

Hornsveld, R.H.J. (2011)¹. Agressiehanteringstherapie voor
gewelddadige terbeschikkinggestelden.

In: H. Groen, M. Drost & H.L.I. Nijman (Red.), *Handboek Forensische geestelijke
gezondheidszorg* (pp. 185-194). Utrecht: De Tijdstroom.

¹ Dr. R.H.J. Hornsveld is als klinisch psycholoog / wetenschappelijk onderzoeker verbonden
aan Erasmus Universitair Medisch Centrum te Rotterdam.

E: r.hornsveld@tiscali.nl

Inleiding

De Agressiehanteringstherapie is ontwikkeld vanaf 2000, het jaar waarin wijlen Arnold P. Goldstein te Utrecht de workshop 'Aggression Replacement Training' verzorgde. Aanvankelijk bestond de therapie uit 15 wekelijkse en drie vijfwekelijkse bijeenkomsten (Hornsveld, Van Dam-Baggen, Leenaars & Jonkers, 2004). Deze versie wordt thans toegepast bij poliklinische patiënten met een (oppositieel-opstandige) gedragsstoornis op as I of een cluster B persoonlijkheidsstoornis op as II van de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) als hoofddiagnose. Daarnaast kan de korte versie, bijvoorbeeld samen met Liberman-modules, deel uit maken van een behandelaanbod voor terbeschikkinggestelden met een chronisch psychotische stoornis op as I als hoofddiagnose en een comorbide cluster B persoonlijkheidsstoornis op as II. In dit hoofdstuk beschrijven we de lange versie van de Agressiehanteringstherapie met 35 wekelijkse en drie vijfwekelijkse bijeenkomsten. Deze versie is ontwikkeld in FPC de Kijvelanden en bedoeld voor terbeschikkinggestelden met een cluster B persoonlijkheidsstoornis op as II van de DSM-IV als hoofddiagnose (Hornsveld, Soe-Agnie, Donker & Van der Wal, 2008).

Terbeschikkinggestelden zijn forensisch psychiatrische patiënten die een delict hebben gepleegd waarvoor een gevangenisstraf van tenminste vier jaar geldt. Op grond van een psychodiagnostisch onderzoek door een psychiater en/of een psycholoog heeft de rechter bij deze delinquenten een verband geconstateerd tussen 'een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens' en het gepleegde delict. Terbeschikkinggestelden worden behandeld in een gesloten, beveiligde instelling, omdat zonder behandeling de kans op herhaling reëel wordt verondersteld.

Enkele definities

In dit hoofdstuk definiëren we agressief gedrag als gedrag dat (psychische of fysieke) beschadiging van anderen tot gevolg heeft (Berkowitz, 1993). Geweld is agressief gedrag waarbij fysieke schade wordt toegebracht (Browne & Howells, 1996). Met vijandigheid doelen we op de neiging om anderen negatieve intenties toe te kennen (Blackburn, 1993). Agressief gedrag kan worden onderscheiden in reactief en proactief. Dodge, Lochman,

Harnas, Patés en Petit (1997) zien reactief agressieve personen als emotioneel, defensief en heetgebakerd. Proactief agressieve personen zijn volgens hen berekenend, offensief en koelbloedig. 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).

Criminogene factoren zijn kenmerken van personen en hun omgeving die van invloed zijn op crimineel gedrag (Andrews & Bont, 2003). Ze kunnen worden onderscheiden in statische en dynamische factoren. Bij statische factoren gaat het om persoonskenmerken die niet kunnen worden beïnvloed door een interventie, bijvoorbeeld: opvoeding binnen een éénouder gezin. Dynamische factoren zoals beperkte sociale vaardigheden of een antisociale houding zijn in principe wel veranderbaar.

Literatuur

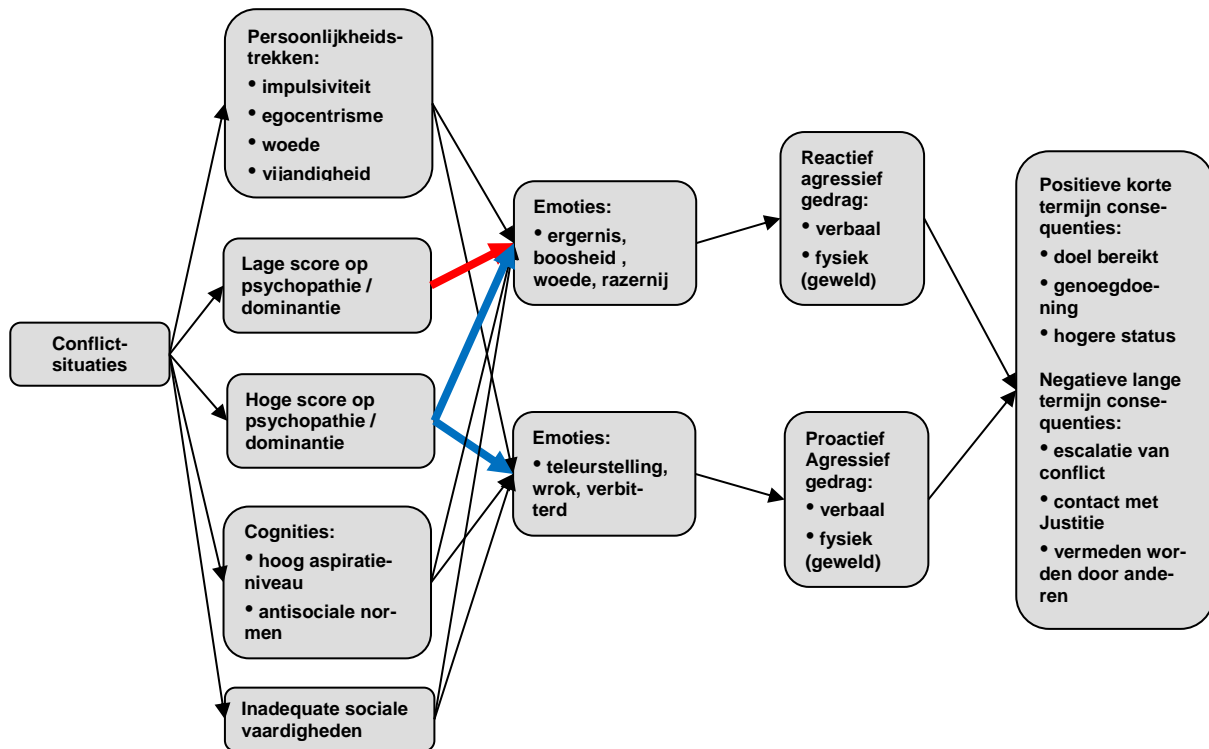
Goldstein, Glick en Gips (1998) veronderstelden dat agressief gedrag verband houdt met gedragstekorten op het gebied van emoties, cognities en sociale vaardigheden. Zij hadden minder aandacht voor dispositionele factoren als biologische kenmerken, persoonlijkheidstrekken of gezinspathologie. Bij ontwikkeling van hun multimodale programma voor agressieve jongeren (Aggression Replacement Training) beriepen de auteurs zich op diverse theoretici. Zo baseerden ze de module Sociale vaardigheden, die vaardigheden moet leren in de omgang met conflictsituaties, op de sociaalleren theorie van Bandera (1973). Voor de module Woedebeheersing grepen ze terug op het werk van Novaco (1975), die woede beschreef als '...Een combinatie van arousal en het benoemen van die arousal als woede. De verhoogde arousal is het gevolg van als aversief beleefde gebeurtenissen'. Deze module leert deelnemers gedrag van anderen beter beoordelen, hun Arousalniveau te verlagen, en de consequenties van hun gedrag onder ogen te zien. De Moreel redeneren module ontleenden Goldstein, Glick en Gips aan Kohlberg's (1969) fasen van morele (on)rijpheid. Doel is om deelnemers prosociale (= algemeen aanvaarde) normen en waarden bij te brengen via discussie over morele dilemma's.

Gecontroleerd onderzoek bij agressieve en/of delinquente adolescenten in

residentiële instellingen, in ambulante projecten en bij jeugdbendes leverde significante verbeteringen op bij jongeren die de Aggression Replacement Training gevolgd hadden (Goldstein, Glick & Gibbs, 1998). De vorderingen werden vastgesteld aan de hand van veranderingen in het sociaal functioneren, de frequentie en ernst van incidenten, en het aantal arrestaties na beëindiging van de training. Een aangepaste versie van de training voor jongens en meisjes in een opvangcentrum leidde tot afname van antisociaal gedrag, geoperationaliseerd als inbreuk op huisregels, inbreuk op sociale normen, inbreuk op iemands persoonlijk eigendom en agressie jegens het fysieke of psychische welbevinden van anderen (Nugent, Bruley & Allen, 1999). Uit een groot onderzoek in de staat Washington kwam naar voren dat Aggression Replacement Training bij agressieve en/of gewelddadige jongeren ook op langere termijn resulteerde in een significante afname van het recidiverisico, mits de training op 'competente wijze' werd uitgevoerd (Washington State Institute for Public Policy, 2004). Hoewel het model van Goldstein en zijn collega's niet alleen toepasbaar is op kinderen en adolescenten, werd hun training vooral bij deze leeftijdscategorieën onderzocht.

Bij de ontwikkeling van de Agressiehanteringstherapie namen we de aanbevelingen van Cooke en Philip (2001) en van Hollin (2006) als uitgangspunt, dat wil zeggen dat de therapie (1) een op verandering gericht model als kader heeft, (2) een concrete beschrijving van de doelgroep kent, (3) gericht is op dynamische risicofactoren, (4) gebruik maakt van effectieve methoden, (5) gericht is op vaardigheden, (6) gebruik maakt van een draaiboek en (7) geëvalueerd wordt met behulp van betrouwbare en valide meetinstrumenten. We ontwikkelden op grond van literatuur en klinische ervaringen onderstaand model (Figuur 1). In dit model wordt verbale en fysieke agressie weliswaar gezien als geleerd gedrag, maar zijn biologische en sociale factoren niet buiten beschouwing gelaten. Het model laat zien dat personen met een lage score op psychopathie en dominantie reactief agressief gedrag vertonen en personen met een hoge score zowel reactief als proactief agressief gedrag. Beide gedragingen leiden weliswaar tot positieve consequenties op korte termijn, maar vaak ook tot negatieve consequenties op langere termijn. Agressieve personen zijn geneigd de consequenties op langere termijn te negeren omdat ze denken die niet voor hen gelden.

Figuur 1. Model van agressief gedrag.



Methode

De korte versie van de Agressiehanteringstherapie kent drie modules (Woedebeheersing, Sociale vaardigheden en Moreel redeneren) met 15 wekelijkse en drie vijfwekelijkse evaluatiebijeenkomsten van 1½ uur. De lange versie omvat zeven modules (Woedebeheersing, Sociale vaardigheden, Moreel redeneren, Prosociaal denken, Karaktervorming, Prosociaal netwerk en Houding tegenover vrouwen) met 35 wekelijkse en drie vijfwekelijkse evaluatiebijeenkomsten van 1½ uur (Tabel 1). Behandelaars beschikken over een draaiboek en patiënten maken de huiswerkopdrachten in een werkboek (Held zonder geweld, deel 1: Hornsveld, 2004; Held zonder geweld, deel 2: Hornsveld & De Vries, 2009).

Bij de module *Woedebeheersing* wordt gebruik gemaakt van de in Nederland gangbare werkwijze, te weten die van de 'vijf G's' (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag en gevolg). Dit gebeurt aan de hand van oefensituaties die door de behandelaars worden ingebracht en van situaties die door de patiënten worden aangedragen. Voor de module

Sociale vaardigheden kiezen de patiënten vijf vaardigheden uit een lijst van twaalf, te weten: (1) contact maken, (2) een situatie beëindigen, (3) een verzoek doen, (4) een verzoek weigeren, (5) reageren op een weigering, (6) kritiek geven, (7) reageren op kritiek, (8) je mening geven, (9) voor jezelf opkomen, (10) iemand een compliment geven, (11) waardering uitspreken over jezelf en (12) reageren op een compliment. Voorafgaande aan het rollenspel ontvangen de patiënten een hand-out met mogelijke doelen ('Wat wil je bereiken?') en criteria ('Waar let je op?'). Alle patiënten oefenen op elke bijeenkomst één van de gekozen vijf vaardigheden. Tijdens de module *Moreel redeneren* worden morele probleemsituaties ter discussie gesteld. De morele probleemsituatie van een patiënt wordt met behulp van een rollenspel verder uitgewerkt.

Tabel 1. *Modulen van de Agressiehanteringstherapie.*

Module	Bijeenkomsten	Doelstelling
Woedebeheersing	1 t/m 5	Onderkennen van en adequaat omgaan met gevoelens als irritatie, boosheid, woede of agressie
Sociale vaardigheden	6 t/m 10	Verbeteren of uitbreiden van relevante sociale vaardigheden
Moreel redeneren	11 t/m 15	Kennis nemen van gangbare waarden en normen en leren oplossen van morele problemen
<i>Evaluatie korte versie</i>	16, 17 en 18	<i>Evaluatie en rapportage</i>
Prosociaal denken	16 t/m 20	Antisociale cognities omzetten in positieve cognities
Karaktervorming	21 t/m 25	Bij sociaal gedrag onderscheiden van positieve en negatieve consequenties op korte en op lange termijn
Prosociaal netwerk	26 t/m 30	Aangaan van prosociale contacten en het beëindigen van antisociale contacten
Houding tegenover vrouwen	31 t/m 35	Omgaan met vrouwen in contacten met verschillende niveaus van intimiteit
<i>Evaluatie lange versie</i>	36, 37 en 38	<i>Evaluatie en rapportage</i>
Boostersessies	39 t/m	Controle

De module *Prosociaal denken* heeft als doel patiënten te leren antisociale gedachten om te zetten in prosociale gedachten. Aan de orde komen de volgende cognitieve

vervormingen: (1) je niet verplaatsen in een ander, (2) egocentrisme, (3) bagatelliseren, (4) het ergste veronderstellen en (5) anderen de schuld geven. Op elke bijeenkomst wordt een cognitieve vervorming besproken en afgesloten met een rollenspel. Gedurende de module *Karaktervorming* leren patiënten onderscheid maken tussen consequenties op korte en lange termijn bij pro sociaal versus antisociaal gedrag. Dit gebeurt aan de hand van vijf thema's, te weten: (1) verantwoordelijkheid, (2) dienstbaarheid, (3) respect, (4) samenwerking en (5) eerlijkheid. Tijdens elke bijeenkomst wordt een thema besproken en afgesloten met een rollenspel. De bijeenkomsten van de module *Pro sociaal netwerk* zijn gewijd aan het leren aanknopen van pro sociale contacten en het afhouden of beëindigen van antisociale contacten. Dit gebeurt door het oefenen van de volgende vijf vaardigheden: (1) kennis maken, (2) afspraak maken, (3) contact verdiepen, (4) iemand informeren over TBS en (5) reageren op een afwijzing. Bij de module *Houding tegenover vrouwen* leren (mannelijke) patiënten hoe ze zich dienen te gedragen ten opzichte van de andere sekse. De vijf bijeenkomsten van deze module gaan over (1) behoefte aan intimiteit tonen, (2) reageren op afwijzing, (3) reageren op toenadering, (4) contact intensiveren en (5) omgaan met relationele conflicten.

Tijdens de *eerste evaluatiebijeenkomst* wordt de therapie geëvalueerd met behulp van een evaluatieschaal met twintig uitspraken over de therapie, de eigen inzet, en de bereikte resultaten. De patiënten beoordelen die uitspraken met behulp van een vijf puntsschaal. Voorbeelden zijn: 'Ik heb beter in de gaten welke schade je met agressief gedrag bij anderen aanricht' en 'Ik was bij het begin van de behandeling voldoende ingelicht over wat er in de therapie zou gaan gebeuren'. Op de *tweede evaluatiebijeenkomst* worden de conceptverslagen met de patiënten besproken. Hierin wordt melding gemaakt van individuele vorderingen, feitelijke aanwezigheid, kwaliteit van het huiswerk en eventuele probleemgedragingen die nog aandacht vergen. De verslagen bevatten op deze bijeenkomst de beoordelingen van alle patiënten die aan de therapie hebben deelgenomen, zodat ze zich over alle verslagen een mening kunnen vormen. Tijdens de *derde evaluatiebijeenkomst* wordt in de groep het verslag van elke patiënt afzonderlijk besproken met de

behandelverantwoordelijke. Tenslotte wordt als bewijs van deelname een certificaat uitgereikt.

Middels *Boostersessies* wordt de therapie geleidelijk afgebouwd, zodat terugval kan worden voorkomen. Op deze bijeenkomsten bespreken patiënten recente probleemsituaties aan de hand van verslagen in hun werkboek. Patiënten oefenen tenminste eenmaal per week een agressief gedrag oproepende situatie. Als een patiënt een situatie rapporteert waarin het hem niet gelukt is zijn agressieve gedrag onder controle te houden, wordt deze situatie geoefend. De patiënt moet dezelfde of een overeenkomstige situatie dan in de periode tot aan de volgende bijeenkomst opnieuw oefenen. Als in het agressieve gedrag geen verbetering optreedt of als in een situatie het agressieve gedrag te ernstig blijkt, wordt een individueel gesprek met de betreffende patiënt gevoerd waarin hij te horen krijgt dat met de behandelverantwoordelijke contact zal worden opgenomen. De boostersessies zijn open bijeenkomsten. De behandelaars bepalen voor de patiënten de frequentie van deelname.

Gedurende de hele therapie krijgen patiënten aan het einde van elke bijeenkomst *huiswerkopdrachten* mee om de situatie of vaardigheid die in de betreffende bijeenkomst aan de orde is geweest in de praktijk te oefenen. De verslagen van die huiswerkopdrachten worden besproken tijdens de volgende groepsbijeenkomst. Vanaf de 16^e bijeenkomst doen de patiënten op elke bijeenkomst ook standaard verslag van een situatie waarin het wel of niet gelukt is een probleemsituatie op een adequate manier op te lossen. Bij de laatste twee modules kunnen de behandelaars kiezen uit huiswerkopdrachten voor patiënten die nog niet en voor hen die al wel met verloop mogen. Incidenteel kan in het kader van de therapie met een patiënt een *individueel gesprek* gevoerd worden. In die gesprekken kan bijvoorbeeld een patiënt worden aangesproken op zijn (ongewenste) gedrag in de groep of wordt een nieuw probleemgedrag nader geanalyseerd.

Wetenschappelijk onderzoek

Vanaf 2002 is wetenschappelijk onderzoek verricht naar de dynamische criminogene factoren van gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten (Hornsveld, Bulten, De Vries & Kraaimaat, 2008; Hornsveld, Hollin, Nijman & Kraaimaat, 2007), de

toepassingsmogelijkheden van de Agressiehanteringstherapie (Hornsveld, Nijman, Hollin & Kraaimaat, 2008) en de met de therapie behaalde resultaten (Hornsveld, Nijman & Kraaimaat, 2008). Ten behoeve van dit onderzoek werden twee nieuwe meetinstrumenten ontwikkeld: een vragenlijst voor vijandigheid (Hornsveld, Nijman, Hollin & Kraaimaat, 2007a) en een observatieschaal voor gedrag op de afdeling (Hornsveld, Nijman, Hollin & Kraaimaat, 2007b).

Uit het onderzoek naar *dynamische criminogene factoren* (persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen) kwam naar voren dat de terbeschikkinggestelden die geïndiceerd waren voor de Agressiehanteringstherapie hoger scoorden op neuroticisme en lager op altruïsme dan de normgroep. Ze rapporteerden minder problemen te hebben met situaties waarin kritiek gegeven kan worden en meer problemen met situaties waarin iemand een compliment gegeven kan worden. Op grond van internationale literatuur onderzochten we de patiënten ook op *individuele verschillen*. De resultaten van dit onderzoek ondersteunden de bevindingen van andere auteurs dat patiënten met een lage score op psychopathie vooral reactief agressief gedrag vertonen en patiënten met een hoge score relatief vaker proactief agressief gedrag. Bij de eerste groep patiënten werd een relatie tussen agressief gedrag en sociale competentie gevonden, bij de tweede groep was dit niet het geval. Een onderzoek naar de *verschillen tussen degenen die de therapie voltooiden en degenen die voortijdig afhaakten* toonde aan dat de terbeschikkinggestelden die voortijdig afhaakten hoger scoorden op een belangrijk aspect van psychopathie, namelijk een chronisch labiele en antisociale levensstijl, dan degenen die de therapie afmaakten. De afhakers scoorden bovendien lager op de persoonlijkheidstrek openheid dan de afmakers.

Uit het onderzoek naar de *resultaten met de korte Agressiehanteringstherapie* kwam naar voren dat bij de terbeschikkinggestelden de scores op vijandigheid en agressief gedrag van de na- en follow-up meting significant lager waren dan de scores van de voormeting. Ze scoorden tijdens de follow-up meting ook significant lager op agressief gedrag gemeten met een zelfrapportage vragenlijst en een observatieschaal. Vervolgens werd een controlegroep toegevoegd die 'care as usual' aangeboden kreeg. Bij de therapiegroep nam het agressieve

gedrag gemeten met de zelfrapportage vragenlijst en de observatieschaal tussen voor- en follow-up meting significant af, terwijl dat niet het geval was bij de patiënten van de controlegroep. Bij een eerste *evaluatie van de lange Agressiehanteringstherapie* bleek dat de deelnemende patiënten bij de follow-up minder agressief gedrag en meer moreel besef vertoonden dan bij de beginmeting. Het aantal tot op heden onderzocht patiënten ($N = 10$) is echter vooralsnog te klein voor het trekken van definitieve conclusies. Voor het meten van moreel besef is onlangs een nieuw instrument ontwikkeld (Hornsveld, Vermeulen & Van Veldhuizen, 2009).

Uitvoering

De Agressiehanteringstherapie dient te worden uitgevoerd door ervaren psychologen. Kennis en ervaring zijn nodig om tijdens het oefenen in rollenspelen patiënten op een tactvolle maar tegelijk duidelijke manier te wijzen op hun tekortkomingen en vervolgens te motiveren tot nieuw gedrag. In voorkomende gevallen moet een patiënt tijdens enkele individuele gesprekken geconfronteerd kunnen worden met zijn dominante gedrag of moet een nadere functionele analyse gemaakt worden van nog niet eerder vertoond probleemgedrag. Voor de begeleiding van de wekelijks huiswerkbijeenkomsten verdient het aanbeveling een beroep te doen op stagiairs Klinische Psychologie. De stagiairs wonen de groepsbijeenkomsten aanvankelijk bij als observator, later kunnen ze ook bepaalde onderdelen min of meer zelfstandig uitvoeren.

Volgens McGuire (2006) is uit een groot aantal studies gebleken dat vooral cognitief-gedragstherapeutische interventies een afname van recidiverisico bewerkstelligen. Wartna, El Harbachi en Essers (2006) vonden aanwijzingen dat een behandeling niet zonder effect is. Binnen twee jaar na beëindiging van de terbeschikkingstelling pleegde 19% van de patiënten een delict waarvoor een gevangenisstraf van vier jaar of meer geldt, terwijl van de gedetineerden die eveneens veroordeeld waren voor een gevangenisstraf van vier jaar of langer 43% recidiveerde (Wartna, Kalidien, Tollenaar & Essers, 2006). Zwets (2008) vond echter aanwijzingen dat terbeschikkinggestelden tijdens hun verblijf in een gesloten instelling weinig veranderen. Waarschijnlijk draagt een vele jaren durend verblijf in een

gestructureerde en gecontroleerde omgeving ertoe bij dat verandering in relatief weinig frequent agressief gedrag nauwelijks optreedt of niet adequaat kan worden geregistreerd. Behandelaars en onderzoekers doen er daarom goed aan bij hun werkzaamheden de uitspraak van Goldstein in gedachten te houden: "Small gains, that's the business we are in".

Literatuur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington, DC: APA.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3rd Ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Berkowitz, L. (1993). *Aggression: Its causes, consequences, and control*. Boston, MA: McGraw-Hill.
- Blackburn, R. (1993). *The Psychology of Criminal Conduct: Theory, Research and Practice*. Chichester, UK: Wiley.
- 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.
- 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.
- 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.
- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, IL: Research Press.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, CA: Multi-Health Systems.
- Hollin, C. R. (2006). Offending behaviour programmes and contention: Evidence-based practice, manuals, and programme evaluation. In C.R. Hollin & E.J. Palmer (Eds.), *Offending behaviour programmes: Development, application, and controversies* (pp. 179-207). Chichester, UK: Wiley.

- Hornsveld, R. H. J. (2004). *Held zonder geweld: Behandeling van agressief gedrag* (draaien werkboek). Amsterdam: Boom.
- Hornsveld, R. H. J., Bulten, B. H., Vries, E. T. de, Kraaimaat, F. W. (2008). Violent forensic psychiatric inpatients and violent detainees in the Netherlands. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 19*, 407-419.
- 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., Nijman, H. L. I., Hollin, C. R., & Kraaimaat, F. W. (2007a). 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. (2007b). Development of the Observation Scale for Aggressive Behavior (OSAB) for Dutch forensic psychiatric inpatients with an antisocial personality disorder. *International Journal of Law and Psychiatry, 30*, 480-491.
- 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., 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., 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, deel 2: Behandeling van agressief gedrag* (draai- en werkboek). Poortugaal: De Kijvelanden.
- 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.
- McGuire, J. (2006). General offending behaviour programmes: Concept, theory, and practice. In C. R. Hollin & E. J. Palmer (Eds.), *Offending behaviour programmes: Development, application and controversies* (pp. 69-111). Chichester, UK: Wiley.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: D.C. Heath.
- 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.
- Wartna, B. S. J., Harbachi, S. el, & Essers, A. A. M. (2006). *Strafrechtelijke recidive van ex-terbeschikkinggestelden*. Den Haag: WODC.
- Wartna, B. S. J., Kalidien, S. N., Tollenaar, N., & Essers, A. A. M. (2006). *Strafrechtelijke recidive van ex-gedetineerden*. Den Haag: WODC.
- 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>
- Zwets, A. J. (2008). *Behandelloosheid tijdens TBS*. Rotterdam: Erasmus Universiteit.