

# Cognitief-gedragstherapeutische programma's voor (seksueel) gewelddadige terbeschikkinggestelden: een update<sup>1</sup>

Ruud H.J. Hornsveld<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Dit manuscript is een geactualiseerde versie van het eerder verschenen hoofdstuk Cognitief-gedragstherapeutische programma's voor (seksueel) gewelddadige terbeschikkinggestelden (2015), in Mevis, P. A. M., Tulen, J. H. M., Raes, B. C. M., Mulder, E. A., Van der Wolf, M. J. F., & Bakker, S. R. (Red.), *Omzwervingen tussen psychiatrie en recht. Liber amicorum prof. dr. H.J.C. van Marle* (pp. 53-65). Deventer: Wolters Kluwer.

<sup>2</sup> Dr. Ruud H.J. Hornsveld is vrijgevestigd klinisch psycholoog/wetenschappelijk onderzoeker en supervisor van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve Therapie (VGCT).

Website: [www.Agressiehanteringstherapie.nl](http://www.Agressiehanteringstherapie.nl). E: [Ruud.Hornsveld@Ziggo.nl](mailto:Ruud.Hornsveld@Ziggo.nl)

## Inleiding

In Nederland is, vergeleken met een aantal Angelsaksische landen, de ontwikkeling van cognitief-gedragstherapeutische programma's voor delinquenten laat op gang gekomen. Al in de negentiger jaren werd in Canada en de Verenigde Staten het programma 'Reasoning and Rehabilitation' (R&R) van Ross, Fabiano en Ewles (1998) toegepast. Robinson en Porporino (2001) vonden dat delinquenten die het programma voltooiden een kleinere kans hadden om na een jaar te recidiveren dan degenen die het programma niet gevolgd of afgemaakt hadden. In het Verenigd Koninkrijk werd in 1993 een aangepaste versie van R&R, Enhanced Thinking Skills (ETS), geïmplementeerd. Uit een onderzoek door Friendship e.a. (2003) bleek dat het recidiverisico van delinquenten die R&R of ETS gevolgd hadden lager was dan dat van niet behandelde delinquenten. Inmiddels hadden Andrews, Bonta en Hoge (1990) de psychologische risicofactoren geformuleerd waarop effectieve programma's voor delinquenten zich moeten richten, namelijk antisociale persoonlijkheid, antisociale cognities, antisociaal netwerk, familie- en/of relatieproblemen, beperkte opleiding en/of geen werk, onvoldoende prosociale tijdsbesteding en middelenmisbruik. Een effectief programma voor delinquenten dient volgens Antonowisz en Ross (1994) daarbij gebruik te maken van rollenspelen voor het trainen van sociale en cognitieve vaardigheden. Landenberger en Lipsey (2005) voerden een meta-analyse uit van 58 (quasi-)experimentele studies naar de effecten van cognitief-gedragstherapeutische programma's op het recidiverisico van volwassen en jeugdige delinquenten. Een grotere afname in recidiverisico bleek te worden bereikt bij programma's die gericht zijn op woedebeheersing en interpersoonlijke probleemoplossende vaardigheden.

Ook de eerste cognitief-gedragstherapeutische programma's voor seksueel geweldplegers werden in Angelsaksische landen ontwikkeld. Deze programma's waren aanvankelijk gebaseerd op het 'terugvalpreventiemodel' (Pithers e.a., 1988) en niet alleen gericht op modificatie van deviante seksuele oriëntaties en op seksuele voorlichting, maar ook op toename van empathie, sociale vaardigheden, relationele vaardigheden, probleemoplossende vaardigheden, woedebeheersing en zelfwaardering (Marshall & Anderson, 2000).

Een onderzoek naar het effect van het in Californië uitgevoerde Sex Offender Treatment en Evaluation Project (SOTEP; Marques, Day, Nelson, & West, 1994) leverde echter geen verschil op in recidiverisico tussen een behandelde en een niet-behandelde groep delictplegers over een periode van acht jaar (Marques, Wiederanders, Day, Nelson, & Van Ommeren, 2005). Min of meer parallel aan de ontwikkelingen in de Verenigde Staten werd in 1992 Groot-Brittannië het 'Sex Offender Treatment Program' (SOTP) geïmplementeerd (Grubin & Thornton, 1994). Dit programma omvatte een 'Core' en een 'Booster' programma voor alle seksueel geweldplegers, evenals een 'Extended' programma met modules op indicatie. Uit een evaluatie van het SOTP door Friendship, Mann en Beech (2003) kwam echter naar voren het percentage seksuele recidives in de behandelde groep niet significant lager was dan in de onbehandelde groep. Een meta-analyse door Lösel en Schmucker (2005) toonde echter aan dat terugvalpreventie programma's toch een positief resultaat opleverden. In de negentiger jaren werd de op het 'terugvalpreventiemodel' gebaseerde delictscenarioprocedure door Van Beek (1999) geïntroduceerd ten behoeve van de diagnostiek en behandeling van Nederlandse seksueel geweldplegers.

Hanson (2000) stelde echter dat behandelprogramma's zich beter kunnen richten op factoren die delictgedrag initiëren en die terugval kunnen voorkomen dan op factoren die tot een seksueel delict kunnen leiden. De kritiek van Hanson sluit aan bij het door Andrews, Bonta en Hoge (1990) bepleite 'Risk-Need-Responsivity model'. Uit een meta-analyse van een aantal goede studies kwam naar voren dat in het algemeen de recidive percentages significant lager waren voor behandelde dan voor onbehandelde seksueel geweldplegers. Programma's die gebaseerd waren op de 'RNR' principes leverden de grootste afname in seksueel en algemeen recidive op (Hanson, Bourgon, Helmus, & Hodgson, 2009).

### **Aggression Replacement Training**

Aggression Replacement Training (ART) is een multimodale interventie, die beoogt prosociaal gedrag te bevorderen bij kinderen en adolescenten die agressief en gewelddadig gedrag vertonen. De training werd ontwikkeld door Goldstein, Glick en Gibbs (1998) en heeft drie belangrijke componenten, namelijk Woedebeheersing, Sociale vaardigheden en Moreel

redeneren. In de oorspronkelijke opzet duurt ART 10 weken met drie sessies per week, één voor elke component. De groepen omvatten meestal zes tot acht deelnemers. Tijdens alle onderdelen van ART worden huiswerkopdrachten gegeven voor de generalisatie van de geleerde vaardigheden naar nieuwe situaties. Andere voordelen van ART zijn volgens Guerra e.a. (2008) dat het programma gemakkelijk aangepast kan worden aan verschillende settingen 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), waarbij een experimentele groep jeugdige delinquenten met een midden tot hoog recidiverisico werd vergeleken met een controlegroep, bleek ART te resulteren in een 24% lagere recidive in de experimentele groep over een periode van 18 maanden (Barnoski, 2004).

### **Assessment**

Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten is nodig voor het bepalen van de behandelintensiteit en van de kans op terugval na ontslag (Bonta & Andrews, 2007; Prentky, Barbaree, & Janus, 2015). Voor de risicotaxatie kunnen beoordelingsinstrumenten worden gebruikt die door ervaren psychologen gescoord worden aan de hand van dossiergegevens, gedragsobservaties en interviewgegevens. Scores op de items van deze instrumenten kunnen worden gesommeerd, maar de totaalscore dient altijd te worden geïnterpreteerd in relatie tot de persoon van de dader en tot de omstandigheden waarin het delictgedrag plaats vond. De (risk)assessment vindt individueel plaats voorafgaande en tegen het einde van het groepsprogramma.

Van het Nederlandse Ministerie voor Veiligheid en Justitie dient bij alle forensisch psychiatrische patiënten de Historische, Klinische en Toekomstige-Revisie (HKT-R; Spreen, Brand, Ter Horst, en Bogaerts, 2013) te worden afgenomen. Deze lijst omvat 33 items verdeeld over drie domeinen, namelijk Historisch (12 items over de levensgeschiedenis, bijvoorbeeld item H09: 'Arbeidsverleden'), Klinisch (14 items over het gedrag van afgelopen 12 maanden, bijvoorbeeld item K05: 'Antisociaal gedrag') en Toekomst (7 items over zelfstandig functioneren na verlof, bijvoorbeeld item T05; 'Vrije tijd'). Items worden gescoord

op een vijfpuntsschaal lopend van 0 = 'laag' tot 4 = 'hoog'. Hoe hoger de score, hoe hoger het risico ten aanzien van het betreffende item. Per item zijn de scores gedetailleerd omschreven.

Bij seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden moet van het Nederlandse Ministerie voor Veiligheid en Justitie de HKT-R te worden aangevuld met de Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Boer, Wilson, Gauthier, & Hart, 1997; Nederlandse versie: Hildebrand, De Ruiter, & Van Beek, 2001). Deze lijst omvat 20 items die zijn ondergebracht in drie subschalen te weten: Seksuele delicten (7 items over in het verleden gepleegde seksuele delicten, bijvoorbeeld item 13: 'Meerdere typen seksuele delicten'), Psychosociale aanpassing (11 items over andere relatief stabiele kenmerken en over huidig functioneren, bijvoorbeeld item 3: 'Psychopathie') en Toekomstplannen (2 items over huidig en toekomstig functioneren, bijvoorbeeld item 19: 'Ontbreken van realistische toekomstplannen'). Voor de (negatief geformuleerde) items zijn er de volgende scoringsmogelijkheden: 0 = 'afwezig', 1 = 'mogelijk aanwezig' en 2 = 'duidelijk aanwezig'. Itemscores kunnen bij elkaar opgeteld worden als een maat voor de kans op terugval in seksueel geweld, maar diagnostici moeten ook hun klinisch oordeel gebruiken bij het onderbrengen van delictplegers in risicocategorieën.

Een van de items van de SVR-20 betreft 'Psychopathie'. Voor de scoring van dit item moet de Psychopathie Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991, 2003; Nederlandse versie: Vertommen, Verheul, De Ruiter & Hildebrand, 2002) worden gebruikt. De versie uit 2003 van deze lijst omvat 20 items met vier factoren, facetten genaamd: (1) Interpersoonlijk (bijvoorbeeld item 2: 'Sterk opgeblazen gevoel van eigenwaarde'), (2) Affectief (bijvoorbeeld item 8: 'Kil/gebrek aan empathie'), (3) Leefstijl (bijvoorbeeld item 14: 'Impulsiviteit') en (4) Antisociaal (bijvoorbeeld item 18: 'Jeugdcriminaliteit'). De items worden gescoord met behulp van een driepuntsschaal met 0 = 'niet van toepassing', 1 = 'enigszins van toepassing' en 2 = 'van toepassing'. In de Verenigde Staten wordt als cutoff score voor psychopathie een score van 30 aangehouden. In Europa is een cutoff score van 25 gebruikelijk (Lammers et al., 2015)

Dynamische items van de HKT-R en de SVR-20 kunnen informatie geven over belangrijke probleemgedragingen van de patiënt, maar hebben als nadeel dat het ontbreekt aan situatiespecificiteit (bijvoorbeeld item K04 van de HKT-R: 'Impulsiviteit') of dat verwezen wordt naar zeer brede domeinen (bijvoorbeeld item 8 van de SVR-20: 'Problemen in het arbeidsverleden'). Zo kan 'Impulsiviteit' zich uiten in verschillende situaties en zich op verschillende manieren manifesteren, bijvoorbeeld als inadequate reactie op een verzoek van een leidinggevende, tijdens huiselijk geweld, of in een te sterk protest tegen de beslissing van een scheidsrechter tijdens een voetbalwedstrijd. 'Problemen in het arbeidsverleden' kan betekenen dat iemand geen sollicitatiegesprek kan voeren, inadequaat reageert op opdrachten van een leidinggevende of niet kan samenwerken met collega's omdat hij bepaalde communicatieve vaardigheden mist. Relatief hoge scores op de dynamische items vereisen dus nadere analyse: Wat wordt precies onder 'Impulsiviteit' en 'Problemen in het arbeidsverleden' verstaan, in welke situaties doet het probleemgedrag zich voor, welke emoties en cognities spelen een belangrijke rol en wat zijn de consequenties van het gedrag op korte en op lange termijn? Dynamische items bieden dus als zodanig onvoldoende aanknopingspunten voor een individueel behandel- of resocialisatieplan en het verdient daarom aanbeveling om tevens gebruik te maken van zelfrapportage vragenlijsten en observatieschalen. Nadat een holistische theorie of een heuristisch model voor de verschillende probleemgebieden is geformuleerd, kunnen functionele analyses van gedrag worden gemaakt en kan aan de hand daarvan een behandelplan met specifieke behandel doelstellingen worden vastgesteld (De Raedt & Schacht, 2003; Haynes & O'Brien, 2000; Sturmey & McMurrin, 2011).

Voor het bevorderen van de behandelmotivatie verdient het aanbeveling om ook een instrument af te nemen dat zogenaamde protectieve factoren inventariseert, bijvoorbeeld de Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk (SAPROF; De Vogel, De Ruiter, Bouman, & De Vries Robbé, 2007; De Vries Robbé, De Vogel, Koster, & Bogaerts, 2015), al is op dit moment nog onvoldoende duidelijk in hoeverre protectieve factoren van

toegevoegde waarde zijn voor het betrouwbaar taxeren van het recidiverisico (Tharp et al., 2012; Klein, Rettenberger, Yoon, Köhler, & Briken, 2014).

Voor vergelijkingen met internationale studies, dient de HKT-R te worden aangevuld met de Historical Clinical Risk Management-20, versie 3 (HCR-20<sup>V3</sup>, Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013; Nederlandse versie: De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & De Ruiters, 2013), een beoordelingsinstrument voor het schatten van gewelddadig gedrag met 20 items die zijn verdeeld over drie subschalen, te weten een Historische schaal (10 items, bijvoorbeeld item H5: 'Middelengebruik'), een Klinische schaal (5 items, bijvoorbeeld item C2: 'Gewelddadige denkbeelden of intenties') en een Risicohanteringschaal (5 items, bijvoorbeeld R3: Persoonlijke steun). De SVR-20 wordt bij voorkeur vervangen door de Nederlandse versie van de Static/Stable/Acute (SSA), bestaande uit de Static-99R (Harris, Phenix, Hanson, & Thornton, 2003; Nederlandse vertaling: Smid, Koch, & Van den Berg, 2014) om recidiverisico te beoordelen, de Stable-2007 (Fernandez, Harris, Hanson, & Sparks, 2012; Nederlandse vertaling: Van den Berg, Smid, & Koch, 2014) om dynamische criminogene factoren te bepalen, en de Acute-2007 (Hanson & Harris, 2012; Nederlandse vertaling: Koch, Van den Berg, & Smid, 2014) voor de meting van acute dynamische risicofactoren. De Static-99R is een beoordelingsinstrument met 10 items die soms met een tweepuntsschaal (bijvoorbeeld item 8, 'Niet-verwant slachtoffer': 0/1) of soms met een vierpuntsschaal (bijvoorbeeld item 5, 'Eerdere seksuele delicten': 0/1/2/3) gescoord moeten worden. De totaalscore is de optelsom van de items. De totaalscore kan ondergebracht worden in een risicocategorie, variërend van 'Laag', via 'Laag-gemiddeld' en 'Gemiddeld-hoog' tot 'Hoog'. De Stable-2007 bevat 12 'stabiel dynamische' items, bijvoorbeeld item 3: 'Emotionele identificatie met kinderen'. Items worden gescoord met behulp van antwoordcategorieën. Er is een extra item voor plegers met slachtoffers onder de 14 jaar. De totaalscore kan toebedeeld worden aan de risicocategorieën 'Laag', 'Matig' of 'Hoog'. De Acute-2007 bevat 7 acuut dynamische risicofactoren, bijvoorbeeld item 3: 'Seksuele preoccupatie'. Items worden eveneens gescoord op basis van antwoordcategorieën. De totaalscore kan variëren van 'Laag' via 'Matig' tot 'Hoog'.

## **Programma voor gewelddadige terbeschikkinggestelden**

Voor de ontwikkeling van de Agressiehanteringstherapie (AHT) voor gewelddadige terbeschikkinggestelden werd de ART als uitgangspunt genomen, omdat het een multimodale training betreft die gebaseerd is op de sociale leertheorie van Bandura (1973) en zich op drie aspecten van agressief gedrag richt, namelijk fysiologische reactie/emotie, cognitie en overt gedrag (Hollin, 2004). De AHT kent drie modules (Woedebeheersing, Sociale vaardigheden en Moreel redeneren) met 15 wekelijkse en drie vijfwekelijkse evaluatiebijeenkomsten van 1½ uur en is bedoeld voor zes tot acht deelnemers. Na de publicatie van een handboek voor behandelaars en een werkboek voor deelnemers (Hornsveld, 2004) werd de therapie onderzocht in een aantal forensisch psychiatrische instellingen. Gecontroleerd onderzoek resulteerde in een significante afname in agressief gedrag bij een groep klinische en een groep poliklinische patiënten die de therapie afmaakten, zowel na afloop van het programma als bij een follow-up 15 weken later (Hornsveld, Kraaimaat, Muris, Zwets & Kanters, 2014; Hornsveld, Nijman en Kraaimaat, 2008).

Ten behoeve van de terbeschikkinggestelden werd de Agressiehanteringstherapie uitgebreid met een viertal modules, namelijk Prosociaal denken, Karaktervorming, Prosociaal netwerk en Omgaan met vrouwen (Hornsveld & De Vries, 2009). Deze vier modules werden toegevoegd om de behandeling beter aan te laten sluiten bij belangrijke door Andrews en Bonta (2003) geïdentificeerde dynamische criminogene factoren, te weten antisociale cognities, antisociaal netwerk en relatieproblemen. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de verlengde AHT: Hornsveld (2011).

## **Programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden**

In Nederland worden mannelijke, seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden vaak onderverdeeld in twee subgroepen, te weten kindermisbruikers en verkrachters (bijvoorbeeld: De Vogel, De Ruiter, Van Beek & Mead, 2004). Bij kindermisbruikers gaat het om seksueel misbruik als aanranding of verkrachting van slachtoffers jonger dan 16 jaar, bij verkrachters betreft het seksueel misbruik van slachtoffers die 16 jaar of ouder zijn.



Psychologische risicofactoren voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden zijn: deviante seksuele voorkeuren, delictondersteunende attitudes, intimiteitsproblemen, beperkte zelfregulatie vaardigheden en instabiele leefstijl/impulsiviteit. Daarnaast zou de behandeling zich bij kindermisbruikers vooral moeten richten op hun behoefte aan onderdanigheid en beperkte interpersoonlijke vaardigheden. Verkrachters lijken meer gebaat met een aanvullende behandeling voor hun niet-seksuele agressie (Hornsveld e.a., 2015).

Uitgaande van deze psychologische risicofactoren werd een programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden ontwikkeld met een aparte basistraining voor de kindermisbruikers en de verkrachters, gevolgd door een specifieke training voor beide subgroepen gezamenlijk (Hornsveld e.a., 2016).

### *Basistraining*

Voor de verkrachters bestaat de basistraining uit 'Held zonder geweld 1' (Hornsveld, 2004) met de modulen Woedebeheersing, Sociale vaardigheden en Moreel redeneren, aangevuld met de modulen Prosociaal denken en Consequenties van gedrag op korte en op lange termijn van 'Held zonder geweld 2' (Hornsveld & De Vries, 2009). De basistraining voor de kindermisbruikers is een variant op Held zonder geweld 1, waarbij ook andere emoties dan woede aan de orde kunnen komen, bijvoorbeeld angst of somberheid. Het onderdeel Sociale vaardigheden omvat bij deze subgroep 15 bijeenkomsten zodat desgewenst alle vaardigheden geoefend kunnen worden die van belang zijn voor het aanknopen en onderhouden van intieme relaties met volwassenen. Zie voor een nadere beschrijving van de inhoud van deze modules Hornsveld, Soe-Agnie, Donker en Van der Wal (2008).

### *Specifieke training*

Na de basistraining volgen de kindermisbruikers en verkrachters samen de specifieke training met drie groepsbehandelingen, te weten (a) Psychoeducatie, (b) Cognitieve vervormingen en (c) Prosociale Vaardigheden en hanteren van risicosituaties.

(a) *Psychoeducatie* (Hornsveld, Kanters, Van der Wal & Zwets, 2016). Tijdens 14 groepsbijeenkomsten komen onderwerpen aan de orde als genderrollen, geslachtsorganen

en seksuele opwinding, soa's en voorbehoedsmiddelen, pornografie en seksueel geweld. Eerst wordt informatie over deze onderwerpen verstrekt (De Vries & Hornsveld, 2010), daarna wordt er over gediscussieerd en tenslotte krijgen de deelnemers huiswerk mee in de vorm van vragen die ze schriftelijk moeten beantwoorden.

(b) *Cognitieve vervormingen* (Hornsveld & Kanters, 2016a). Dit onderdeel met ongeveer 20 bijeenkomsten is gewijd aan vier vervormingen die betrekking hebben op verkrachters en vier op kindermisbruikers. Elke bijeenkomst begint met een casus over een kindermisbruiker of een verkrachter, waarover de deelnemers met elkaar discussiëren. Tenslotte krijgen ze een huiswerkopdracht mee om zelf een cognitieve vervorming om te zetten in een prosociale cognitie.

(c) *Prosociale vaardigheden* (Hornsveld & Kanters, 2016b). Tijdens dit onderdeel met ongeveer 20 bijeenkomsten oefenen de deelnemers prosociaal gedrag door middel van rollenspelen, waarbij gebruik wordt gemaakt van videoapparatuur en een actrice. De video-opname zorgt ervoor dat deelnemers zelf hun gedrag kunnen bekijken en de actrice verhoogt het realiteitsgehalte van de oefensituaties.

#### *Afsluitende training*

De laatste zes bijeenkomsten worden besteed aan het *hanteren van de risicosituaties* (Hornsveld & Kanters, 2016b) zoals die bij de assessment en tijdens het volgen van het programma naar voren zijn gekomen. Deelnemers maken met behulp van de behandelaars functionele analyses van hun probleemgedragingen, gevolgd door het oefenen in rollenspelen. Dan moet blijken in hoeverre ze in staat zijn verschillende risicosituaties adequaat op te lossen. Desgewenst kan het aantal bijeenkomsten worden uitgebreid.

Aan het eind van het programma worden enkele bijeenkomsten gewijd aan de *behandelevaluatie*. Daartoe worden dezelfde instrumenten afgenomen als aan het begin van het programma en wordt de kans op recidive getaxeerd. Op grond van de resultaten op de meetinstrumenten en op basis van klinische indrukken wordt vervolgens voor elke deelnemer een *behandelverslag* gemaakt. In dit verslag wordt beschreven op welke manier een deelnemer het programma heeft gevolgd, welke resultaten die op de meetinstrumenten heeft

opgeleverd en welke klinische indrukken de behandelaars hebben van de vorderingen die de deelnemer heeft gemaakt. Alvorens het verslag naar de behandelverantwoordelijke te sturen wordt het met betrokkene besproken.

## **Behandeling op maat**

### *Groepsbehandeling*

McRoberts, Burlingame en Hoag (1998) vonden dat individuele en groepsbehandeling even effectief waren, maar met kleine verschillen afhankelijk van de te behandelen problematiek. Zo bleek individuele behandeling effectiever bij depressies en groepsbehandeling effectiever bij middelenmisbruik. De meeste studies betroffen echter zowel mannelijke als vrouwelijke patiënten, voor een deel 'college students' met psychopathologie.

In een overzicht van McGrath, Cumming en Burchard (2003) bleek dat het bij 90% van de programma's voor seksueel geweldplegers om groepsbehandeling gaat. Echter, de enkele studies naar mogelijke verschillen tussen individuele en groepsbehandeling wijzen volgens Serran, Marshall, Marshall en O'Brien (2013) in dezelfde richting als de bevindingen van McRoberts, Burlingame en Hoag (1998). Zo vonden DiFazio, Abracen en Looman (2001), en Abracen en Looman (2004) geen verschillen in recidive percentage tussen beide vormen van behandeling in een groep seksueel geweldplegers met een hoog recidiverisico. Een probleem met beide studies is echter dat er geen onderscheid werd gemaakt in subgroepen van bijvoorbeeld kindermisbruikers en verkrachters.

Marshall, Anderson en Fernandez (1999) pleitten voor groepsbehandeling van seksueel geweldplegers omdat volgens hen individuele therapie minder efficiënt en minder effectief is. Vooral als het gaat om het uitdagen van cognities zouden in een groep de andere deelnemers als geloofwaardiger worden ervaren dan behandelaars. Anders dan verwacht, trof Cowburn (geciteerd door Harkins & Beech, 2008) in gemengde groepen meestal geen hiërarchie aan, waarbij verkrachters zich superieur voelden aan kindermisbruikers. Samengestelde groepen hebben volgens hem juist als voordeel dat seksueel geweldplegers met dezelfde opvattingen minder gauw met elkaar samenspannen. Harkins en Beech (2008)

vonden geen verschil in recidivepercentage tussen homogeen samengestelde (alleen kindermisbruikers of alleen verkrachters) en heterogeen samengestelde (kindermisbruikers samen met verkrachters) groepen.

Groepsbehandeling lijkt niet alleen wat betreft de kosten effectiever dan individuele behandeling (MacKenzie, 1995), maar er zijn ook een aantal inhoudelijke voordelen. Deelnemers kunnen elkaar soms kritischer bevragen dan behandelaars en kunnen vaak beter goede voorbeelden geven op grond van eigen ervaringen. Daarnaast maakt groepsbehandeling het oefenen van nieuw gedrag door middel van rollenspelen mogelijk. De meeste terbeschikkinggestelden zijn afkomstig uit sociaal zwakke milieus, hebben geen of weinig opleiding genoten en beschikken over een beperkt repertoire van sociale vaardigheden.

#### *Aanvullende interventies*

Deelnemers volgen bij voorkeur de onderdelen van het programma in de beschreven volgorde. Uit de holistische theorie kan echter naar voren komen dat een op andere probleemgebieden gerichte behandeling eveneens is geïndiceerd, bijvoorbeeld trauma, depressie of middelenafhankelijkheid. Door deelname aan het groepsprogramma te combineren met een individuele of groepsbehandeling voor deze problemen kan de patiënt een behandeling op maat worden geboden.

#### *Behandelintegriteit*

Cooke en Philip (2001), en Hollin (2006) benoemden een aantal factoren ter bevordering van de behandelintegriteit. In de eerste plaats dienen behandelprogramma's gebaseerd te zijn op een empirisch gevalideerd, theoretisch kader. Een goede handleiding beschrijft de doelstellingen van het programma en omvat eveneens een beschrijving van de wijze waarop deze doelstellingen kunnen worden bereikt. Handleidingen zijn van belang voor effectstudies, omdat ze replicatie mogelijk maken (Mann, 2009). Het is verder van belang dat behandelprogramma's expliciet deel uitmaken van het inhoudelijke instellingsbeleid. Voor implementatie van het programma en continuïteit in uitvoering en evaluatie is daadwerkelijke ondersteuning door het management van de instelling onontbeerlijk.

Resultaten van de programma's worden voor een belangrijk deel bepaald door de kennis en ervaring van de behandelaars. Cognitief-gedragstherapeutische programma's voor psychiatrische patiënten dienen te worden uitgevoerd door gekwalificeerde behandelaars met groepservaring. Daarvan is er minstens één een ervaren gezondheidszorgpsycholoog die lid is van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT). Behandelaars moeten ter wille van de benodigde variatie in de uitvoering van de rollenspelen namelijk in staat zijn om snel nieuwe functionele analyses te maken als het door de deelnemers vertoonde gedrag nog niet adequaat is. Ze dienen te worden ondersteund en gesuperviseerd door een programmaleider, een ervaren klinisch psycholoog en lid van de VGCT.

Gekwalificeerde groepsleiders op de afdeling kunnen het effect van het programma vergroten door nieuw en gewenst gedrag te bekrachtigen en ongewenst gedrag te negeren of eventueel te straffen. Echter, om adequaat op het gedrag van de patiënten te kunnen reageren, moeten zij op de hoogte zijn van de doelstellingen en werkwijze van het programma en van elke patiënt weten welk onderdeel van het programma op een bepaald moment aan de orde is. Deze informatie kunnen ze onder andere krijgen door patiënten tijdens patient-staff meetings te vragen over hun deelname aan het programma te rapporteren. Daarnaast bespreken behandelaars en groepsleiders regelmatig hun gezamenlijk behandelbeleid.

#### *Recente ontwikkelingen*

Voor de verdere ontwikkeling van de programma's werd recentelijk de relatie tussen cognities en emoties aan (seksueel) agressief gedrag verkend. Zo onderzochten Zwets e.a. (2015) de relatie tussen enerzijds impliciete attitudes ten opzichte van geweld en anderzijds de verschillende aspecten van de gewelddadige en sociaal gedrag in gewelddadige terbeschikkinggestelden. De onderzoekers vonden dat alle patiënten negatieve impliciete attitudes hadden ten opzichte van geweld. Tevens bleken de negatieve attitudes positief te relateren met het facet Antisociaal van de PCL-R (Vertommen e.a., 2002) en negatief met coping-gedrag en het niveau van moreel besef. Om de relatie van emoties met reactief

agressief gedrag te onderzoeken, ontwikkelden Zwets e.a. (2015) de Boosheid Lichamelijke Signalenlijst (BLS; Anger Bodily Sensations Questionnaire, ABSQ) die zowel betrouwbaar als voldoende valide bleek. Uit een ander onderzoek (Zwets, Hornsveld, Neuman, Muris, & Van Marle (2015) kwam naar voren dat op basis van de PCL-R score kan worden vastgesteld of patiënten vooral reactief agressief gedrag vertoonden. Het zelfde onderzoek leverde bovendien confirmatie op van het vierfactorenmodel in zowel een groep persoonlijkheidsgestoorde als in een groep chronisch psychotische patiënten. Onlangs verscheen een publicatie over het effect van de verlengde Agressiehanteringstherapie in combinatie met Psychomotorische Therapie verwacht (Zwets e.a., 2016). Veel van dit onderzoek laat zien dat in een forensisch psychiatrische kliniek vanwege de structuur en controle er weinig nieuw gedrag uitlokkende condities zijn, zodat een verdere afname van agressief gedrag nauwelijks vastgesteld kan worden. Het verdient vooral aanbeveling tijdens het verblijf in de instelling verder prioriteit te geven aan de versterking van recidive gerelateerd positief gedrag (Hornsveld, Kraaimaat, Bouwmeester, Polak, & Zwets, 2014). Vervolgbehandeling na ontslag is daarom een conditio sine qua non.

Een belangrijke nieuwe ontwikkeling werd door Kanters e.a. (2014) beschreven in hun onderzoek naar de rol van impliciete cognities bij een specifieke subgroep van de seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden, namelijk de kindermisbruikers. Kindermisbruikers bleken een significant sterkere impliciete seksuele voorkeur te hebben voor onderdanigheid dan verkrachters en niet-seksuele delinquenten, al viel het significante verschil tussen kindermisbruikers en niet-seksuele delinquenten weg zodra er gecorrigeerd werd voor leeftijdsverschillen. Onderdanig-sexy associaties bleken bovendien een toegevoegde waarde te hebben op de welbekende en uitgebreid gevalideerde kind-seks associaties.

Beide onderzoeken over impliciete associaties benadrukken nog eens dat antisociale cognities of attitudes een belangrijke psychologische risicofactor zijn voor (seksueel) gewelddadige terbeschikkinggestelden en dat behandeling van deze cognities onderdeel moeten zijn van elk behandelprogramma voor deze populaties.

## *Samenvatting en aanbevelingen*

Twee behandelprogramma's werden ontwikkeld, één voor niet-seksueel gewelddadige, de ander voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden. Daarbij namen we de aanbevelingen van Cooke en Philip (2001), en van Hollin (2006) als uitgangspunt, dat wil zeggen dat een programma (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. Voor zover de tien criteria van de Correctional Services Accreditation Panel (2010) bij deze aanbevelingen niet aan de orde kwamen, werden ze eveneens betrokken bij de programma-ontwikkeling.

Omdat onderzoek in Nederland naar de effecten van cognitief-gedragstherapeutische behandelprogramma's voor forensisch psychiatrische patiënten internationaal gezien altijd een klein aantal deelnemers zal betreffen, is het noodzakelijk landelijk samenwerkingsverbanden aan te gaan. Oriëntatie en aansluiting bij internationale ontwikkelingen voorkomen veel overbodige activiteiten en besparen tijd en kosten. Voor onderzoek naar Nederlandse versies van internationaal erkende interventies voor forensisch psychiatrische patiënten zijn immers minder deelnemers nodig dan voor een heel ontwikkelingstraject van een nieuwe interventie.

In Nederland maken vaktherapieën (bijvoorbeeld Dramatherapie, Beeldende therapie, Bewegingsagogie en Muziektherapie) meestal deel uit van behandelprogramma's. Helaas ontbreekt literatuur over effecten van deze therapieën vrijwel volledig. Het onderzoek van Zwets e.a. (2016) naar het effect van PMT kan wellicht bij toekomstig onderzoek naar de resultaten van vaktherapieën als voorbeeld en stimulans dienen.

## **Referenties**

Abracen, J., & Looman, J. (2004). Issues in the treatment of sexual offenders: Recent developments and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 229-246. doi:10.1016/S1359-1789(01)00074-X

- Alexander, J. F., & Parsons, B. V. (1982). *Functional Family Therapy: principles and procedures*. Carmel, CA: Brooks & Cole.
- Andrews, D. A., & Bonta J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3<sup>rd</sup> edition). New York: Routledge.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.  
doi: 10.1177/0093854890017001004
- Antonowicz, D., & Ross, R. R. (1994). Essential components of successful rehabilitation Programmes for offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38, 97-104.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Oxford, UK: Prentice-Hall.
- Barnoski, R. (2004). *Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders*. Olympia, WA: Washington State Institute for Public Policy.  
Available on: <http://wsipp.wa.gov/pub.asp?docid=04-01-1201>
- Boer, D. P., Wilson, R. J., Gauthier, C. M., & Hart, S. D. (1997). Assessing risk for sexual violence: guidelines for clinical practice. In C. D. Webster & M. A. Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (pp. 326-342). New York: Guilford.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Risk-Need-Responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. Ottawa, CA: Public Safety Canada,  
[http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/risk\\_need\\_200706-eng.aspx](http://www.publicsafety.gc.ca/res/cor/rep/risk_need_200706-eng.aspx)
- 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.
- Correctional Services Accreditation Panel (2010). *The Correctional Services Accreditation Panel Report, 2009-2010*. Ministry of Justice: [www.justice.gov.uk](http://www.justice.gov.uk).
- De Raedt, R., & Schacht, R. (2003). Een empirisch model voor probleemidentificatie binnen het gedragstherapeutisch proces. *Gedragstherapie*, 36, 197-222.
- De Vogel, V., De Ruiter, C., Bouman, Y., & De Vries Robbé, M. (2007). *Handleiding bij de*



*SAPROF. Structured Assessment of PROtective Factors for Violence Risk, versie 1.*

Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.

De Vogel, V., De Ruiter, C., Van Beek, D., & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and Human Behavior, 28*, 235-251.

De Vogel, V., De Vries Robbé, M., Bouman, Y.H.A, Chakhssi, F., & De Ruiter, C. de (2013). Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR-20<sup>V3</sup>. *Gedragstherapie, 46*, 107-118.

De Vries, E. T. & Hornsveld, R. H. J. (2010). *Informatie over seksualiteit*. Rijswijk: Challenger Press, [www.Agressiehanteringstherapie.nl](http://www.Agressiehanteringstherapie.nl).

De Vries Robbé, M., De Vogel, V., Koster, K., & Bogaerts, S. (2015). Assessing protective factors for sexually violent offending with the SAPROF. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 27*, 51-70. doi: 10.1177/1079063214550168

Di Fazio, R., Abracen, J., & Looman, J. (2001). Group versus individual treatment of sex offenders: A comparison. *Forums on Corrections Research, 13*, 56-59.

Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20<sup>V3</sup>: Assessing risk for violence- User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.

Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. (2012). *Stable-2007 Coding Manual: Revised 2012*. Ottawa, Canada: Public Safety Canada.

Friendship, C., Blud, L., Erikson, M., Travers, R., & Thornton, D. (2003). Cognitive-behavioural treatment for imprisoned offenders: An evaluation of HM Prison Service's cognitive skills programmes. *Legal and Criminological Psychology, 8*, 103-114.

Friendship, C., Mann, R. E., & Beech, A. R. (2003). Evaluation of a national prison-based treatment program for sexual offenders in England and Wales. *Journal of Interpersonal Violence, 18*, 744-59.

Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, IL: Research Press

Grubin, D. & Thornton, D. (1994). A national program for the assessment and treatment of

sex offenders in the English prison system. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 55-71.

doi: 10.1177/0093854894021001005

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.

Hanson, R. K. (2000). Treatment outcome and evaluation problems (and solutions). In D. R. Laws, S. M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Remaking Relapse Prevention with sex offenders: a sourcebook* (pp. 485-499). Thousand Oaks, CA: Sage.

Hanson, R. K., Harris, A. J. R. (2012) *Acute-2007 Coding Manual*. Ottawa, Canada: Public Safety Canada.

Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36, 865-891. doi: 10.1177/009385480933854

Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

Hare, R. D. (2003). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R): 2<sup>nd</sup> edition*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.

Harkins, L. & Beech, A. R. (2008). Examining the impact of mixing child molesters and rapists in group-based cognitive-behavioral treatment for sexual offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52, 31-45. doi: 10.1177/0306624X07300267

Harris, A. J. R., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2003). *STATIC-99 Coding Rules Revised-2003*. Ottawa, Canada: Solicitor General Canada.

Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York: Plenum.

Hildebrand, M., De Ruiter, C., & Van Beek, D. (2001). *Handleiding bij de Sexual Violence Risk-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht, NL: Forum Educatief.

- Hollin, C. R. (2004). Aggression Replacement Training: the cognitive-behavioral context. In A. P. Goldstein, R. Nensén, B. Daleflod, & M. Kalt (Eds.). *New perspectives on Aggression Replacement Training* (pp. 3-19). Chichester, UK: Wiley.
- 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. (2011). Agressiehanteringstherapie voor gewelddadige terbeschikkinggestelden. In H. Groen, M. Drost, & H.J. I Nijman (Red.), *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg* (pp. 185-194). Utrecht: De Tijdstroom.
- Hornsveld, R. H. J. (2004). *Held zonder geweld 1: Behandeling van agressief gedrag*. Rijswijk: Challenger Press, [www.Agressiehanteringstherapie.nl](http://www.Agressiehanteringstherapie.nl).
- Hornsveld, R. H. J. & De Vries, E. T. (2009). *Held zonder geweld 2: Behandeling van agressief gedrag*. Rijswijk: Challenger Press, [www.Agressiehanteringstherapie.nl](http://www.Agressiehanteringstherapie.nl).
- Hornsveld, R. H. J. & Kanters, T. (2016a). *Held zonder geweld 3: Cognitieve vervormingen, derde editie* (draai- en werkboek). Rijswijk: Challenger Press, [www.Agressiehanteringstherapie.nl](http://www.Agressiehanteringstherapie.nl).
- Hornsveld, R. H. J. & Kanters, T. (2016b). *Held zonder geweld 4: Prosociale vaardigheden en Hanteren van risicosituaties* (draai- en werkboek). Rijswijk: Challenger Press, [www.Agressiehanteringstherapie.nl](http://www.Agressiehanteringstherapie.nl).
- Hornsveld, R. H. J., Kanters, T., Van der Wal, L. & Zwets, A. J. (2016). *Held zonder geweld 5: Psycho-educatie*. Rijswijk: Challenger Press, in voorbereiding.
- Hornsveld, R. H. J., Kanters, T., Gijs, L., Kraaimaat, F. W., Van der Wal, L. & Van Marle, H. J. C. (2015). Waaraan moet een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden voldoen? *Tijdschrift voor Seksuologie*, 39, 85-95.
- Hornsveld, R. H. J., Kraaimaat, F. W., Bouwmeester, S., Polak, M. A., & Zwets, A. J. (2014).

Behavior on the ward of personality disordered inpatients and chronically psychotic inpatients during a three-year stay in a Dutch forensic psychiatric hospital.

*Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, 6, 684-704.

doi: 10.1080/14789949.2014.947308

Hornsveld, R. H. J., Kraaimaat, F. W., Muris, P., Zwets, A. J., & Kanters, T. (2014).

Aggression Replacement Training for violent young men in a forensic psychiatric outpatient clinic. *Journal of Interpersonal Violence*. doi: 10.1177/0886260514555007

Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., & Kraaimaat, F. W. (2008). Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients: First results. *Psychology, Crime &*

*Law*, 14, 1-18. doi: 10.1080/10683160701340569

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.

Kanters, T., Hornsveld, R. H. J., Nunes, K. L., Huijding, J., Zwets, A. J., Snowden, R. J., Muris, P., & Van Marle, H. J. C. (2014). Are child abusers sexually attracted to submissiveness? Assessment of sex-related cognition with the Implicit Association Test. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*.

doi: 10.1177/1079063214544330

Klein, V., Rettenberger, M., Yoon, D., Köhler, N., & Briken, P. (2014). Protective factors and recidivism in accused juveniles who sexually offended. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*. doi: 10.1177/1079063214554958

Koch, M., Van den Berg, J. W., & Smid, W. J. (2014). *Acute-2007 Scorehandleiding*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.

Lammers, S., Keulen-de Vos, M., De Groot, A., & Uzieblo, K. (2015). Diagnostiek van psychopathie. In: W. Canton, et al. (Red.). *Handboek psychopathie en de antisociale persoonlijkheidsstoornis* (pp.159-180). Utrecht: Tijdstroom.

Landenberger, N. A., & Lipsey, M. W. (2005). The positive effects of cognitive-behavioral programs for offenders: A meta-analysis of factors associated with effective

- treatment. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 451-476.
- Lösel, F. & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- MacKenzie, K. R. (1995). Rational for group psychotherapy in managed care. In K. R. MacKenzie (Ed.), *Effective use of group therapy in managed care* (p. 1-26). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Mann, R. E. (2009). Sex offender treatment: The case for manualization. *Journal of Sexual Aggression*, 15, 121-31. doi: 10.1080/13552600902907288
- Marques, J. K., Day, D. M., Nelson, C. & West, M. A. (1994). Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism: Preliminary results of a longitudinal study. *Criminal Justice and Behavior*, 21, 28-54.
- Marques, J. K., Wiederanders, M., Day, D. M., Nelson, C. & Van Ommeren, A. (2005). Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offenders Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 17, 79-107.  
doi: 10.1007/s11194-005-1212-x
- Marshall, W. L. & Anderson, D. (2000). Do Relapse Prevention components enhance treatment effectiveness. In D. R. Laws, S. M. Hudson & T. Ward (Eds.), *Remaking Relapse Prevention with sex offenders: a sourcebook* (pp. 39-55). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Marshall, W. L., Anderson, D. & Fernandez, Y. (1999). *Cognitive-behavioral treatment of sexual offenders*. Chichester, UK: Wiley.
- McGrath, R. J., Cumming, G. F., & Burchard, B. L. (2003). *Current practices and trends in sexual abuser management: the Safer Society 2002 Nationwide Survey*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- McRoberts, C., Burlingame, G. M., & Hoag, M. J. (1998). Comparative efficacy of individual and group psychotherapy: a meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 2, 101-117.

- Pithers, W. D., Kashima, K. M., Cumming, G. F., Beal, L. S. & Buell, M. M. (1988). Relapse prevention of sexual aggression. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 528, 244-260. doi: 10.1111/j.1749-6632.1988.tb50868.x
- Prentky, R. A., Barbaree, H. A., & Janus, E. S. (2015). *Sexual predators: Society, risk, and the law*. London: Routledge.
- Robinson, D., & Porporino, F. J. (2001). Programming in cognitive skills: The reasoning and rehabilitation programme. In C. Hollin (Ed.), *Handbook of offender assessment and treatment* (pp. 179-193). Chichester, UK: Wiley.
- Ross, R. R., Fabiano, E. A., & Ewles, C. D. (1988). Reasoning and rehabilitation. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 32, 29-35. doi: 10.1177/0306624X8803200104
- Serran, G. A., Marshall, W. L., Marshall, L. E., & O'Brien, M. D. (2013). Group of individual therapy in the treatment of sexual offenders. In L. A. Craig, L. Dixon, & T. A. Gannon (Eds.), *What works in offender rehabilitation: An evidence-based approach to assessment and treatment* (p. 452-467). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Smid, W. J., Koch, M., & Van den Berg, J. W. (2014). *Static-99R Scorehandleiding (herziene uitgave 2014)*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Spreen, M., Brand, E., Ter Horst, P., & Bogaerts, S. (2014). *De Historische, Klinische en Toekomstige-Revisie (HKT-R): handleiding en methodologische verantwoording*. Groningen: Stichting FPC Dr. S. van Mesdag.
- Sturmey, P., & McMurrin, M. (2011). *Forensic Case Formulation*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Tharp, A. T., DeGue, S., Valle, L. A., Brookmeyer, K. A., Massetti, G. M., & Matjasko, J. L. (2012). A systematic qualitative review of risk and protective factors for sexual violence perpetration. *Trauma, Violence, & Abuse*, 14, 133-167. doi: 10.1177/1524838012470031
- Van Beek, D. J. (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Gouda: Quint.

Van den Berg, J. W., Smid, W. J., & Koch, M. (2014). *Stable-2007 Scorehandleiding*.

Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.

Vertommen, H., Verheul, R., De Ruiter, C., & Hildebrand, M (2002). *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist (PCL-R)*. Lisse: Swets Test Publishers.

Zwets, A. J., Hornsveld, R., Kraaimaat, F. W., Kanters, T., Muris, P., & Van Marle, H. (2014). The psychometric properties of the Anger Bodily Sensations Questionnaire (ABSQ), *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*.

doi: 10.1080/14789949.2014.925957

Zwets, A. J., Hornsveld, R. H. J., Muris, P., Huijding, J., Kanters, T., Snowden, R. J., & Van Marle, H. (2015). Implicit attitudes toward violence and their relation to psychopathy, aggression, and socially adaptive behaviors in forensic psychiatric inpatients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*.

doi: 10.1080/14789949.2015.1037331

Zwets, A. J., Hornsveld, R. H. J., Muris, P., Kanters, T., Langstraat, E., & Van Marle, H. J. C. (2016). Psychomotor therapy as an additive intervention for violent forensic psychiatric inpatients: A pilot study. *International Journal of Forensic Mental Health*.

doi: 10.1080/14999013.2016.1152613

Zwets, A. J., Hornsveld, R. H. J., Neumann, C., Muris, P., & Van Marle, H. J. C. (2015). The four-factor model of the Psychopathy Checklist-Revised: Validation in a Dutch forensic inpatient sample. *International Journal of Law and Psychiatry*, 39, 13-22.

doi: 10.1016/j.ijlp.2015.01.016