaal). Significante verschillen werden gevonden in neuroticisme (NEO-FFI) [$F(3,305) = 4.39; p < .006$] en in sociale vaardigheden in grenzenstellende situaties (IOA) [$F(3,305) = 5.00; p < .006$]. Wanneer we deze resultaten verder analyseerden bleek dat subgroep 1 significant hoger scoorde op neuroticisme (NEO-FFI) dan subgroep 2 [$F(1,145) = 9.05; p < .006$] en subgroep 4 [$F(1,196) = 7.35; p < .006$]. De patiënten van subgroep 1 rapporteerden minder sociale vaardigheden in grenzenstellende situaties (IOA) dan de patiënten van subgroep 3 [$F(1,142) = 13.36; p < .006$] en van subgroep 4 [$F(1,196) = 12.96; p < .006$].

2.4.2 Determinanten van agressief gedrag

Methode

In dit deelonderzoek (Hornsveld, Hollin, Nijman, & Kraaimaat, 2007) werden voor elke subgroep correlaties berekend tussen agressief gedrag en neuroticisme, altruïsme, woede als trek, vijandigheid, en sociale angst of sociale vaardigheden in grenzenstellende of toenaderende situaties. Doel was om met behulp van regressie analyse voor elke subgroep de relaties vast te stellen tussen bepaalde trekken en gedragingen. Patiënten, meetinstrumenten en procedure waren identiek aan onderzoek 2.3.1.

Resultaten

Correlaties tussen scores op vragenlijsten

De totaalscore op agressief gedrag (AVL Totaal) correleerde significant positief (respectievelijk .44, .42, .39, en .46, alle p 's $< .01$) met neuroticisme (NEO-FFI), significant positief (respectievelijk .67, .63, .54, en .53, alle p 's $< 0,01$) met woede als trek (ZAV)

en significant negatief (respectievelijk $-.51$, $-.55$, $-.39$, en $-.48$, alle p 's $< .01$) met altruïsme (NEO-FFI) bij elke subgroep. Agressief gedrag (AVL Totaal) correleerde significant positief met vijandigheid (ATV) bij de subgroepen 1 en 4 (respectievelijk $.57$ en $.41$, beide p 's $< .01$) en bij de subgroepen 2 en 3 (respectievelijk $.36$ en $.30$, beide p 's $< .05$). Tussen agressief gedrag (AVL Totaal) en sociale angst of sociale vaardigheden in grenzenstellende of toenaderende situaties werden geen significante correlaties gevonden met uitzondering van een positieve correlatie ($.23$, $p < .05$) bij subgroep 1 met sociale angst in toenaderende situaties (IOA).

Fysieke agressie (AVL Fysieke agressie) correleerde significant positief [respectievelijk $.21$ ($p < .05$), $.34$ ($p < .05$) en $.25$ ($p < .01$)] met neuroticisme (NEO-FFI) bij de subgroepen 1, 2 en 4, en significant negatief [respectievelijk $-.40$ ($p < .01$), $.54$ ($p < .01$), $-.32$ ($p < .05$) en $.36$ ($p < .01$)] met altruïsme (NEO-FFI) bij elke subgroep. Bij alle subgroepen werden significant positieve correlaties (respectievelijk $.57$, $.60$, $.46$ en $.46$, alle p 's $< .01$) gevonden met woede als trek (ZAV). Significant positieve correlaties (respectievelijk $.51$, $.46$, $.42$, alle p 's $< .01$) werden ook gevonden tussen fysieke agressie (AVL Fysieke agressie) en vijandigheid (ATV) bij de subgroepen 1, 2 en 4. Tussen fysieke agressie (AVL Fysieke agressie) en sociale angst of sociale vaardigheden in grenzenstellende of toenaderende situaties werden geen significante correlaties gevonden, met uitzondering van positieve correlatie ($.26$, $p < .05$) bij subgroep 1 met sociale vaardigheden in grenzenstellende situaties (IOA).

Regressie analyses van agressief gedrag

Verschillende multiple regressie analyses werden uitgevoerd om te onderzoeken hoe agressief gedrag (AVL Totaal en AVL Fysieke agressie) werd voorspeld door neuroticisme en door sociale angst of sociale vaardigheden in grenzenstellende of toenaderende situaties (Tabel 2.5). Bij subgroep 1 (afgewezen mannen) werd agressief gedrag (AVL Totaal) positief voorspeld door neuroticisme (NEO-FFI) en door grenzenstellende vaardigheden (IOA), en negatief door toenaderende vaardigheden (IOA). Fysieke agressie (AVL Fysieke agressie) bleek positief te worden voorspeld door sociale vaardigheden in grenzenstellende en negatief door sociale vaardigheden in toenaderende situaties (IOA). Agressief gedrag (AVL Totaal) werd bij subgroep 2 (populaire mannen) positief voorspeld door neuroticisme (NEO-FFI), door sociale angst in toenaderende situaties en door sociale vaardigheden in grenzenstellende situaties (IOA). Fysieke agressie bleek positief te worden voorspeld door neuroticisme (NEO-FFI) en door grenzenstellende sociale vaardigheden (IOA), en significant negatief door sociale angst en sociale vaardigheden in toenaderende situaties (IOA).

Tabel 2.5. *Samenvatting regressie analyses van (fysieke) agressie.*

Meetinstrumenten	Subschalen	AVL Totaal: Gestandaardiseerde coëfficiënten (β)				AVL Fysieke agressie: Gestandaardiseerde coëfficiënten (β)			
		Subgroep 1: afgewe- zen man- nen ($N = 90$)	Subgroep 2: popu- laire man- nen ($N = 57$)	Subgroep 3: socio- paten ($N = 54$)	Subgroep 4 (psycho- paten ($N = 108$)	Subgroep 1: afgewe- zen man- nen ($N = 90$)	Subgroep 2: popu- laire man- nen ($N = 57$)	Subgroep 3: socio- paten ($N = 54$)	Subgroep 4: psycho- paten ($N = 108$)
NEO-FFI	Neuroticisme	.37**	.56**	.35*	.47**	.22	.52**	.20	.25*
IOA Sociale angst	Grenzenstellend	.00	-.51	.11	-.15	-.04	-.64*	.07	-.05
	Toenaderend	.12	.58**	.09	.20	.12	.56	.13	.13
IOA Sociale vaardigheden	Grenzenstellend	.60**	.56**	.16	.26	.63**	.52*	.25	.20
	Toenaderend	-.48**	-.58**	-.03	-.10	-.40*	-.62*	-.03	-.06
R^2		.35	.30	.18	.25	.25	.24	.11	.08
Toetsing		$F(5,89) =$ 8.18**	$F(5,56) =$ 4.11**	$F(5,53) =$ 1.96	$F(5,108) =$ 6.20**	$F(5,89) =$ 4.97**	$F(5,56) =$ 3.00*	$F(5,53) =$ 1.06	$F(5,108) =$ 1.65

Noot. NEO-FFI = Neo Five Factor Inventory; AVL = Agressie Vragenlijst; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen. * $p < .05$; ** $p < .01$. (tweezijdig).

Bij subgroep 3 (sociopaten) werd agressief gedrag (AVL Totaal) positief voorspeld door alleen neuroticisme (NEO-FFI), terwijl er geen voorspellende factor werd gevonden voor fysieke agressie (AVL Fysieke agressie). Agressief gedrag (AVL Totaal) en fysiek agressief gedrag (AVL Fysieke agressie) werden positief voorspeld door neuroticisme (NEO-FFI) bij subgroep 4 (psychopaten).

3 Effectieve behandelmethoden

3.1 Literatuur

In de Verenigde Staten is veel onderzoek verricht naar het effect van cognitief-gedragstherapeutische interventies op recidive, vooral bij criminele jongeren (Lipsey, 1999, 2006, 2009; Lipsey & Wilson, 1998). Lipsey (2009) trok op grond van een nieuwe meta-analyse een drietal conclusies over de factoren die effectieve interventies kenmerken, namelijk: (1) dat counseling en trainingen in sociale vaardigheden effectiever zijn dan controle of dwang, (2) dat interventies bij jongeren met een hoger recidiverisico effectiever zijn dan bij jongeren met een lager recidiverisico en (3) dat interventies effectiever zijn naarmate de kwaliteit ervan hoger is. Bij de tweede conclusie maakt hij overigens de kanttekening dat deze in mindere mate geldt voor jongeren met een agressieve of gewelddadige voorgeschiedenis. De criteria voor hoogwaardige interventies zijn door Andrews (2006) als volgt geformuleerd: (1) gebruik goede risicotaxatie instrumenten, (2) reserveer de interventie voor delinquenten met een gemiddeld of hoog recidiverisico, (3) richt de interventie op de belangrijkste dynamische criminogene factoren, (4) neem voor de interventie het cognitief-gedragstherapeutisch referentiekader als uitgangspunt, (5) zorg voor ondersteuning van behandelaars door het management van de instelling, (6) organiseer supervisie voor behandelaars, en (7) zorg voor een permanente kwantitatieve en kwalitatieve evaluatie.

Howell (2009) noemde elf 'Blueprint programs' die volgens het Center for the Study and Prevention of Violence (CSPV) van de Universiteit van Colorado als effectief konden worden gekwalificeerd. In 2009 waren van twee 'Blueprint programs' replicatiestudies bekend, namelijk Functional Family Therapy (FFT) en Multisystemic Therapy (MST). Washington State besloot in 1999 naast deze twee programma's ook Aggression Replacement Training (ART) nader te onderzoeken bij (fysiek) agressieve jongeren (Barnoski, 2004). In tegenstelling tot FFT en MST is ART ook geschikt voor jongeren in een gesloten instelling en voor jongeren uit gezinnen die niet gemotiveerd zijn om aan een programma deel te nemen. Andere voordelen van ART zijn volgens Guerra, e.a. (2008) dat het programma eenvoudig kan worden aangepast aan verschillende settings en dat het zich specifiek richt op jongeren met manifest agressieve attitudes of gedrag. Uit de evaluatie door het Washington State Institute for Public Policy (WISPP) kwam naar voren dat FFT na achttien maanden resulteert in een afname van recidive met 38% en ART met 24%, mits therapie en training "competent" worden uitgevoerd. Onder "competente" uitvoering verstaat Barnoski (2004) dat de therapeuten of trainers voldoende gekwalificeerd zijn en na een training in de betreffende methode ruime ge-

superviseerde ervaring hebben opgedaan. Zowel voor FFT als ART geldt overigens dat “incompetente” uitvoering juist resulteert in een toename van het recidiverisico. Vanwege implementatieproblemen konden de resultaten met MST niet geëvalueerd worden. Littell, Popa en Forsythe (2005) analyseerden acht effectstudies van MST (bijvoorbeeld: Bourduin, Mann, Cone, Henggeler, Fucci, Blaske, & Williams, 1995) en concludeerden dat de studies uiteenlopende resultaten hebben opgeleverd. De methodisch beste studie liet geen significante verschillen zien tussen MST en de gebruikelijke justitiële interventies. Bovendien hadden de studies betrekking op uiteenlopende probleemgedragingen waaronder seksueel geweld (bijvoorbeeld: Borduin, Henggeler, Blaske, & Stein, 1990) en afhankelijkheid van middelen (bijvoorbeeld: Henggeler, Pickrel, & Brondino, 1999).

ART werd ontwikkeld door Goldstein, Glick en Gibbs (1998). De therapie omvat in principe drie bijeenkomsten van drie kwartier tot anderhalf uur per week gedurende een periode van tien weken en wordt gegeven aan een groep van vier tot acht deelnemers. De training kent de volgende drie onderdelen:

(a) *Anger Control Training*. In dit onderdeel wordt aandacht besteed aan de observatie en interpretatie van het gedrag van anderen, het lichamelijke spanningsniveau, het onderscheiden van emoties en de consequenties van gedrag op korte en lange termijn.

(b) *Skillstreaming*. Deze door Goldstein ontwikkelde sociaalvaardigheidstraining is eveneens gericht op verbetering van observatie en interpretatie van gedrag. Er wordt stilgestaan bij inadequate cognities en hoe deze om te zetten in adequate gedachten. Daarnaast oefenen de deelnemers via rollenspelen nieuwe sociale vaardigheden of verbeteren ze al aanwezige vaardigheden.

(c) *Moral Reasoning Training*. Tijdens deze training discussiëren deelnemers over morele dilemma's om zo meer rekening te leren houden met de rechten van anderen.

Gecontroleerde onderzoeken wezen uit dat ART het gedrag van agressieve of delinquente adolescenten in verschillende settings significant verbetert. Een aangepaste versie van ART voor jongens en meisjes in een opvangcentrum bleek te resulteren in een afname van antisociaal gedrag. Dit gedrag was geoperationaliseerd als inbreuk op huisregels, sociale normen of iemands persoonlijk eigendom, of agressie jegens het fysieke of psychische welbevinden van anderen (Nugent, Bruley & Allen, 1999).

McGuire en Clark (2004) vermeldden een ongepubliceerd onderzoek van Sugg (2000) naar de resultaten van het “Wiltshire ART” programma voor volwassen delinquenten met een geweldsdelict. Dit programma omvat 18 bijeenkomsten van twee maal 55 minuten, onderbroken door een korte pauze. De frequentie van de bijeenkom-

sten was één of twee keer per week. Elk van de drie ART-onderdelen kwam gedurende 11 bijeenkomsten van 55 minuten aan de orde. Van de onderzochte 153 delinquenten maakten er 74 de training af en haakte de rest voortijdig af. Het percentage recidivisten was in de groep die de training afmaakte 20.4% en in de groep die voortijdig afhaakte 65.0%. In een vergelijkbare groep delinquenten die alleen begeleiding door de reclassering kregen, bedroeg het percentage van degenen die zich aan de aanwijzingen van de reclassering hielden 34.5% en van degenen die zich aan de begeleiding hadden onttrokken 60.0%. Vanwege het hoge percentage afhakers veronderstelden McGuire en Clark (2004) dat de "Wiltshire ART" geschikt is voor delinquenten met een gemiddeld recidiverisico dan voor delinquenten met een hoog recidiverisico. Huiselijk geweldplegers waren van de training uitgesloten. Voor hen werd een alternatief ontwikkeld.

Het effect van de "Wiltshire ART" bij volwassen mannen werd ook bestudeerd door Hatcher, Palmer, McGuire, Hounscome, Bilby en Hollin (2010). Zij vergeleken het recidivecijfer van 53 gewelddadige delinquenten die de training gevolgd hadden met dat van 53 gematchte delinquenten zonder training. Van de experimentele groep voltooiden slechts 15 delinquenten de training, terwijl 13 vroegtijdig afhaakten en 25 al helemaal niet aan de training begonnen. Twintig delinquenten van de experimentele groep en 27 delinquenten van de controlegroep bleken na een periode van tien maanden opnieuw te zijn veroordeeld. De nieuwe veroordelingen betroffen in 51.1% van de gevallen geweldsdelicten. De onderzoekers erkenden dat de grootte van hun steekproef nogal klein was en constateerden dan ook dat hun studie "has provided some evidence for the efficacy of the ART programme within community settings with aggressive adult offenders".

Tot op heden is er nauwelijks gepubliceerd over Nederlands onderzoek naar het effect van gedragsveranderende interventies bij criminele adolescenten (Nederlands Jeugdinstuut, www.nji.nl/eCache/DEF/1/07/088.html). Van Manen, Prins en Emmelkamp (2004) onderzochten het effect van een "sociaal cognitief interventie programma" voor agressieve jongens door een vergelijking te maken met een sociaalvaardigheidstraining en een wachtlijst controlegroep. De in totaal 97 jongens (9-13 jaar) waren verwezen naar een psychiatrische polikliniek, hadden een (oppositieele) gedragsstoornis en scoorden 85 of hoger op de WISC-R. De jongens waren als volgt over de drie condities verdeeld: 42 volgden het programma, 40 de training en 15 vormden de controle groep. Zowel het programma als de training resulteerde in een significante toename van prosociaal gedrag en een significante afname van agressief gedrag. Na een periode van een jaar konden eveneens positieve veranderingen in gedrag geconstateerd worden. Voor het meten van de gedragsveranderingen werd ge-

bruik gemaakt van instrumenten voor de jongens, hun ouders en hun onderwijzers. De auteurs noemen als beperkingen van hun onderzoek de deels ontbrekende data bij de follow-up en de relatief kleine controle groep.

Nas, Brugman en Koops (2005) evalueerden een aan ART verwant programma (EQUIP; Gibbs, 1995) bij een groep jeugdige gedetineerden. Na afronding van de behandeling rapporteerden de jongeren minder cognitieve vervormingen dan een controlegroep die "care as usual" kreeg aangeboden, maar niet meer sociale vaardigheden. De onderzoekers constateerden dat de jeugdige delinquenten die voortijdig afhaakten niet verschilden van degenen die de behandeling afmaakten in intelligentie, leeftijd, moreel besef, cognitieve vervormingen, sociale vaardigheden en "social information processing". Het onderzoek betrof echter jongeren die slechts voor een deel een geweldsdelict hadden gepleegd.

Uit de hierboven genoemde studies blijkt dat ART en verwante cognitief-gedragstherapeutische interventies resulteren in een afname van agressief gedrag in een toename van prosociaal gedrag, en bij delinquenten in een afname van recidiverisico. Deze veranderingen zijn geconstateerd bij zowel adolescenten als volwassenen, in zowel ambulante als klinische settings en bij zowel vrijwillige als verplichte deelnemers. Effect groottes blijken kleiner bij delinquenten dan bij niet-delinquenten jongeren met gedragsstoornissen en groter bij delinquenten die de ART ambulant volgen dan bij delinquenten die in een gesloten setting verblijven. Alle studies kenden echter de nodige beperkingen. Zo is niet duidelijk in hoeverre deelnemers vooral reactief agressief gedrag vertoonden en hoe de uitvoering van de interventies werd aangepast bij deelnemers die zich ook proactief agressief gedroegen.

FFT en MST zijn mogelijk alternatieven voor ART bij jongeren tot 16 jaar van wie de ouders bereid zijn om aan de behandeling mee te werken. Dan kan ook aan inadequate gezinsinteracties aandacht besteed worden. Bereidwillige ouders kunnen gezien worden als een protectieve factor die waarschijnlijk de gunstige effectgroottes van deze interventies verklaart (Lipton, Pearson, Cleland, & Yee, 2003). Recent onderzoek toonde aan dat adolescenten cannabis verslaafden vanaf 16 jaar aanzienlijk meer profiteerden van een cognitieve gedragstherapie dan van multidimensionale gezinstherapie (Hendriks, Van der Schee & Blanken, 2012). De onderzoekers veronderstelden dat deze groep adolescenten zich in een overgangsfase bevindt van leven in gezinsverband naar leven op zichzelf en daarom minder profiteren van interventies die gericht op het gezin als geheel. Of deze veronderstelling ook van toepassing is op de door onderzocht groep adolescenten zal toekomstig onderzoek echter moeten uitwijzen.

3.2 Agressiehanteringstherapie (AHT)

Opzet

De therapie omvat vijftien wekelijkse bijeenkomsten van anderhalf uur en drie terugkombijeenkomsten (Hornsveld, Van Dam-Baggen, Leenaars, & Jonkers, 2004; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007; Hornsveld & Kraaimaat, 2011; Hornsveld, Kraaimaat & Zwets, 2012). De behandeling wordt gegeven aan groepen van vijf tot acht deelnemers. Behandelaars beschikken over een draaiboek en deelnemers maken de huiswerkopdrachten in een werkboek (Held zonder geweld; Hornsveld, 2004).

Voorafgaande aan de AHT vindt met elke deelnemer afzonderlijk een kennis-makingsgesprek plaats. Tijdens dit gesprek wordt onder andere een eerder toegezonden informatiefolder toegelicht en worden de doelen die de deelnemer zou willen bereiken gepreciseerd. Aan het eind van het gesprek krijgt de deelnemer een overeenkomst uitgereikt met het verzoek die voor de eerste bijeenkomst door te nemen. In deze overeenkomst staan de rechten en plichten van deelnemers en behandelaars vermeld. Op de eerste bijeenkomst komen behandelaars op deze overeenkomst terug, kunnen eventuele vragen worden beantwoord en wordt de deelnemers ten slotte gevraagd mondeling of schriftelijk in te stemmen.

De AHT kent de volgende onderdelen:

- (1) Woedebeheersing (week 1 tot en met 5): Herkennen van en adequaat omgaan met gevoelens als irritatie, boosheid, woede of agressie;
- (2) Sociale vaardigheden (week 6 tot en met 10): Verbeteren of uitbreiden van relevante sociale vaardigheden;
- (3) Moreel redeneren (week 11 tot en met 15): Kennis nemen van gangbare waarden en normen en leren oplossen van morele problemen;
- (4) Zelfregulatie vaardigheden (week 6 tot en met 15): Veranderen van inadequaat aspiratieniveau, zichzelf bekrachtigen voor bereikte resultaten en programma's;
- (5) Terugkombijeenkomsten (bijvoorbeeld week 20, 25 en 30): Evaluatie en rapportage.

In afwijking van de Aggression Replacement Training wordt bij het onderdeel *Woedebeheersing* gebruik gemaakt van de zogenaamde vijf G's (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag en gevolg). Gebeurtenis (observatie) en gedachte (interpretatie) worden de eerste twee bijeenkomsten geoefend aan de hand van de informatiebrochure 'Observeren'. Tijdens de derde bijeenkomst worden manieren om lichamelijke spanning te verlagen geïnventariseerd. Gevoel en gevolg komen achtereenvolgens aan bod op de vierde en vijfde bijeenkomst. Dit gebeurt aan de hand van oefensituaties in het werkboek en situaties die door de deelnemers op eerdere bijeenkomsten zijn inge-

bracht.

Bij het onderdeel *Sociale vaardigheden* wordt in plaats van Goldstein's Skillstreaming gebruik gemaakt van de door Van Dam-Baggen & Kraaimaat (2000a) geformuleerde specifieke vaardigheden en een vereenvoudigde versie van de door hen gevolgde werkwijze (zie verder paragraaf 5.1). Bovendien zijn aan de onderdelen 2 en 3 oefeningen voor *Zelfregulatie vaardigheden* (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000a) toegevoegd, teneinde generalisatie van het geleerde gedrag naar nieuwe situaties te bevorderen (zie verder paragraaf 5.2).

Het onderdeel *Moreel redeneren* omvat vijf bijeenkomsten waarin morele probleemsituaties bediscussieerd worden. Met behulp van rollenspelen worden probleemsituaties verder uitgewerkt. Daarnaast krijgen deelnemers de opdracht mee om een moreel probleem op te lossen en daarvan verslag te doen in de huiswerkmap.

Tijdens de drie *terugkombijeenkomsten* wordt met de deelnemers besproken hoe ze met het geleerde verder zijn gegaan, wordt de opzet van de behandeling geëvalueerd en wordt de rapportage aan de verwijzer besproken. In die rapportage wordt melding gemaakt van de vorderingen die elke deelnemer heeft gemaakt, hun feitelijke aanwezigheid en de kwaliteit van het huiswerk. Ten slotte wordt een certificaat als bewijs van deelname uitgereikt.

Werkwijze

De AHT is zodanig opgezet dat bij de uitvoering de drie principes van Andrews & Bonta (2003), namelijk Criminogene behoeften, Recidiverisico en Responsiviteit, kunnen worden gerealiseerd.

(a) *Behoeften*. De AHT is bedoeld om gedragsverandering te bewerkstelligen in de criminogene *behoeften* van gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten op een forensisch psychiatrische polikliniek. Dat zijn volgens het onderzoek zoals dat is beschreven in hoofdstuk 2: (1) psychische labiliteit, (2) antisociale attitude, (3) sterke neiging tot het ervaren van woede, (4) sterke sociale angst en beperkte sociale vaardigheden in situaties waarin toenaderingsgedrag vertoond kan worden, (4) beperkte sociale angst en inadequate sociale vaardigheden in situaties waarin grenzenstellend gedrag vertoond kan worden en (5) bij laagscorders op psychopathie vooral reactief en bij hoogscorders vooral proactief agressief gedrag.

(b) *Recidiverisico*. Bij dit principe hanteren we de score op psychopathie uitgangspunt, omdat deze persoonlijkheidstrek een goede voorspeller is van toekomstig gewelddadig gedrag en dus van recidiverisico (Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005). Ook ons onderzoek (Hornsveld, Hollin, Nijman & Kraaimaat, 2007) bevestigde de bevindingen van Porter en Woodworth (2006) dat delinquenten met een relatief lage psychopathie score vooral reactief maar incidenteel ook proactief agressief gedrag ver-

tonen, terwijl delinquenten met een relatief hoge psychopathiescore zowel proactief als reactief agressief gedrag vertonen. Als een deelnemer bij het oefenen van een potentiële conflictsituatie geneigd is om proactief agressief gedrag te vertonen, wijken we af van de gebruikelijke werkwijze door de deelnemer te confronteren met de afwezigheid van 'normale' emoties en het besef van de consequenties op de lange termijn voor zowel zichzelf als voor het slachtoffer.

(c) *Responsiviteit*. De werkwijze kan worden aangepast aan het niveau en de mogelijkheden van de deelnemers. Zo wordt van de deelnemers gevraagd vijf sociale vaardigheden te oefenen en daarover gedurende langere tijd te rapporteren. Daarnaast wordt verwacht dat ze voor drie nieuwe gedragingen zelf een programma opstellen en uitvoeren. Blijkt deze werkwijze voor deelnemers te zwaar, dan kan besloten worden om voor minder sociale vaardigheden te kiezen en daar langer mee te oefenen. Hetzelfde geldt voor het opstellen en uitvoeren van programma's voor een individueel doelgedrag: soms blijkt slechts één programma haalbaar en moet daarmee het principe van zelfregulatie door behandelaars worden gedemonstreerd en door de deelnemers geoefend.

3.3 Klinische praktijk

Bij de poliklinische patiënten was deelname aan de AHT direct of indirect door de rechter opgelegd. Toch moesten zij nogal eens van verdere deelname worden uitgesloten vanwege ongeoorloofde afwezigheid. De medewerkers van de jeugdreclassering slaagden er vooral bij adolescenten vaak niet in patiënten te bewegen de therapie te blijven volgen, zelfs als dit (hernieuwde) detentie tot gevolg kon hebben. Het resultaat was dat 31.17% van de 77 volwassen poliklinische patiënten en 49.59% van de 123 adolescente poliklinische patiënten hun behandeling voortijdig staakten.

Vooraf adolescenten hadden moeite zelfstandig huiswerk te maken. Helaas bleek het niet mogelijk voor deze groep wekelijks een extra bijeenkomst te organiseren voor het begeleiden bij het maken van de huiswerkopdrachten, onder meer omdat de patiënten ook regelmatig bij de jeugdreclasserders werden verwacht.

De patiënten deden over het algemeen actief mee tijdens het onderdeel *Woedebeheersing*. De analyse van hun agressieve gedrag bleek voor de meeste patiënten informatief. Tegelijkertijd was dit onderdeel niet bedreigend, omdat nog geen gedragsverandering werd verlangd. Naarmate het onderdeel vorderde constateerden de behandelaars dat de patiënten steeds vaker in staat bleken relevante probleemsituaties te benoemen.

In de praktijk leverde het onderdeel *Sociale vaardigheden* en het onderdeel

Zelfregulatie vaardigheden de meeste problemen op (zie verder paragraaf 5.3).

Bespreking van morele dilemma's tijdens het onderdeel *Moreel redeneren* wees uit dat veel patiënten zich vijandig en wantrouwend opstelden ten opzichte van andere mensen. Sommigen meldden een uitzondering te maken voor naaste familieleden. Uit hun dossiers bleek echter vaak dat zich ook in de familiesfeer ernstige conflicten hadden voorgedaan. De behandelaars constateerden dat de meeste patiënten slechts met de grootste moeite verandering konden brengen in hun argwanende en bagatelliserende attitude.

Evaluatie van de therapie leverde nogal eens sociaal wenselijke antwoorden op. Sommigen bleven echter volharden in het standpunt dat ze onterecht in de groep waren ingedeeld, en er evenmin iets van hadden opgestoken. De patiënten gaven wel nuttige informatie waar het de opzet van de therapie betrof. Zo bleken voor velen de informatiebrochures lastig te volgen.

4 Vaardigheden

4.1 Onderdeel Sociale vaardigheden

Bij het onderdeel Sociale vaardigheden van de AHT (bijeenkomst 6 t/m 10) wordt de werkwijze van Van Dam-Baggen & Kraaimaat (2000a) aangehouden. Als onderdeel van het huiswerk voor de vijfde bijeenkomst kunnen de deelnemers vijf sociale vaardigheden kiezen uit een lijst van twaalf, te weten: (1) contact maken, (2) een situatie beëindigen, (3) een verzoek doen, (4) verzoek weigeren, (5) reageren op een weigering, (6) kritiek geven, (7) reageren op kritiek, (8) je mening geven, (9) voor jezelf opkomen, (10) compliment geven, (11) waardering uitspreken over jezelf en (12) reageren op een compliment. In de zesde tot en met de tiende bijeenkomst worden van de hieruit samengestelde groepsrangorde vijf vaardigheden geoefend. Voor de eerste vaardigheid die aan bod komt, wordt de deelnemers gevraagd op een vijfpuntsschaal aan te geven hoeveel spanning ze ervaren in vijf algemeen geformuleerde situaties met betrekking tot deze vaardigheid. De deelnemers oefenen in de bijeenkomst met de situatie die hun de minste spanning geeft. In de daaropvolgende bijeenkomsten wordt steeds geoefend met situaties die de deelnemers zelf voorafgaand aan de bijeenkomst bedacht hebben, situaties die te maken hebben met de vaardigheid die in de betreffende bijeenkomst aan de orde komt. Per te oefenen gedrag bedenken ze steeds vijf oefensituaties van 'makkelijk' naar 'moeilijk'. Voorafgaand aan het oefenen worden de doelen ('Wat wil je bereiken?') van en criteria ('Waar let je op?') voor die vaardigheid geïnventariseerd, waarna de deelnemers een hand-out krijgen van mogelijke doelen en criteria. Zowel tijdens de bijeenkomst als bij het huiswerk beginnen deelnemers te oefenen met 'makkelijke' situaties, dat wil zeggen situaties die weinig spanning geven. Daarna wordt per bijeenkomst door de deelnemer de hiërarchie verder afgewerkt.

4.2 Onderdeel Zelfregulatie vaardigheden

Het onderdeel *Zelfregulatie vaardigheden* is eveneens ontleend aan Van Dam-Baggen & Kraaimaat (2000a). Aan de hand van de informatiebrochure 'Eisen, activiteiten en waardering', leren deelnemers hun belemmerende (dat wil zeggen vooral te hoge of te vage) eisen op te sporen en deze bij te stellen. Ten slotte oefenen ze met het maken van een programma voor het oefenen van nieuw gedrag (individueel doelgedrag). Na het oefenen van een stap in een programma (een oefensituatie), maken de deelnemers een verslag in de huiswerkmap. Daarbij worden ze gestimuleerd zichzelf te bekrachtigen als het beoogde doel bereikt is, of anders hun eisen te verlagen en de situa-

tie opnieuw te oefenen.

4.3 Klinische praktijk

Tijdens het onderdeel *Sociale vaardigheden* bleek dat veel patiënten meenden over voldoende vaardigheden te beschikken en dat ze die adequaat toepasten. Behandelaars stelden vast dat de probleemsituaties van de patiënten merendeels handelden om autoriteitsfiguren. Vrijwel alle groepen kozen dan ook voor oefening van 'grenzstellende' sociale vaardigheden als kritiek geven, weigeren, reageren op een weigering en dergelijke. 'Toenaderende' sociale vaardigheden, zoals contact leggen en compliment geven, werden veel minder vaak gekozen. Behandelaars gingen daarom soms gedeeltelijk voorbij aan de keuze van de patiënten. Zij lieten hen niet alleen 'grenzstellende' maar ook 'toenaderende' vaardigheden oefenen, zoals iemand complimenteren of een gesprek beginnen. Bij patiënten met een relatief lage psychopathiescore lag het accent op het aanleren van nieuwe vaardigheden, bij patiënten met een relatief hoge psychopathiescore op het corrigeren van aanwezige vaardigheden.

Bij de *Zelfregulatie vaardigheden* bleek hoeveel moeite patiënten ondervonden om toepassing van het geleerde vol te houden, en zichzelf nieuwe vaardigheden aan te leren. Vrijwel altijd werd formulering van een concreet doel en onderverdeling daarvan in haalbare tussenstappen belemmerd door de hoge eisen die de patiënten aan zichzelf stelden.

5 Evaluatie en effectmeting

5.1 Samenvatting en conclusies

Evaluatie van de AHT leert dat patiënten die voortijdig afhaken hoger op de PCL-R factor Antisociaal gedrag scoren dan de patiënten die de therapie voltooien. De afhakers zullen eerder recidiveren omdat deze factor een goede voorspeller is van toekomstig gewelddadig gedrag (Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005). Vergeleken met de voormeting scoren de patiënten tijdens de nameting significant lager op vijandigheid, agressief gedrag, woede en sociale angst. Een follow-up meting levert hetzelfde resultaat op. Het *effect* van de AHT kan worden vastgesteld als ook tijdens de intake gemeten wordt. De wachttijd tot aan het begin van de groep is dan de controle conditie. Tijdens de wachtlijstperiode veranderen de patiënten niet. Degenen die de therapie afmaken vertonen na afloop significant minder fysiek agressief gedrag dan aan het begin van de therapie. Deze resultaten zijn in lijn met die van het ART-onderzoek in de staat Washington.

Een evaluatie van de AHT bij een groep volwassen en adolescentie patiënten met een geweldsdelict wordt beschreven in paragraaf 5.2. Een effectstudie bij een groep adolescentie patiënten komt aan de orde in paragraaf 5.3.

5.2 Evaluatie bij adolescentie en volwassen patiënten

Methode

Patiënten

Het onderzoek (Hornsveld, Nijman & Kraaimaat, 2008) werd uitgevoerd bij 200 gewelddadige adolescenten en volwassenen die waren veroordeeld tot een verplichte behandeling op forensisch psychiatrische polikliniek het Dok. Hun gemiddelde leeftijd bedroeg 23.39 jaar ($SD = 9.41$; bereik: 16-51 jaar). De patiënten hadden een (oppositieel-opstandige) gedragsstoornis als hoofddiagnose op as I of, als ze 18 jaar of ouder waren, een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II van de DSM IV (American Psychiatric Association, 1994).

Meetinstrumenten

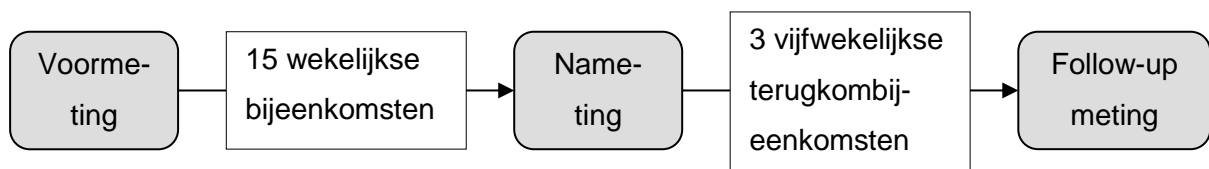
De Psychopathy Checklist-Revised (Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002), de NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996) en de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982) werden gebruikt voor het meten van persoonlijkheidstrekken. Voor het meten van de agressief of sociaal competent gedrag werd gebruik gemaakt van de Attributie Vragen-

lijst (ATV; Hornsveld, Nijman, & Kraaimaat, 2002), de Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), de Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1994; Hornsveld, Muris, & Kraaimaat, 2011) en de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000b). Van de laatste vragenlijst werden in dit onderzoek alleen de subschalen Kritiek geven en Compliment geven gebruikt. Zie voor meer informatie over de meetinstrumenten Appendix A.

Onderzoeksdesign

De patiënten vulden de vragenlijsten in direct voorafgaande aan het begin van de therapie, direct na afloop van de laatste wekelijkse bijeenkomst en direct na afloop van de laatste terugkombijeenkomst (Figuur 5.1).

Figuur 5.1. *Onderzoeksdesign evaluatie.*



Procedure

Het invullen van de vragenlijsten werd vergoed met € 7. De PCL-R scores voor de patiënten werden berekend op basis van de Pro Justitia rapportage en het intakegesprek. Voormeting en nameting konden met elkaar vergeleken worden bij 92 patiënten, en voor- en follow-up meting bij 21 patiënten.

Statistische analyse

De verschillen in persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen tussen de patiënten die de groep afmaakten en de patiënten die voor tijdig afhaakten werden eenzijdig getoetst. Hetzelfde gold voor de verschillen tussen voor- en nameting en tussen voor- en follow-up meting ($\alpha = .05$ of $.01$).

Resultaten

De AHT werd geëvalueerd door de scores van de patiënten tijdens de voormeting, de nameting en de follow-up meting (direct na de laatste terugkombijeenkomst) met elkaar te vergelijken (Hornsveld, Nijman & Kraaimaat, 2008).

Afmakers versus afhakers

De afhakers hadden significant hogere scores op psychopathie en dan met name op factor Antisociaal gedrag van de PCL-R. Ze scoorden significant lager op altruïsme (NEO-FFI) en significant hoger op woede (NAS) (Tabel 5.1).

Tabel 5.1. *Afmakers (N = 115) vergeleken met afhakers (N = 85).*

Meetinstru- ment	Subschalen	Afmakers <i>M (SD)</i>	Afhakers <i>M (SD)</i>	<i>t</i>
PCL-R	Psychopathie	17.91 (5.71)	20.27 (5.75)	$t(198) = -2.90 (p = .004)^{**}$
	Gebruik maken van anderen	9.54 (3.59)	10.66 (3.27)	$t(198) = -2.27 (p = .024)^*$
	Antisociaal gedrag	8.01 (3.08)	9.24 (3.17)	$t(198) = -2.77 (p = .006)^{**}$
NEO-FFI	Neuroticisme	31.72 (7.82)	32.30 (8.42)	$t(198) = -0.50 (p = .615)$
	Altruïsme	39.86 (5.13)	38.10 (5.23)	$t(198) = 2.38 (p = .018)^*$
ZAV	Woede als trek	21.07 (7.42)	21.10 (7.51)	$t(198) = -0.03 (p = .978)$
ATV	Vijandigheid	46.06 (15.91)	48.58 (14.72)	$t(198) = -0.98 (p = .328)$
AVL	Agressie	87.25 (19.66)	91.44 (22.41)	$t(198) = -1.31 (p = .193)$
	Fysieke agressie	29.30 (7.56)	30.94 (8.13)	$t(198) = -1.36 (p = .176)$
NAS	Woede	89.69 (18.45)	95.97 (18.67)	$t(198) = -2.13 (p = .035)^*$
IOA	Sociale angst	65.88 (24.06)	65.09 (20.01)	$t(198) = 0.21 (p = .831)$
	Sociale vaardigheden	113.03 (21.70)	110.70 (24.83)	$t(198) = 1.57 (p = .530)$

Noot: PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; NEO-FFI = Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst; PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL = Agressie Vragenlijst; NAS = Novaco Anger Scale; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen. * $p < .05$; ** $p < .01$ (éénzijdig).

Tabel 5.2. Evaluatie van de AHT bij poliklinische patiënten (voor-, na- en follow-up metingen).

Instru- stru-	Subschalen	Voormeting <i>M (SD)</i>	Nameting <i>M (SD)</i>	Voor- vs. nameting (<i>N</i> = 92)	Voormeting <i>M (SD)</i>	F.u. meting <i>M (SD)</i>	Voor- vs. f.u. meting (<i>N</i> = 21)
ATV	Totaal	45.2 (15.3)	41.2 (14.3)	<i>t</i> (91) = 2.7**	52.7 (17.1)	42.8 (11.3)	<i>t</i> (20) = 2.2*
AVL	Totaal	87.2 (21.5)	82.2 (20.9)	<i>t</i> (91) = 2.7**	97.6 (24.8)	91.3 (19.8)	<i>t</i> (20) = 1.4*
	Fysieke agressie	29.2 (8.2)	26.8 (7.4)	<i>t</i> (91) = 3.3**	31.2 (9.5)	29.8 (7.7)	<i>t</i> (20) = 0.4
	Verbale agressie	15.2 (3.6)	14.8 (3.3)	<i>t</i> (91) = 1.0	16.4 (4.2)	15.5 (3.0)	<i>t</i> (20) = 1.2
	Woede	20.1 (6.1)	19.1 (6.0)	<i>t</i> (91) = 1.8*	23.9 (6.9)	20.6 (6.4)	<i>t</i> (20) = 2.6**
	Vijandigheid	22.8 (6.4)	21.5 (6.8)	<i>t</i> (91) = 2.0*	26.2 (7.4)	25.4 (7.1)	<i>t</i> (20) = 0.5
NAS	Deel A	90.0 (18.8)	86.4 (16.8)	<i>t</i> (91) = 2.3*	96.6 (23.5)	90.8 (15.7)	<i>t</i> (20) = 1.6*
IOA	Sociale angst	66.6 (23.6)	60.8 (23.3)	<i>t</i> (91) = 2.1*	73.7 (17.6)	76.1 (22.5)	<i>t</i> (20) = -0.6
	Sociale vaardigheden	113.1 (21.1)	115.4 (25.3)	<i>t</i> (91) = -0.9	103.7 (18.6)	111.5 (17.4)	<i>t</i> (20) = -2.2*

Noot: ATV = Attributie Vragenlijst; AVL = Agressie Vragenlijst; NAS = Novaco Anger Scale; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

* $p < .05$; ** $p < .01$ (éénzijdig).

Gedragsverandering

Vergeleken met de voormeting scoorden de patiënten tijdens de nameting significant lager op vijandigheid (ATV), agressief gedrag (AVL), woede (NAS) en sociale angst (IOA) en tijdens de follow-up significant lager op vijandigheid (ATV), Agressief gedrag (AVL) en Woede, maar significant hoger op sociale vaardigheden (IOA) (Tabel 5.2).

5.3 Effectmeting bij adolescente patiënten

Methode

Patiënten en leerlingen

Het onderzoek (Hornsveld & Kraaimaat, 2009; Hornsveld, Kraaimaat & Zwets, 2012) werd uitgevoerd bij 123 gewelddadige adolescenten die waren veroordeeld tot een verplichte behandeling op een forensisch psychiatrische polikliniek. Hun gemiddelde leeftijd bedroeg 17.35 jaar ($SD = 1.82$; bereik: 15-21 jaar). De patiënten hadden een (oppositieel-opstandige) gedragsstoornis als hoofddiagnose op as I of, als ze 18 jaar of ouder waren, een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II van de DSM IV (American Psychiatric Association, 1994).

De 160 leerlingen volgden een (voorbereidende) middelbare beroepsopleiding op een regionaal opleidingscentrum te Rotterdam (Albeda College). Hun gemiddelde leeftijd was 17.35 jaar ($SD = 1.08$; bereik: 16-20 jaar).

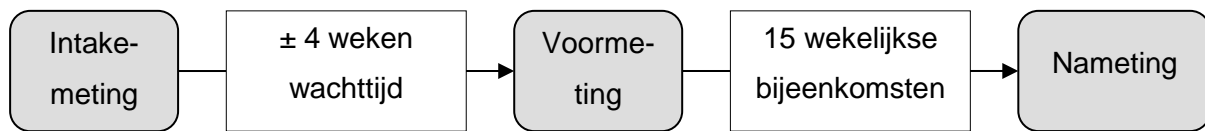
Meetinstrumenten

De Psychopathy Checklist-Revised (Vertommen, Verheul, De Ruiters, & Hildebrand, 2002), de NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996) en de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982) werden gebruikt voor het meten van persoonlijkheidstrekken. Voor het meten van de agressief of sociaal competent gedrag werd gebruik gemaakt van de Aangepaste versie van de Picture-Frustration Study (PFS-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007), de Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), de Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1994; Hornsveld, Muris, & Kraaimaat, 2011) en de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000b). Van de laatste vragenlijst werden in dit onderzoek alleen de subschalen Kritiek geven en Compliment geven gebruikt. Zie voor meer informatie over de meetinstrumenten Appendix A.

Onderzoeksdesign

Een deel van de patiënten op de polikliniek vulden de vragenlijsten direct na de intake, aan het begin en na afloop van de wekelijkse bijeenkomsten in. Ze hoefden de vragenlijsten na de follow-up meting niet in te vullen (Figuur 5.2).

Figuur 5.2. *Onderzoeksdesign effectonderzoek.*



Procedure

Het invullen van de vragenlijsten werd vergoed met € 7. De PCL-R scores voor de patiënten werden berekend op basis van de Pro Justitia rapportage en het intakegesprek. Bij de leerlingen werden de vragenlijsten klassikaal afgenomen. Zij kregen daarvoor een vergoeding van € 10. Intake en voormeting konden met elkaar vergeleken worden bij 73 patiënten, en voor- en nameting bij 62 patiënten.

Statistische analyse

Vanwege het exploratieve karakter van het onderzoek werd bij het berekenen van het significantieniveau in plaats van de nogal conservatieve Bonferroni correctie de door Narum (2006) ontwikkelde 'B-Y methode False Discovery Rate' toegepast. De verschillen in persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen tussen de patiënten die de groep afmaakten en de patiënten die voor tijdig afhaakten werden eenzijdig getoetst ($\alpha = .05 / 3.003 = .017$). Een tweezijdige toetsing vond plaats bij het bepalen van eventuele verschillen in probleemgedragingen van de patiënten tussen de intake en de voormeting ($\alpha = .05 / 2.45 = .020$). Voor het bepalen van eventuele verschillen in probleemgedragingen van patiënten tussen voor- en nameting werd weer eenzijdig getoetst ($\alpha = .020$). De scores op de vragenlijsten tijdens de nameting werden opnieuw vergeleken met die van de leerlingen middels een tweezijdige toetsing ($\alpha = .020$).

Resultaten

Afmakers versus afhakers

Patiënten die de therapie afmaakten bleken in leeftijd niet significant te verschillen van patiënten die voortijdig afhaakten. De laatste groep scoorde significant hoger op psychopathie (PCL-R) dan de eerste, vooral op de factor Antisociaal gedrag (Tabel 5.3).

Gedragsverandering

De 73 patiënten van wie de gegevens van de intake en van de voormeting (wachttijdperiode) beschikbaar veranderden in de periode tussen beide metingen niet significant in vijandigheid (PFS-AV), agressief gedrag (AVL), sociale angst (IOA) en sociale vaardigheden (IOA). Woede gemeten met de NAS nam echter significant toe (Tabel 5.4). De gegevens van voor- en nameting konden worden vergeleken bij 62 patiënten (Tabel 5.5). Uit die vergelijking kwam naar voren dat deze 62 patiënten tijdens de nameting significant lager scoorden op (fysieke) agressie (AVL).

Tabel 5.3. *Afmakers (N = 62) vergeleken met afhakers (N = 61).*

Meetinstrument	Subschalen	Afmakers <i>M (SD)</i>	Afhakers <i>M (SD)</i>	<i>t</i>	Cohen's <i>d</i>
PCL-R	Psychopathie	16.68 (5.57)	19.40 (5.51)	$t(121) = -2.67 (p = .006)$	-.49
	Gebruik maken van anderen	9.12 (3.48)	9.81 (3.19)	$t(121) = -1.18 (p = .140)$	-.21
	Antisociaal gedrag	7.46 (2.83)	9.23 (3.17)	$t(121) = -3.26 (p < .001)$	-.59
NEO-FFI	Neuroticisme	29.56 (6.68)	30.34 (8.60)	$t(121) = -0.56 (p = .290)$	-.10
	Altruïsme	40.18 (4.28)	38.98 (5.06)	$t(121) = 1.40 (p = .082)$.25
ZAV	Woede als trek	19.13 (6.33)	20.37 (7.83)	$t(121) = 0.95 (p = .173)$	-.17
PFS-AV	Vijandigheid	33.51 (12.03)	36.73 (10.31)	$t(121) = -1.56 (p = .061)$	-.28
AVL	Agressie	82.56 (20.67)	86.97 (20.07)	$t(121) = -1.20 (p = .117)$	-.22
	Fysieke agressie	28.39 (7.69)	29.28 (8.56)	$t(121) = -0.61 (p = .271)$	-.11
NAS	Woede	87.05 (18.38)	91.28 (18.77)	$t(121) = -1.24 (p = .110)$	-.23
IOA	Sociale angst	66.68 (26.67)	64.80 (21.87)	$t(121) = 0.41 (p = .340)$.07
	Sociale vaardigheden	115.32 (22.15)	108.41 (25.13)	$t(121) = 1.57 (p = .060)$.29

Noot: $\alpha = .017$. PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; NEO-FFI = Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst; PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL = Agressie Vragenlijst; NAS = Novaco Anger Scale; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

Tabel 5.4. *Intake vs. voormeting (N = 73).*

Meetinstru- ment	Subschalen	Intakemeting <i>M (SD)</i>	Voormeting <i>M (SD)</i>	Intake vs. voormeting	Cohen's <i>D</i>
PFS-AV	Vijandigheid	33.22 (9.58)	34.16 (11.49)	$t(72) = -0.85$ ($p = .396$)	-.13
AVL	Agressie	90.00 (27.88)	85.59 (21.57)	$t(72) = 1.52$ ($p = .134$)	.21
	Fysieke agressie	33.01 (18.47)	29.48 (8.19)	$t(72) = 1.73$ ($p = .088$)	.36
NAS	Woede	87.52 (17.35)	90.81 (19.32)	$t(72) = -2.43$ ($p = .018$)*	-.29
IOA	Sociale angst	71.43 (28.73)	68.07 (25.80)	$t(72) = 1.72$ ($p = .089$)	.24
	Sociale vaardigheden	112.42 (25.19)	112.32 (25.18)	$t(72) = 0.04$ ($p = .970$)	.01

Noot: $\alpha = .020$. PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL = Agressie Vragenlijst; NAS = Novaco Anger Scale; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

Tabel 5.5. *Voor- vs. nameting (N = 62).*

Meetinstru- ment	Subschalen	Voormeting <i>M (SD)</i>	Nameting <i>M (SD)</i>	Voor- vs. na-meting	Cohen's <i>D</i>
PFS-AV	Vijandigheid	33.34 (12.30)	30.84 (12.27)	$t(61) = 1.62$ ($p = .056$)	.25
AVL	Agressie	82.56 (20.67)	78.90 (20.32)	$t(61) = 1.68$ ($p = .050$)	.21
	Fysieke agressie	28.39 (8.02)	26.45 (7.46)	$t(61) = 2.21$ ($p = .016$)*	.28
NAS	Woede	87.29 (18.31)	83.98 (16.74)	$t(61) = 1.56$ ($p = .058$)	.21
IOA	Sociale angst	65.36 (26.24)	57.74 (22.75)	$t(61) = 2.09$ ($p = .021$)	.31
	Sociale vaardigheden	115.88 (22.22)	116.93 (29.75)	$t(61) = -0.28$ ($p = .393$)	-.04

Noot: $\alpha = .020$. PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL = Agressie Vragenlijst; NAS = Novaco Anger Scale; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

Tabel 5.6. *Nameting van patiënten (N = 62) vergeleken met meting van leerlingen (N = 160).*

Meetinstru- ment	Subschalen	Nameting patiën- ten <i>M (SD)</i>	Leerlingen <i>M (SD)</i>	Nameting patiënten vs. leerlingen	Cohen's <i>D</i>
PFS-AV	Vijandigheid	30.84 (12.27)	28.91 (5.88)	$t(220) = 1.70 (p = .090)$.22
AVL	Agressie	78.90 (20.32)	82.45 (16.44)	$t(220) = -1.35 (p = .178)$	-.19
	Fysieke agressie	26.45 (7.46)	27.16 (7.10)	$t(220) = -0.59 (p = .556)$	-.09
NAS	Woede	83.98 (16.74)	89.27 (14.28)	$t(220) = -2.51 (p = .013)^*$	-.34
IOA	Sociale angst	57.74 (22.75)	83.46 (23.58)	$t(220) = -7.31 (p < .001)^*$	-1.11
	Sociale vaardigheden	116.93 (29.75)	107.44 (16.96)	$t(220) = 2.95 (p = .004)^*$.39

Noot: $\alpha = .020$. PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL = Agressie Vragenlijst; NAS = Novaco Anger Scale; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

Tenslotte vergeleken we de nameting van de patiënten met de meting van de leerlingen (Tabel 5.6). De patiënten bleken na afloop van de behandeling niet te verschillen van de leerlingen in vijandigheid (PFS-AV) en agressief gedrag (AVL). Wel scoorden ze significant lager op woede (NAS). Bovendien scoorden ze significant lager op sociale angst (IOA) en significant hoger op sociale vaardigheden (IOA).

6 Selectie van patiënten

Patiënten werden verwezen naar de Agressiehanteringstherapie (AHT) op forensisch psychiatrische polikliniek het Dok door de (jeugd)reclassering, die zorg bleef dragen voor de continuïteit in de hele begeleiding en behandeling van de delinquent. Een specifiek onderdeel van die behandeling, de AHT, werd dus uitbesteed aan de polikliniek. Ten tijde van het onderzoek was deze therapie het enige aanbod op het Dok voor forensisch psychiatrische patiënten die door de rechter waren verplicht een behandeling te volgen vanwege een niet-seksueel geweldsdelict. FFT en MST ontbraken toen nog.

Om te kunnen deelnemen aan de AHT moesten patiënten lijden aan een (oppositieel-opstandige) gedragsstoornis (16 tot 18 jaar) of een cluster B persoonlijkheidsstoornis (18 jaar en ouder). Verder was het noodzakelijk dat ze de Nederlandse taal enigszins beheersten in woord en geschrift. Het bleek dat slechts enkele van de aangemelde patiënten moesten worden uitgesloten wegens acute psychotische problematiek, middelenafhankelijkheid, slechte beheersing van de Nederlandse taal of niet kunnen functioneren in een groep. Daders van seksueel geweld werden ook niet tot de therapie toegelaten.

Vanwege het exploratieve karakter van het onderzoek, was het beleid om zoveel mogelijk delinquenten met een geweldsdelict tot de therapie toe te laten. Dit betekende dat patiënten met uiteenlopende delicten, zoals mishandeling, dreiging met geweld, diefstal met geweld, maar ook huiselijk geweld, vandalisme en brandstichting, aan de AHT deelnamen. Tijdens het intakegesprek waren in de regel de aangemelde patiënt, de verwijzer en bij minderjarigen één of beide ouders aanwezig. Mede aan de hand van dossiergegevens kon direct de indicatie voor de AHT worden gesteld. Deze indicatiestelling werd vervolgens formeel bevestigd in een multidisciplinair team waarvan tenminste een psychiater en een psycholoog deel uit maakten. In een aantal gevallen werd tijdens het intakegesprek een consult bij de psychiater voorgesteld, omdat de aangemelde patiënt waarschijnlijk zou kunnen profiteren van psychofarmacologische behandeling naast de AHT. Dit voorstel werd echter door vrijwel alle patiënten van de hand gewezen.

Aanvankelijk is de therapie ook aangeboden aan patiënten die op basis van vrijwilligheid naar het Dok waren verwezen. Na verloop van tijd werd hiermee gestopt, omdat deze patiënten zonder uitzondering voortijdig afhaakten. De therapie bleek voor hen te zwaar en/of hun motivatie was te gering. Zij kregen als alternatief een individuele behandeling aangeboden. Na aanvang van het onderzoek kwamen de verwijzingen al snel op gang, kon elke twee of drie maanden een groep geformeerd worden en hoefden patiënten niet lang te wachten voordat ze aan de therapie konden deelnemen.

7 Fasering, intensiteit en duur

Bij de ontwikkeling van de Agressiehanteringstherapie moest rekening worden gehouden met de volgende voorwaarden:

- De lengte van de therapie moet effectonderzoek mogelijk maken;
- De therapie moet toegepast kunnen worden in klinische en poliklinische settings;
- Omdat in klinische settings de duur van een 'therapieblok' 1½ uur bedraagt, kan een bijeenkomst niet langer dan 90 minuten duren;
- Op de polikliniek mag een therapie inclusief huiswerk en reistijd maximaal 40 uur/week aan tijd in beslag nemen;

Op grond van deze voorwaarden is gekozen voor 15 wekelijkse en drie vijfwekelijkse bijeenkomsten van elk 1½ uur. Tijdens de wekelijks bijeenkomsten komen achtereenvolgens de aan de Aggression Replacement Training ontleende onderdelen Woedebeheersing, Sociale vaardigheden en Moreel redeneren aan de orde. Deze onderdelen sluiten aan op de dynamische criminogene factoren zoals die uit ons onderzoek naar voren zijn gekomen (zie hoofdstuk 3). Elk onderdeel omvat vijf bijeenkomsten. De drie vijfwekelijks terugkombijeenkomsten zijn toegevoegd om te kunnen onderzoeken of eventuele therapieresultaten ook tijdens een follow-up na 15 weken opnieuw vastgesteld kunnen worden. Deelnemers mochten maximaal twee bijeenkomsten missen. Bij geoorloofde afwezigheid kon tijdens een individuele afspraak de opgelopen achterstand worden ingehaald. Bij ongeoorloofde afwezigheid werd contact opgenomen met de reclassering. Indien dit niet tot verbetering leidde werd de patiënt uit de groep verwijderd.

In de praktijk bleek de therapie in deze opzet voor de meeste deelnemers een hele opgave. Het percentage afvallers was dan ook aanzienlijk (bijna 50%), ook al waren deelnemers door de rechter of door de (jeugd)reclassering verplicht de therapie te volgen. Detentie als consequentie van afhaken werd nauwelijks opgelegd.

8 Betrokkenheid en motivatie

Alle patiënten volgden de behandeling in een gedwongen kader en verzetten zich tegen deelname. Motivatie tot deelname werd op de volgende manieren bevorderd:

- Voor het intakegesprek werden niet alleen de patiënt maar ook diens verwijzer uitgenodigd. Bij minderjarige patiënten was bij voorkeur tenminste een van de twee ouders aanwezig.
- Tijdens het intakegesprek werd een verband gelegd tussen de problemen van de patiënt en de doelstelling van de therapie.
- Patiënten kregen hulp aangeboden bij het maken van de huiswerkopdrachten.
- Tijdens de behandeling werd gewenst gedrag bekrachtigd en ongewenst gedrag afgekeurd of genegeerd.
- Zo nodig vond een individueel gesprek plaats als de patiënt gedemotiveerd dreigde te raken en/of tijdens de groepsbijeenkomsten onacceptabel gedrag vertoonde.
- Bij ongeoorloofd verzuim werd contact opgenomen met de verwijzer i.c. de (jeugd)reclassering.

Hulp bij het maken van de huiswerkopdrachten werd vooral aangeboden aan patiënten die moeite hadden met lezen en schrijven, zodat zij zo ook een actieve bijdrage aan de groepsbijeenkomsten konden leveren. Het idee om naast de wekelijkse therapiebijeenkomsten wekelijkse huiswerkbijeenkomsten te organiseren bleek niet haalbaar, onder andere omdat de patiënten ook regelmatig bij de reclassering werden verwacht.

Een complicerende factor bij de minderjarige patiënten was dat ze vaak afkomstig waren uit éénouder gezinnen en door die ouder vaak niet gestimuleerd werden de behandeling te volgen of af te maken. Veel ouders beschouwden de door de rechter opgelegde behandeling dan ook als een justitiële dwaling. Speciale voorlichtingsbijeenkomsten voor ouders werden dan ook zo slecht bezocht dat uiteindelijk van het organiseren ervan werd afgezien.

9 Continuïteit

De Agressiehanteringstherapie werd op het Dok uitgevoerd in een verplicht kader en na verwijzing door de (jeugd)reclassering. De verwijzer bleef verantwoordelijk voor de continuïteit in begeleiding en behandeling als geheel; het onderdeel behandeling werd als het ware uitbesteed aan polikliniek het Dok. Over het verloop van de behandeling, in casu de AHT, werd de (jeugd)reclasseerder als volgt geïnformeerd

(1) Voor het intakegesprek werden niet alleen de patiënt maar ook diens verwijzer uitgenodigd. Bij minderjarige patiënten was bij voorkeur tenminste een van de twee ouders aanwezig. Tijdens het intakegesprek werd de reden van verwijzing besproken, kwamen de problemen zoals die uit de verschillende rapportages en uit de mondelinge toelichting van de verwijzer naar voren kwamen aan de orde en werden doel van en werkwijze bij de AHT besproken. Aan het eind van het intakegesprek liet de intaker patiënt en verwijzer weten of en zo ja op welke termijn de aangemelde patiënt aan de therapie kon deelnemen. De verwijzer kreeg na de formele indicatiestelling in het intake-team een kopie van het intakeverslag.

(2) Na afloop van de therapie ontving de verwijzer een evaluatieverslag dat eerst in de therapiegroep was besproken. Indien nodig volgde in een telefoongesprek met de verwijzer een mondelinge toelichting. In voorkomende gevallen werd een patiënt een vervolgbehandeling op vrijwillige basis aangeboden. Van een dergelijk aanbod werd zonder uitzondering geen gebruik gemaakt.

(3) Tijdens de therapie vond incidenteel overleg plaats tussen verwijzer en AHT-behandelaars. Dit kon zijn op verzoek van de verwijzer, bijvoorbeeld als deze wilde weten hoe het met zijn cliënt ging, of op verzoek van de AHT-behandelaar in geval van verzuim of langdurig provocerend gedrag tijdens de therapiebijeenkomsten.

(4) Met de verwijzende instellingen werden door het Dok intensieve contacten onderhouden. Zo werden presentaties verzorgd bij verwijzende instellingen over doel, methode en resultaten van de AHT en vond twee keer per jaar overleg plaats met de uitleiders van de (jeugd)reclassering te Rotterdam.

10 Interventie-integriteit

Cooke en Philip (2001) noemden tien criteria voor programma-integriteit. Hieronder wordt beschreven hoe bij de Agressiehanteringstherapie (AHT) aan de belangrijkste vijf van deze criteria is voldaan.

(1) *Theoretisch kader.* De AHT is gebaseerd op recent onderzoek naar de determinanten van agressief gedrag bij Nederlandse forensisch psychiatrische patiënten die vanwege een geweldsdelict door de rechter verplicht werden een ambulante behandeling te volgen. Samen met informatie uit internationale publicaties over factoren die bijdragen tot het ontstaan en voortduren van agressief gedrag kon een verandingsmodel worden ontworpen (zie hoofdstuk 1).

(2) *Draai- en werkboek.* De therapie werd uit gevoerd aan de hand van een draaiboek met een gedetailleerde opzet van elke bijeenkomst (Held zonder geweld; Hornsveld, 2004). Het draaiboek bevatte instructies voor behandelaars en oefenmateriaal voor patiënten. De patiënten kregen aan het begin van de therapie een werkboek uitgereikt voor het maken van de huiswerkopdrachten (zie hoofdstuk 4).

(3) *Betrokkenheid van de instelling.* Tijdens het onderzoek naar het effect van de AHT was op het Dok op een combinatie van farmacotherapie en individuele gesprekstherapie na geen ander aanbod aanwezig voor forensisch psychiatrische patiënten die een behandeling moesten volgen vanwege een geweldsdelict. Pas na afloop van het onderzoeksproject werd het aanbod uitgebreid met systeemtherapieën als FFT en MST.

(4) *Opleiding en supervisie van behandelaars.* De therapie werd uitgevoerd door klinisch psychologen die lid zijn van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT), samen met een basispsycholoog of een gezondheidszorgpsycholoog i.o. als tweede behandelaar. Alle behandelaars hadden meerjarige ervaring in de behandeling van beperkt gemotiveerde psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsproblematiek. De tweede behandelaars werden gesuperviseerd door de eerste behandelaar tijdens de voor- en nabesprekingen van de therapie. Programmaleider was de auteur van deze nota.

(5) *Monitoring en evaluatie*

De AHT werd geëvalueerd door intake-, begin-, na- en follow-up metingen met elkaar te vergelijken. Daartoe werd bij de patiënten op deze momenten een set vragenlijsten afgenomen. De patiënten die direct na de intake de vragenlijsten moesten invullen hoefden dat tijdens de follow-up niet opnieuw te doen. Voor de meting van de verschillende determinanten van agressief gedrag werd een nieuw meetinstrument ontwikkeld en werden enkele bestaande instrumenten op psychometrische eigenschappen onder-

zocht. Uit gecontroleerd onderzoek kwam naar voren dat de AHT resulteerde in afname van agressief gedrag en leidde tot toename van sociale vaardigheden (Hornsveld, Nijman & Kraaimaat, 2008; Hornsveld & Kraaimaat, 2011, Hornsveld, Kraaimaat, & Zwets, 2012). Overigens scoorden de patiënten al bij aanvang van behandeling hoog op de vragenlijst voor sociale vaardigheden. Daarbij dient men te bedenken dat veel patiënten de neiging hebben zichzelf op dit terrein te overschatten (zie hoofdstuk 10).

11 Enkele aanbevelingen

Sociale vaardigheden.

Het aanleren van nieuwe sociale vaardigheden dient bij patiënten met een relatief hoge score op psychopathie vermeden te worden. In het algemeen kennen gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten weinig sociale angst en zijn ze geneigd hun 'grenzenstellende' sociale vaardigheden te overschatten. Het is daarom ons inziens beter tijdens de therapie al aanwezige, inadequate vaardigheden te corrigeren. Onderzoek bij klinische patiënten wees bovendien uit dat er geen omgekeerde relatie was tussen sociaal gedrag en agressief gedrag: meer sociale vaardigheden bleken niet automatisch te resulteren in minder agressief gedrag.

Assessment van morele rijpheid.

Sinds kort is een instrument voor het meten van morele rijpheid bij forensisch psychiatrische patiënten beschikbaar (SRM-AV; Hornsveld, Vermeulen & Van Veldhuizen, 2009; Hornsveld, Kraaimaat & Zwets, 2012). De interne consistentie, interbeoordelaar betrouwbaarheid en test-hertest betrouwbaarheid van het instrument zijn goed en de validiteit kon in een onderzoek bij klinische en ambulante forensisch psychiatrische patiënten worden ondersteund door betekenisvolle relaties met andere instrumenten voor het meten van antisociaal en agressief gedrag. Het verdient daarom aanbeveling de SRM-AV in te zetten bij toekomstig effectonderzoek van interventies die gericht zijn op afname van agressief gedrag.

Therapietrouw

Uit ons onderzoek kwam naar voren dat ongeveer 50% van de aangemelde adolescenten direct na het intakegesprek of tijdens de behandeling afhaakten. Verontrustend is dat de groep afhakers een significant grotere kans op recidive had dan de groep die de therapie voltooiden. Dit betekent dat de resultaten van ons effectonderzoek betrekking hebben op adolescenten met een laag tot gemiddeld recidiverisico en dat dit bij de groep met een hoog recidiverisico niet kon worden onderzocht. Hoewel patiënten wisten dat afhaken kon resulteren in detentie, ging van dit dreigement geen afschrikwekkende werking uit, vermoedelijk omdat het in de praktijk vrijwel nooit leek te worden geëffectueerd. Effectonderzoek bij de groep adolescenten geweldplegers met een hoog recidiverisico vereist dus een opzet waarbij deelname aan de behandeling is gewaarborgd. Naar onze mening kan dit eerder worden bereikt door feitelijke controle op aanwezigheid door verwijzende instanties dan door detentie als dreigement te hanteren. Immers, we weten inmiddels dat de onderzochte groep bij uitstek ongevoelig is voor straf.

Draai- en werkboek.

Onze ervaring met het gebruik van het draaiboek Held zonder geweld is positief. Door gebruik te maken van het draaiboek kan in principe elke klinisch psycholoog of gezondheidszorgpsycholoog die lid is van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT) de behandeling uitvoeren.

Kennis en ervaring van behandelaars.

De ervaring heeft geleerd dat het leiden van cognitief-gedragstherapeutisch groepen met gewelddadige adolescenten hoge eisen stelt aan het incasseringsvermogen en aan het geduld van de behandelaars. Het is daarom van belang dat behandelaars een grondige kennis hebben van de problematiek van deze doelgroep en ervaring hebben met de behandeling van weinig gemotiveerde forensisch psychiatrische patiënten. Een basispsycholoog in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog zijn of een groepsleider die aan deze voorwaarden voldoet kan de tweede behandelaar zijn.

12 Lopende onderzoeksprojecten

Op dit moment loopt een aantal onderzoeken naar het effect van een op de Agressiehanteringstherapie gebaseerd behandelprogramma voor terbeschikkinggestelden (paragraaf 12.1) en naar de psychometrische eigenschappen van enkele nieuwe meetinstrumenten voor de evaluatie van dit programma (paragraaf 12.2).

12.1 Het effect van psychomotorische therapie als onderdeel van een multimodaal behandelprogramma voor gewelddadige terbeschikkinggestelden

Opzet promotieonderzoek

Dit promotieonderzoek van Almar J. Zwets omvat de volgende deelonderzoeken:

- (1) De factorstructuur van Psychopathy Checklist-Revised en de relatie van de factoren met externe variabelen.
- (2) De ontwikkeling van de Kijvelanden Lichamelijke Sensaties lijst (KLS).
- (3) De Implicit Association Test en reactieve versus proactieve agressie.
- (4) Het effect van psychomotorische therapie bij terbeschikkinggestelden met een cluster B persoonlijkheidsstoornis.

Samenvatting

Tot op heden is het effect van psychomotorische therapie bij terbeschikkinggestelden amper onderzocht. In het kader van de verdere uitbreiding van de lange versie van de Agressiehanteringstherapie (AHT-L; Hornsveld, Soe-Agnie, Donker & Van der Wal, 2008; Hornsveld & De Vries, 2009) worden daarom twee condities met elkaar vergeleken: De AHT-L met psychomotorische therapie vs. de AHT-L met sport (deelonderzoek 4). Bij psychomotorische speelt het beseft en herkennen van lichamelijke signalen een belangrijke rol. Vanwege het ontbreken van een betrouwbaar en valide instrument voor de assessment van lichamelijke sensaties wordt een zelfrapportage vragenlijst ontwikkeld (deelonderzoek 2).

Bij het bepalen van de effectiviteit van PMT wordt een onderscheid gemaakt tussen patiënten die relatief hoog en patiënten die relatief laag scoren op psychopathie. Er zijn aanwijzingen dat de eerste groep patiënten doorgaans reactief en de tweede groep vooral proactief agressief gedrag vertonen. Voor het formeren van beide groepen wordt de PCL-R eerst onderzocht op factorstructuur en worden de factoren gerelateerd aan externe variabelen (deelon-

derzoek 1). Om nader inzicht te krijgen in verschillen in 'impliciete associaties' tussen reactief en proactief agressieve terbeschikkinggestelden, wordt bij een grote groep terbeschikkinggestelden Implicit Association Test (IAT) worden afgenomen (deelonderzoek 3). Het project zal plaatsvinden in Forensisch Psychiatrisch Centrum De Kijvelanden en neemt vier jaar in beslag.

12.2 Nieuwe meetinstrumenten

Voor de evaluatie van de lange versie van de Agressiehanteringstherapie (AHT-L) thans enkele nieuwe meetinstrumenten in ontwikkeling. Het betreft de Kijvelanden Agressie Lijst (KAL) die geacht wordt reactief en proactief agressief gedrag te meten en de Houding ten opzichte van Vrouwen Lijst (HVL) die verondersteld wordt de attitude van respondenten ten opzichte van vrouwen te meten.

Literatuur

- Akhtar, N., & Bradley, E. J. (1991). Social information processing deficits of aggressive children: Present findings and implication for social skills training. *Clinical Psychology Review, 11*, 621-644.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Andrews, D. A. (2006). Enhancing adherence to risk-need-responsivity: Making quality a matter of policy. *Criminology & Public Policy, 5*, 595-602.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Andrews, D.A., & Wormith, J.S. (1984). *The criminal sentiments scale*. Ottawa, CA: Ministry of Correctional Services of Canada.
- Arsenio, W. F., & Lemerise, E. A. (2004). Aggression and moral development: Integrating Social Information Processing and moral domain models. *Child Development, 75*, 987-1002.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Berkowitz, L. (1990). On the formation and regulation of anger and aggression. *American Psychologist, 45*, 494-503.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences, and control*. Boston, MA: Mc Graw-Hill.
- Blackburn, R. (1993). *The Psychology of Criminal Conduct: Theory, Research and Practice*. Chichester, UK: Wiley.
- Blasi, A. (1990). How should psychologists define morality? or, the negative side effects of philosophy's influence on psychology. In Wren, T. E. (Ed.), *The moral domain: Essays in the ongoing discussion between philosophy and the social sciences* (pp. 38-70). Cambridge, MA: MIT Press.
- Borduin, C. M., Henggeler, S. W., Blaske, D. M., & Stein, R. J. (1990). Multisystemic treatment of adolescent sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 34*, 105-113.
- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 569-578.
- Browne, K., & Howells, K. (1996). Violent offenders. In C. R. Hollin (Ed.), *Working with Offenders. Psychological Practice in Offender Rehabilitation* (pp. 188-210).

Chichester, UK: Wiley.

- Burke, H., & Hart, S.D. (2000). Personality disordered offenders: Conceptualization, assessment and diagnosis of personality disorder. In S. Hodgins & R. Müller-Isberner (Eds.), *Violence, crime and mentally disordered offenders: Concepts and methods for effective treatment and prevention* (pp. 63-85). Chichester, UK: Wiley.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 452-459.
- Chemtob, C. M., Novaco R. W., Hamada, R. S., & Gross, D. M. (1997). Cognitive-Behavioral treatment for severe anger in post-traumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*, 184-189.
- Coie, J. D., & Koepl, G. K. (1990). Expanding the framework of intervention with rejected children. In S. R. Asher & J. D. Coie (Eds.), *The rejected child* (pp. 309-337). New York: Cambridge University Press.
- Cooke, D. J., & Philip, L. (2001). To treat or not to treat? An empirical perspective. In C. R. Hollin (Ed.), *Handbook of Offender Assessment and Treatment* (pp. 17-34). Chichester, UK: Wiley.
- Cornell, D. G., Peterson, C. S., & Richards, H. (1999). Anger as a predictor of aggression among incarcerated adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *67*, 108-115.
- Cornell, D. G., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G., & Pine, D. (1996). Psychopathy of instrumental and reactive offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *64*, 783-790.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Crain, W. C. (1985). *Theories of development. Hoofdstuk 7: Kohlberg's stages of moral development* (pp. 118-136). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of Social Information-Processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, *115*, 74-101.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, *67*, 993-1002.
- Daffern, M., & Howells, K. (2007). Antecedents for aggression and the function analytic approach to the assessment of aggression and violence in personality disordered patients within secure settings. *Personality and Mental Health*, *1*, 126-137.

- Dam, C. van, Janssens, J. M. A. M., & Bruyn, E. E. J. (2005). PEN, Big Five, juvenile delinquency and criminal recidivism. *Personality and Individual Differences, 39*, 7-19.
- Dam-Baggen, C. M. J. van, & Kraaimaat, F. W. (2000a). *Sociaalvaardigheidstherapie: Een cognitief gedragstherapeutische groepsbehandeling*. Houten/Diegem, BE: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Dam-Baggen, C. M. J. van, & Kraaimaat, F. W. (2000b). *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA). Handleiding (2^e geheel herziene druk)*. Lisse: Swets Test Services.
- Day, D. M., Bream, L. A., & Pal, A. (1992). Proactive and reactive aggression: An analysis of subtypes based on teachers perceptions. *Journal of Clinical Child Psychology, 21*, 210-217.
- Demorest, A. P. (1992). The role of social cognition in children's social maladjustment. *Social Cognition, 10*, 211-233.
- DiGuseppe, R., & Tafrate, R. C. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*, 70-84.
DOI: 10.1093/clipsy.10.1.70.
- Dodge, K. A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. In D. J. Pepler & K. H. Rubin (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 201-218). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dodge, K. A., & Coie, J. D. (1987). Social Information-Processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 1146-1158.
- Dodge, K. A., Lochman, J. E., Harnish, J. D., Bates, J. E., & Petit, G. S. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology, 106*, 37-51.
- Fanti, K. A., Frick, P. J., & Georgiou, S. (2009). Linking callous-unemotional traits to instrumental and non-instrumental forms of aggression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 31*, 285-298.
- Feindler, E. L., Ecton, R. B., Kingsley, R. B., & Dibey, D. R. (1986). Group anger-control training for institutionalized psychiatric male adolescents. *Behavior Therapy, 17*, 109-123.
- Frick, P. J., Cornell, A. H., Barry, C. T., Bodin, S. D., & Dane, H. E. (2003). Callous-unemotional traits and conduct problems in the prediction of conduct problem severity, aggression, and self-report of delinquency. *Journal of Abnormal Child Psychology, 31*, 457-470.
- Frick, P. J., & Viding, E. (2009). Antisocial behavior from a developmental psycho-

- pathology perspective. *Development and Psychopathology*, 21, 1111-1131.
- Gendreau, P., Goggin, C., & Smith, P. (2002). Is the PCL-R really the “unparalleled” measure of offender risk? A lesson in knowledge cumulation. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 397-426.
- Gibbs, J.C. (2003). *Moral development & reality: Beyond the theories of Kohlberg and Hoffman*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gibbs, J. C., Basinger, K. S. & Fuller, D. (1992). *Moral maturity: Measuring the development of sociomoral reflection*. New jersey: erlbaum.
- Gibbs, J. C. & Schnell, S. V. (1985). Moral development ‘versus’ socialization (a critique). *American Psychologist*, 40, 1071-1080.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women’s development. Chapter 3: Concepts of self and morality* (pp. 64-105). Cambridge, MA: Harvard University Press
- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, IL: Research Press.
- Guerra, N. G., Kim, T.E., & Boxer, P. (2008). What works: Best practices with juvenile offenders. In R. D. Hoge, N. G. Guerra, & P. Boxer (Eds.), *Treating the juvenile offender* (pp. 79-102). New York: Guilford.
- Guerra, N. G., Williams, K. R., Tolan, P. H., & Modecki, K. L. (2008). Theoretical and research advances in understanding te causes of juvenile offending. In R. D. Hoge, N. G. Guerra & P. Boxer (Eds.), *Treating the juvenile offender* (pp. 33-53). New York: Guilford.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, CA: Multi-Health Systems.
- Hart, S. D., Cox, D. N., & Hare, R. D. (1995). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised: Screening Version (PCL:SV)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Hatcher, R. M., Palmer, E. J., McGuire, J., Hounscome, J. C., Bilby, C. A. L., & Hollin, C. R. (2008). Aggression replacement training with adult male offenders within community settings: A reconviction analysis. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 19, 517-532.
- Hendriks, V., Van der Schee, E., & Blanken, Peter (2012). Matching adolescents with cannabis use disorder to multidimensional family therapy or cognitive behavioral therapy: Treatment effect moderators in a randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2012.03.023>.
- Henggeler, S. W., Pickrel, S. G., & Brondino, M. J.(1999). Multisystemic treatment of substance-abusing and -dependent delinquents: Outcomes, treatment fidelity,

- and transportability. *Mental Health Services Research*, 1, 171-184.
- Hildebrand, M., Hesper, B. L., Spreen, M., & Nijman, H. L. I. (2005). *De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Hoekstra, H. A., Ormel, J., & Fruyt, F. de (1996). *Handleiding NEO Persoonlijkheidsvragenlijsten*. Lisse: Swets Test Services.
- Hollin, C. R., & Palmer, E. J. (2001). Skills training. In C. R. Hollin (Ed.), *Handbook of offender assessment and treatment* (pp. 269-280). Chichester, UK: Wiley.
- Hornsveld, R. H. J. (2004). *Held zonder geweld: Behandeling van agressief gedrag, deel 1* (draai- en werkboek). Amsterdam: Boom.
- Hornsveld, R. H. J. (2007). *Handleiding voor de Aangepaste Versie van de Rosen-Zweig Picture-Frustration Study (PFS-AV)*. Rijswijk: Interne publicatie
- Hornsveld, R. H. J. (2007). *Assessment and treatment of violent forensic psychiatric patients with a conduct or an antisocial personality disorder in the Netherlands*. Nijmegen: Radboud Universiteit.
- Hornsveld, R. H. J., Cuperus, H., Vries, E. T. de, & Kraaimaat, F. W. (2008). An evaluation of behavioural and personality differences between native and non-native male adolescents in the Netherlands ordered into treatment in a forensic psychiatric outpatient clinic, and their non-violent peers. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 18, 177-189.
- Hornsveld, R. H. J., Dam-Baggen, C. M. J. van, Leenaars, P. E. M., & Jonkers, Ph. J. (2004). Agressiehanteringstherapie voor forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: Ontwikkeling en praktijk. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 30, 22-37.
- Hornsveld, R. H. J., Hollin, C. R., Nijman, H. L. I., & Kraaimaat, F. W. (2007). Violent forensic psychiatric patients: Individual differences and consequences for treatment. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6, 15-27.
- Hornsveld, R. H. J. & Kraaimaat, F. W. (2011). Een groepsbehandeling van gewelddadige adolescenten op een forensisch psychiatrische polikliniek: Eerste resultaten. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 333-342.
- Hornsveld, R. H. J., Kraaimaat, F. W., & Zwets, A. J. (2012). Aggression Control Therapy for violent adolescent outpatients: First results. Submitted.
- Hornsveld, R. H. J., Kraaimaat, F. W., & Zwets, A. J. (2012). The Adapted Version of the Sociomoral Reflection Measure (SRM-AV) in Dutch forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*.
Doi: 10.1080/14999013.2012.723667.

- Hornsveld, R. H. J., Muris, P., & Kraaimaat, F. W. (2009). Drie zelfrapportage vragen Lijsten voor de forensische psychiatrie. Poortugaal: FPC de Kijvelanden.
- Hornsveld, R. H. J., Muris, P. E. H. M., & Kraaimaat, F. W. (2011). The Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (1994 version) in Dutch forensic psychiatric patients. *Psychological Assessment*, doi: 10.1037/a0024018.
- Hornsveld, R. H. J., Muris, P., Kraaimaat, F. W., & Meesters, C. (2009). The Aggression Questionnaire in Dutch violent forensic psychiatric patients and secondary vocational students. *Assessment*, *16*, 181-192.
- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., & Kraaimaat, F. W. (2002). *The Attributie Vragenlijst (ATV)*. Rijswijk: Interne publicatie.
- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., & Kraaimaat, F. W. (2008). Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients: First results. *Psychology, Crime and Law*, *14*, 1-18.
- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., Hollin, C. R., & Kraaimaat, F. W. (2007). An Adapted Version of the Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV) for the measurement of hostility in violent forensic psychiatric patients. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *17*, 45-56.
- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., Hollin, C. R., & Kraaimaat, F. W. (2008). Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients: Method and clinical practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *52*, 222-233.
- Hornsveld, R. H. J., Soe-Agnie, S., Donker, J., & Wal, L. van der (2008). De ontwikkeling van een behandelprogramma voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, *50*, 703-711.
- Hornsveld, R. H. J., Vermeulen, L., & Veldhuizen, G. van (2009). De ontwikkeling van de Aangepaste Versie van het Sociomorele Reflectie Meetinstrument (SRM-AV). *Gedragstherapie*, *42*, 109-128.
- Hornsveld, R. H. J., & Vries, E. T. de (2009). *Held zonder geweld: Behandeling van Agressief gedrag, deel 2 (draai- en werkboek)*. Rijswijk: Challenger Press.
- Howell, J. C. (2009). *Preventing and reducing juvenile delinquency: A comprehensive framework*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jones, S. E., Miller, J. D., & Lynam, D. R. (2011). Personality, antisocial behavior, and aggression: A meta-analytic review. *Journal of Criminal Justice*, *39*, 329-337.
- Kohlberg, L. (1968). Moral Development. In *International Encyclopedia of the Social Sciences* (pp. 489-494). New York: Crowell, Collier & MacMillan.
- Kohlberg, L. (1969). Stage and sequence: The cognitive-developmental approach to

- socialization. In D. Goslin (Ed.), *Handbook of socialization theory and research* (pp. 347-480). Chicago: Rand McNally.
- Kohlberg, L. (1984). Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach. In L. Kohlberg (Ed.), *Essays on moral development, Volume II: The psychology of moral development* (pp. 170-386). New York: Harper & Row.
- Langdon, P. E., Murphy, G. H., Clare, I. C. H., Steverson, T., & Palmer, E. J. (2011). Relationships among moral reasoning, empathy, and distorted cognitions in men with intellectual disabilities and a history of criminal offending. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities, 116*, 438-456.
- Le Corff, Y., & Toupin, J. (2009). Comparing persistent juvenile delinquents and normative peers with the Five-Factor Model of personality. *Journal of Research in Personality, 43*, 1105-1108.
- Lipsey, M. W. (1999). Can intervention rehabilitate serious delinquents? *The Annals of the American Academy of Political and Social Science, 564*, 142-166.
- Lipsey, M. W. (2006). The effects of community-based group treatment for delinquency: A meta-analytic search for cross-study generalizations. In K. A. Dodge, T. J. Dishion, & J. E. Lansford (Eds.), *Deviant peer influences in programs for youth: Problems and solutions* (pp. 162-184). New York: Guilford.
- Lipsey, M. W. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders. *Victims & Offenders, 4*, 124-147.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1998). Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In R. Loeber & D. P. Farrington (Eds.), *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions* (pp. 83-127). New York, NY: Sage.
- Lipton, D., Pearson, F. S., Cleland, C. M., & Yee, D. (2002). The effectiveness of cognitive-behavioral treatment methods on recidivism. In J. McGuire (Ed.), *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce re-offending* (79- 112). Chichester, UK: Wiley.
- Littell, J. H., Popa, M., & Forsythe, B. (2005). *Multisystemic Therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10-17*. Oslo, NO: The Campbell Collaboration.
- Loeber, F., Farrington, D. P., Stouthamer-Loeber, M., & White, H. R. (2008). *Violence and serious theft: Development and prediction from childhood to adulthood*. New York: Routledge.
- Loeber, R., Slot, W., & Sergeant, J. A. (2001). Mythen ontmaskerd; verbanden tussen ontwikkeling, risicofactoren en interventies. In R. Loeber, N. W. Slot & J. A. Sergeant (Eds.), *ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie: Omvang, oorza-*

- ken en interventies (pp. 345-355). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lykken, D. T. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Maiuro, R. D., Cahn, T. S., Vitaliano, P. P., Wagner, B. C., & Zegree, J. B. (1988). Anger, hostility, and depression in domestically violent versus generally assaultive and nonviolent control subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 17-23.
- Manen, T. G. van, Prins, P. J. M., & Emmelkamp, P. M. G. (2004). Reducing aggressive behavior in boys with a social cognitive group treatment: Results of a randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 43*, 1478-1487.
- Märker, N. (1996). *Goldsteintraining in detentie*. Nijmegen: Wetenschapswinkel Nijmegen.
- McGuire, J., & Clark, D. (2004). A national dissemination program. In A. P. Goldstein, R. Nensén, B. Daleflod, & M. Kalt (Eds.), *New perspectives on Aggression Replacement Training: Practice, reserach, and application* (pp.139-150). Chichester, UK: Wiley.
- Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., Schouten, E., & Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the Dutch version of the Aggression Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy, 34*, 839-843.
- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review, 100*, 674-701.
- Nagin, D. S., & Land, K. C. (1993). Age, criminal careers, and population heterogeneity: Specification and estimation of nonparametric, mixed Poisson model. *Criminology, 31*, 327-362.
- Nas, C. N., Brugman, D., & Koops, W. (2005). Effects of the EQUIP programme on the moral judgement, cognitive distortions, and social skills of juvenile delinquents. *Psychology, Crime and Law, 11*, 421-434.
- Nietzel, M. T., Hasemann, D. M., & Lynam, D. R. (1999). Behavioral perspectives on violent behavior. In V. B. Van Hasselt & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological approaches with violent offenders: Contemporary strategies and issues* (pp. 39-66). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Norlander, B., & Eckhardt, C. (2005). Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 25*, 119-152.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: D.C. Heath.
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally

- disordered. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder* (pp. 21-59). Chicago: University of Chicago Press.
- Novaco (1997). Remediating anger and aggression with violent offenders. *Legal and Criminological Psychology, 2*, 77-88.
- Novaco, R. W., Ramm, M., Black, L. (2001). Anger treatment with offenders. In C. R. Hollin (Ed.), *Handbook of offender assessment and treatment* (pp. 281-296). Chichester, UK: Wiley.
- Nugent, W. R., Bruley, C., & Allen, P. (1999). The effects of Aggression Replacement Training on male and female antisocial behavior in a runaway shelter. *Research on Social Work Practice, 9*, 466-482.
- Palmer, E. J. (2003). An overview of the relationship between moral reasoning and offending. *Australian Psychologist, 38*, 165-174.
- Ploeg, H. M. van der, Defares, P. B., & Spielberger, C. D. (1982). *Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst, ZAV*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Porter, S., & Woodworth, M. (2006). Psychopathy and aggression. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (p. 481-494). New York: Guilford.
- Quinsey, V. L., Skilling, T. A., Lalumière, M. L. & Craig, W. M. (2004), *Juvenile delinquency: Understanding the origins of individual differences*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Raaijmakers, Q.A.W., Engels, R.C.M.E., & Hoof, A. van (2005). Delinquency and moral reasoning in adolescence and young adulthood. *International Journal of Behavioral Development, 29*, 247-258).
- Raine, A., & Yang, Y. (2006). Neural foundations to moral reasoning and antisocial behavior. *Social Cognitive and Affective Neuroscience, 1*, 203-213.
- Rosenzweig, S. (1978). *Aggressive behavior and the Rosenzweig Picture-Frustration Study*. New York: Praeger.
- Ruiter, C. de (2002). De terbeschikkingstelling. In P. J. van Koppen, D. J. Hessing, H. L. G. J. Merckelbach, & H. F. M. Crombag (Red.), *Het recht van binnen: Psychologie van het recht* (pp. 687-697). Deventer: Kluwer.
- Selby, M. J. (1984). Assessment of violence potential using measures of anger, hostility, and social desirability. *Journal of Personality Assessment, 48*, 531-544.
- Spence, S. H. (1981). Differences in social skills performance between institutionalized juvenile male offenders and a comparable group of boys without offence records. *British Journal of Clinical Psychology, 20*, 163-171.
- Spielberger, C. D. (1980). *Preliminary Manual for the State-Trait Anger Scale (STAS)*. Tampa, FL: University of South Florida.

- Stams, G. J., Brugman, D., Dekovic, M., Rosmalen, L. van, Laan, P. van der, & Gibbs, J. C. (2006). The moral judgment of juvenile delinquents: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *24*, 697-713.
- Stevenson, S. F., Hall, G., & Innes, J. M. (2003). Sociomoral reasoning and criminal sentiments in Australian men and women violent offenders en non-offenders. *International Journal of Forensic Psychology*, *1*, 111-119.
- Sugg, D. (2000). Wiltshire Aggression Replacement Therapy (ART): One-year recon-
victions and targeting. Unpublished report, Research Development and Statis-
tics Directorate, Home Office, London.
- Sukhodolsky, D. G., Kassinove, H., & Gorman, B. S. (2004). Cognitive-behavioral ther-
apy for anger in children and adolescents: A meta-analysis. *Aggression and Vi-
olent Behavior*, *9*, 247-269.
- Sukhodolsky, D. G., & Ruchkin, V. V. (2004). Association of normative beliefs and an-
ger with aggression and antisocial behavior in Russian male juvenile offenders
and high school students. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *32*, 225-236.
- Thornberry, T. P. (2005). Explaining multiple patterns of offending across the life course
and across generations. *The Annals of the American Academy of Political and
Social Science*, *602*, 156-196.
- Vassileva, J., Kosson, D. S., Abramowitz, C., & Conrod, P. (2005). Psychopathy versus
psychopathies in classifying criminal offenders. *Legal and Criminological Psy-
chology*, *10*, 27-43.
- Veelen, M. van (2004). *Survival of the fair: Modelling the evolution of altruism, fairness
and morality* (pp. 1-49). Utrecht: Tinbergen Instituut.
- Vertommen, H., Verheul, R., Ruiter, C. de, & Hildebrand, M. (2002). *De herziene versie
van Hare's Psychopathie Checklist (PCL-R)*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Vught, E. van, Gibbs, J., Stams, G. J., Bijleveld, C., Hendriks, J., Laan, P. van der
(2011). Moral development and recidivism. *International Journal of Offender
Therapy and Comparative Criminology*, doi: 10.1177/0306624X10396441.
- Washington State Institute for Public Policy (2004). *Outcome evaluation of Washington
State's research-based programs for juvenile offenders* [On-line]. Available:
<http://wsipp.wa.gov/pub.asp?docid=04-01-1201>

Over de auteur

Ruud H.J. Hornsveld (1946) is klinisch psycholoog/ wetenschappelijk onderzoeker verbonden aan FPC de Kijvelanden en aan Universitair Medisch Centrum Rotterdam. Hij is supervisor van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT). Voor zijn dissertatie over de ontwikkeling en evaluatie van de Agressiehanteringstherapie ontving hij in 2008 de prof. Dr. P.E. Boekprijs. Deze studie werd van 2002 tot 2005 gesubsidieerd door het Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatie Centrum (WODC) van het Ministerie van Justitie. Ruud publiceert in (inter)nationale vaktijdschriften en verzorgt regelmatig presentaties of workshops op (inter)nationale conferenties. E: r.hornsveld@tiscali.nl. Website: www.Agressiehanteringstherapie.nl.

Appendix A: Meetinstrumenten

Persoonlijkheidstrekken

Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991; Nederlandse versie: Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002) wordt gebruikt voor het meten van psychopathie. De checklist bestaat uit 20 items die gescoord moeten worden met behulp van een driepuntsschaal met 0 = niet van toepassing, 1 = enigszins van toepassing en 2 = van toepassing. Vertommen e.a. (2002) vonden ondersteuning voor de betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse versie van de PCL-R en zij bevestigden Hare's twee-factoren structuur: (1) egoïstisch, ongevoelig en zonder wroeging gebruik maken van anderen (bijvoorbeeld: 'gladde prater/oppervlakkige charme'), en (2) chronisch instabiel en antisociaal gedrag (bijvoorbeeld: 'gedragsproblemen op jonge leeftijd'). We scoorden de PCL-R bij de patiënten die jonger waren dan 18 jaar volgens Forth, e.a. (1990).

NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992; Nederlandse versie: Hoekstra, Ormel & De Fruyt, 1996) heeft 60 items en meet vijf persoonlijkheidsdomeinen, te weten: Neuroticisme (bijvoorbeeld: 'Ik voel me vaak de mindere van anderen'), Extraversie (bijvoorbeeld: 'Ik houd er van veel mensen om me heen te hebben'), Openheid (bijvoorbeeld: 'Ik houd er niet van mijn tijd met dagdromen te verdoen'), Altruïsme (bijvoorbeeld: 'Sommige mensen vinden mij zelfzuchtig en egoïstisch') en Consciëntieusheid (bijvoorbeeld: 'Ik houd mijn spullen netjes en schoon'). Respondenten geven op een vijfpuntsschaal aan in hoeverre ze de uitspraak onderschrijven, lopend van: 1 = helemaal oneens tot 5 = helemaal eens. In een steekproef van 356 Nederlandse, niet-klinische volwassenen, varieerde Cronbach's α van de verschillende subschalen van .69 tot .82. In een subgroep van 135 volwassenen bleek de test-hertest betrouwbaarheid na zes maanden respectievelijk .82, .87, .81, .75 en .80 (Hoekstra e.a., 1996). Respondenten kunnen worden vergeleken met verschillende normgroepen waaronder de normgroep 'mannen ouder dan 17 jaar' uit een brede bevolkingssteekproef (Hoekstra, Ormel & De Fruyt, 1996).

Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982) is een Nederlandse vertaling van de Spielberger State-Trait Anger Scale (Spielberger, 1980). Van deze vragenlijst worden de tien 'trek' items gebruikt voor de bepaling van woede als trek (bijvoorbeeld: 'Ik zou wel iets kapot willen smijten'). Respondenten moeten aangeven hoe ze zich in het algemeen voelen en daarbij gebruik te maken van een vierpuntsschaal: 1 = geheel niet, 2 = een beetje, 3 = tamelijk veel en 4 = zeer veel. In een onderzoek bij een groep van 150 Nederlandse mannelijke universiteitsstudenten vonden Van der Ploeg e.a. (1982) dat van de subschalen Woede als trek de interne

consistentie.78 bedroeg en in een subgroep van 70 studenten de test-hertest betrouwbaarheid.78. De validiteit van de woede als trek schaal werd in dit onderzoek eveneens ondersteund. Respondenten kunnen worden vergeleken met verschillende normgroepen waaronder de normgroep 'aselect gekozen mannelijke Leidsel inwoners van 16 tot 71 jaar' (Van der Ploeg, Dienares & Spilbergen, 1982).

Gedrag

Aangepaste versie van de Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007) wordt gebruikt voor het meten van vijandigheid. De test vraagt respondenten hun reacties op te schrijven op 12 cartoonachtige plaatjes waarop steeds twee personen staan afgebeeld. In elk plaatje maakt de linker persoon een opmerking die door de ander als frustrerend kan worden opgevat. De rechter persoon heeft een lege tekstballon. Proefpersonen worden verzocht de situaties te bekijken (bijvoorbeeld tegen winkelier: 'Dit is al de derde keer dat dit nieuwe horloge stilstaat'), en vervolgens in de lege tekstballon hun eerste reactie op te schrijven. Antwoorden worden gescoord door een onderzoeksassistent op een zevenpuntsschaal lopend van: 1 = helemaal niet vijandig tot 7 = extreem vijandig. In een steekproef van 231 Nederlandse gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten (alleen mannen) bleken interne consistentie, test-hertest betrouwbaarheid en interbeoordelaar betrouwbaarheid van de PFS-AV voldoende tot goed (respectievelijk $\alpha = .76$, $r = .67$ en $r = .77$). De validiteit werd ondersteund door significante correlaties met metingen voor altruïsme en agressief gedrag (Hornsveld e.a., 2007). Respondenten kunnen worden vergeleken met verschillende normgroepen (Hornsveld, 2007).

Attributie Vragenlijst (ATV; Hornsveld, Nijman, & Kraaimaat, 2002) is een experimentele voorloper van de Aangepaste Versie van de Rosenzweig Picture-Frustration Study. Deze versie omvatte 17 plaatjes met ambigue en provocerende interpersoonlijke situaties.

Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996) is een Nederlandse versie van Buss & Perry's Aggression Questionnaire (1992). De vragenlijst meet agressief gedrag en kent 29 items, verdeeld over vier subschalen: Fysieke agressie (bijvoorbeeld: 'Ik heb wel eens iemand die ik ken bedreigd'), Verbale agressie (bijvoorbeeld: 'Als mensen me ergeren, zeg ik soms wel wat ik van ze vind), Woede (bijvoorbeeld: 'Het kost me moeite mijn kalmte te bewaren') en Vijandigheid (bijvoorbeeld: 'Ik wantrouw onbekenden die overdreven vriendelijk tegen me doen'). Respondenten scoren de items op een vijfpuntsschaal van: 1 = helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens. In een gecombineerde steekproef Nederlandse forensisch psychiatrische patiënten (138 klinische en 206 poliklinische patiënten, allen mannen) bleek voor de totaalscore de interne consistentie respectievelijk .83 en .91, en bedroeg

de test-hertest betrouwbaarheid in een subgroep van 90 poliklinische patiënten .72. De validiteit kon worden ondersteund door betekenisvolle relaties met alternatieve metingen van agressie en persoonlijkheid (Hornsveld, Muris, Kraaimaat, & Meesters, 2009).

Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst (AVL-AV; Hornsveld, Muris, Kraaimaat, & Meesters, 2009) is een verkorte versie van de Agressie Vragenlijst met 12 items verdeeld over vier identieke subschalen, te weten Fysieke agressie (bijvoorbeeld: 'Zo nu en dan kan ik de neiging iemand te slaan niet onderdrukken'), Verbale agressie (bijvoorbeeld: 'Mijn vrienden vinden me nogal ruzieachtig'), Woede (bijvoorbeeld: 'Ik word snel kwaad, maar ben ook snel weer afgekoeld') en Vijandigheid (bijvoorbeeld: 'Het lijkt alsof anderen altijd meer geluk hebben'). Items worden gescoord op een vijfpuntsschaal die loopt van 1 = 'totaal mee oneens' tot 5 'totaal mee eens'. Hornsveld et al. (2009) vonden dat vier-factoren structuur van AVL-AV een acceptabele fit opleverde. In een groep van 2008 gewelddadige terbeschikkinggestelden bleek de interne consistentie achtereenvolgens .88, .65, .74, .61, and .74. De test-hertest betrouwbaarheid van de AVL-AV was in een subgroep van 90 poliklinische patiënten matig maar significant ($r = .38$). De validiteit van AVL-AV werd ondersteund door betekenisvolle relaties met metingen van altruïsme, woede en agressie op de afdeling (Hornsveld et al., 2009). Voor deze vragenlijst zijn gegevens van verschillende normgroepen beschikbaar (Hornsveld, Muris & Kraaimaat, 2009).

Het NAS-deel van de *Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (NAS; Novaco, 1994 versie)* is vragenlijst met 48 items waarmee reacties van respondenten in woede-oproepende situaties onderzocht kunnen worden (bijvoorbeeld: 'Als iemand tegen mij begint te schreeuwen, schreeuw ik terug'). Items worden gescoord op een driepuntsschaal: 1 = nooit waar, 2 = soms waar en 3 = altijd waar. In een gecombineerde steekproef Nederlandse forensisch psychiatrische patiënten was de interne consistentie van de hele lijst respectievelijk .93 en .95, en de test-hertest betrouwbaarheid in een subgroep van 90 poliklinische patiënten .80. De validiteit van de NAS kon worden ondersteund door betekenisvolle relaties met alternatieve metingen van woede en persoonlijkheid (Hornsveld, Muris, & Kraaimaat, 2011). Voor deze vragenlijst zijn gegevens van verschillende normgroepen beschikbaar (Hornsveld, Muris & Kraaimaat, 2009),

Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000b) vraagt respondenten met betrekking tot 35 interpersoonlijke situaties aan te geven hoeveel spanning zij in die situaties zouden ervaren (sociale angst), en hoe vaak ze het beschreven gedrag daadwerkelijk zouden uitvoeren als de situatie zich voordoet (sociale vaardigheden). Voor sociale angst lopen de scoremogelijkheden van: 1 = helemaal niet gespannen tot 5 = heel erg gespannen, en voor sociale vaardigheden van:

1 = nooit tot 5 = altijd. Interne consistentie en test-hertest betrouwbaarheid van de IOA bleken goed (respectievelijk α 's $> .80$ en r 's $> .70$). Correlaties met andere maten voor angst gaven ondersteuning aan de validiteit. Respondenten kunnen worden vergeleken met verschillende normgroepen, waaronder de normgroep 'normalen van 16-80 jaar' (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000b).

Aangepaste Versie van het Sociomorele Reflectie Meetinstrument (SRM-AV; Hornsveld, Vermeulen & Van Veldhuizen, 2009) is gebaseerd op de Sociomoral Reflection Measure-Short Form (SRM-SF) van Gibbs, Basinger en Fuller (1992). Aan de 11 stellingen van de SRM-SF werden 20 nieuwe stellingen toegevoegd, waarna het aldus ontstane instrument werd onderzocht op psychometrische eigenschappen bij 80 terbeschikkinggestelden en 40 voetbalsupporters. Om tot een handzaam instrument te komen werden 11 van de in totaal 31 items met een lage interbeoordelaar betrouwbaarheid verwijderd (Hornsveld, Vermeulen & Van Veldhuizen, 2009). De SRM-AV werd verder onderzocht in een gecombineerde groep van 134 terbeschikkinggestelden en 33 gewelddadige patiënten op een forensisch psychiatrische kliniek, 65 leden van een voetbalclub en 67 MBO-leerlingen (Hornsveld, Kraaimaat & Zwets, 2012). De interne consistentie bleek .91 te bedragen, de interbeoordelaar betrouwbaarheid .84 en de test-hertest betrouwbaarheid .77. De validiteit kon worden ondersteund door betekenisvolle relaties met leeftijd, psychopathie, altruïsme en verbale agressie. De patiënten scoorden significant lager op de SRM-AV dan de twee niet-klinische controle groepen. De auteurs concludeerden dan ook dat vooralsnog de SRM-AV een betrouwbaar en valide instrument lijkt om morele rijpheid te meten.