

Artikel

Agressiehanteringstherapie voor forensisch- psychiatrische patiënten met gewelddelicten: ontwikke- ling en praktijk

Ruud Hornsveld, Rien van Dam-Baggen, Ellie Leenaars en Philip Jonkers 

Tijdschrift voor Psychotherapie, 30 (januari 2004), p. 22-37

In dit artikel wordt de ontwikkeling van en de praktijk met de agressiehanteringstherapie (AHT) voor volwassen forensisch-psychiatrische patiënten met gewelddelicten in hun voorgeschiedenis beschreven. De therapie maakt voor klinische patiënten deel uit van het behandelprogramma 'Agressief gedrag', dat naast de AHT de modules 'Psychomotore therapie', 'Onderwijs' en 'Bewegingsagogie' omvat. Poliklinische patiënten volgen alleen de AHT. Na beschrijving van de therapie worden praktijkervaringen vermeld met zowel klinische als poliklinische groepen. Overwegingen om de therapie te verlengen of te intensiveren worden afgezet tegen praktische mogelijkheden en de wenselijkheid om onderzoek te doen. Er zijn aanwijzingen dat klinische patiënten die relatief hoog scoren op de dimensie 'psychopathie' niet zonder meer voor de AHT geïndiceerd moeten worden.

Inleiding

Veel patiënten in de forensische psychiatrie hebben gewelddelicten in hun voorgeschiedenis. Zo gaat het volgens [Van Emmerik \(2001\)](#) bij terbeschikkinggestelden in 98% van de gevallen om delicten met geweldpleging, vaak resulterend in letsel (53%) of met dodelijke afloop (26%). Het percentage gewelddelicten bij andere (klinische en ambulante) forensisch-psychiatrische patiënten dan terbeschikkinggestelden is niet bekend, maar vermoedelijk ook hoog. Bij forensisch-psychiatrische patiënten is door de rechter op grond van onderzoek door een psychiater en een psycholoog (*Pro Justitia*-rapportage) een verband geconstateerd tussen 'een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van de geestvermogens' en het gepleegde delict. Zonder klinische of ambulante behandeling wordt de kans op herhaling reëel geacht. Belangrijkste doelstelling van de behandeling is of bij een forensisch-psychiatrische instelling is daarom een structurele en duurzame gedragsverandering te bewerkstelligen, zodat een verantwoorde terugkeer naar de samenleving mogelijk wordt ([De Ruiter, 2002](#)).

In dit artikel wordt de term 'agressief gedrag' gebruikt voor situationeel bepaald gedrag dat beschadiging van anderen tot gevolg heeft. [Goldstein \(1999\)](#) gebruikte een continuüm, lopend van lichte (schelden) via matige (mishandeling) tot ernstige agressie (doodslag). Lichte vormen van agressie zijn uitsluitend verbaal van aard; bij matige of ernstige agressie worden ook fysieke middelen gebruikt (Browne & Howels, 1996). De term 'antisociale persoonlijkheidsstoornis' refereert aan een medisch-psychiatrische classificatie op as II van de DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994). Om als zodanig geclassificeerd te worden moet een persoon voldoen aan een aantal criteria, zoals: agressief gedrag, verplichtingen niet nakomen en herhaald liegen.

Behandelprogramma's voor agressief gedrag

[Cooke en Philip \(2001\)](#) constateerden op grond van verschillende gepubliceerde meta-analyses dat behandelprogramma's voor delinquenten leiden tot een gemiddelde afname van het recidiverisico met 10 tot 12%. Cognitief-gedragstherapeutische interventies bleken het succesrijkst met een afname van het recidiverisico van 12 tot 25%, naast aanzienlijke klinische verbeteringen. Bij deze meta-analyses ging het echter voor een aanzienlijk deel om effectstudies bij adolescente delinquenten, was er ook sprake van andere dan gewelddelicten, waren de behandelingen niet bij uitstek gericht op afname van het agressieve gedrag en waren de onderzoeken van wisselende kwaliteit. Ook volgens [Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau en Cullen \(1990\)](#) en [Quinsey, Harris, Rice en Cormier \(1998\)](#) zijn effectieve behandelprogramma's voor delinquenten cognitief-gedragstherapeutisch van aard. Ze dienen zich dan wel te richten op zogenaamde criminogene factoren, onder te verdelen in:

- a. algemene factoren als middelenafhankelijkheid, beperkte zelfcontrole, tekort aan sociale vaardigheden, antisociale attitudes en antisociaal netwerk;
- b. specifieke factoren als psychotische symptomen en deviante seksuele voorkeuren ([De Ruiter, 2002](#)).

In de gedragstherapeutische literatuur wordt de ontwikkeling en instandhouding van agressief gedrag verklaard met behulp van de theorie van het sociaal leren, waarin naast operante conditionering een plaats is ingeruimd voor cognitieve en emotionele factoren ([Bandura, 1973](#), 1986). Zo stelden [Goldstein, Glick en Gibbs \(1998\)](#) dat agressief gedrag wordt geleerd door observatie, imitatie, ervaring en herhaling, en dat dit gedrag in stand gehouden wordt door externe en interne bekrachtiging. [Nietzel, Hasemann en Lynam \(1999\)](#) onderscheidden in hun leertheoretische model van gewelddadig delictgedrag vier, in tijd op elkaar volgende, etiologische fasen:

- a. biologische, psychologische en sociale predisposities (bijvoorbeeld: genetische overdracht, laag IQ of inconsistente opvoeding);
- b. vroegtijdige aanwijzingen voor gewelddadig gedrag (bijvoorbeeld: gedragsstoornissen of slechte emotieregulatie);
- c. ontwikkelingsprocessen (bijvoorbeeld: mislukken op school of middelenmisbruik);
- d. instandhoudende factoren (bijvoorbeeld: omgang met criminele leeftijdgenoten).

Meerdere onderzoekers vonden empirische ondersteuning voor een model waarin agressief gedrag wordt gerelateerd aan probleemgedragingen als: slechte beheersing van emoties, een beperkt repertoire van sociale vaardigheden en antisociale attitudes. Zo werden bij agressieve personen, in vergelijking met niet-agressieve personen, disfuncties aangetroffen op het terrein van de perceptie ([Akhtar & Bradley, 1991](#)), aandacht ([Lochman, White & Wayland, 1991](#)), attributie ([Dodge, Price, Bachorowski & Newman, 1990](#)), cognitie ([Lochman & Dodge, 1994](#)), emotie ([Zamble & Quinsey, 1997](#)), sociale competentie ([Hollin, 1990](#)) en moreel besef ([Nelson, Smith & Dodd, 1990](#); [Palmer & Hollin, 1999](#)).

De *aggression replacement training* (ART) van [Goldstein, Glick en Gibbs \(1998\)](#) is een gedetailleerd uitgewerkt programma voor de behandeling van agressief gedrag bij kinderen en adolescenten, gebaseerd op recente cognitief-gedragstherapeutische inzichten ([Hollin, 2002](#)). De training omvat in principe drie bijeenkomsten van ¾ tot 1½ uur per week, gedurende een periode van tien weken, en wordt gegeven aan een groep van vier tot acht deelnemers.


De ART omvat drie onderdelen:

1. *Anger control training*: in dit onderdeel, dat ontleend is aan de woedebeheersingstraining van [Feindler en Ecton \(1986\)](#), wordt aandacht besteed aan probleemgedragingen als slecht observeren en verkeerd interpreteren van het gedrag van anderen, onnodig verhogen van het lichamelijke spanningsniveau, niet goed kunnen onderscheiden van emoties en voorbijgaan aan consequenties van gedrag op korte en lange termijn.
2. *Skillstreaming*: ook in deze door [Goldstein](#) ontwikkelde sociale-vaardigheidstraining leren de deelnemers hoe op een adequate manier gedrag van anderen te observeren en te interpreteren. 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 reeds aanwezige vaardigheden.

3. *Moral reasoning training*: dit onderdeel is gebaseerd op een model van [Kohlberg \(1984\)](#), die meende dat agressief gedrag voor een deel te maken heeft met stagnatie in een ontwikkelingsproces van moreel besef. Deze ontwikkeling verloopt volgens Kohlberg bij elk individu op weg naar volwassenheid via een aantal stadia. De eerste stadia worden gekenmerkt door een streven naar directe behoeftebevrediging, terwijl het in de laatste stadia veel meer gaat om erkenning van de rechten van anderen. Tijdens de training discussiëren deelnemers over morele dilemma's om zo alsnog een 'meer volwassen' stadium te bereiken.

De *aggression replacement training* is op verschillende plaatsen in de Verenigde Staten geëvalueerd en is onder andere in het Verenigd Koninkrijk door het *Home Office* geaccrediteerd als een voor delinquenten effectief programma. Gecontroleerd onderzoek bij agressieve en/of delinquente adolescenten in residentiële instellingen, in ambulante projecten en bij jeugdbendes leverde in het algemeen significante verbeteringen op voor jongeren die de ART gevolgd hadden ([Goldstein, Glick & Gibbs, 1998](#)). De vorderingen werden vastgesteld aan de hand van sociaal functioneren, frequentie en ernst van incidenten, en het aantal arrestaties na beëindiging van de training. Een aangepaste versie 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 persoonlijke eigendom en agressie jegens het fysieke of psychische welbevinden van anderen ([Nugent, Bruley & Allen, 1999](#)). Er zijn geen effectstudies bekend van ART bij volwassen delinquenten of bij forensisch-psychiatrische patiënten.

De bevindingen en aanbevelingen zoals die beschreven zijn in de Angelsaksische literatuur kunnen niet zonder meer toegepast worden op de situatie in Nederland. Het begrip 'crimineel gedrag' wordt per land verschillend geoperationaliseerd en de manier waarop in ons land een onderscheid wordt gemaakt tussen delinquenten en forensisch-psychiatrische patiënten verschilt ook van die in andere landen . In ons land is tot op heden weinig onderzoek verricht naar het effect van behandelprogramma's, bij volwassen noch bij jeugdige delinquenten ([Bartels, Schuursma & Slot, 2001](#)). Alleen Van Gageldonk en [Bartels \(1991\)](#) voerden een metastudie uit op het gebied van de jeugdhulpverlening en kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland. Zij kwamen tot de conclusie dat vooral gedragstherapeutische bevordering van sociale competentie, zowel ambulant als residentieel, effectief is. Een van de weinige studies naar het effect van interventies bij volwassen delinquenten is verricht door Märker (1996). Zij 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 in de verwachte richting gevonden tussen de experimentele en de controlegroep op vier van de zeven uitkomstvariabelen. Het onderzoek strekte zich echter over een tamelijk korte periode uit, zodat niet duidelijk is of er ook op lange termijn klinische verbeteringen waren, maar het lijkt erop dat gedragstherapeutische interventies bij sommige volwassen delinquenten een verandering in sociaal-competent gedrag kunnen bewerkstelligen.

Sinds enkele jaren worden in een aantal forensisch-psychiatrische instellingen behandelprogramma's aangeboden aan volwassen patiënten met psychotische, verslavings- en seksuele problematiek, waarvan de effectiviteit echter in de meeste gevallen tot op heden niet is onderzocht. Voor volwassen forensisch-psychiatrische patiënten met gewelddelicten in hun voorgeschiedenis is twee jaar geleden de agressiehanteringstherapie (Hornsveld & Van Dam-Baggen, 2002) ontwikkeld, met Goldsteins *aggression replacement training* als uitgangspunt. De therapie wordt momenteel in een achttal forensisch-psychiatrische instellingen toegepast en geëvalueerd.

Agressiehanteringstherapie (AHT)

Procedure

De AHT omvat vijftien wekelijkse bijeenkomsten van 1½ uur en drie vijfwekelijkse terugkombijeenkomsten, en wordt gegeven aan groepen van vijf tot acht patiënten. Voor deze opzet werd gekozen omdat er onvoldoende gedragstherapeuten in forensisch-psychiatrische instellingen beschikbaar zijn en omdat de training zich leent om te worden gebruikt in ambulante settings en de mogelijkheid biedt tot effectonderzoek. Bij de module 'Sociale vaardigheden' wordt in plaats van Goldsteins *skillstreaming* de door Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979, 2000) geformuleerde specifieke vaardigheden en door hen gevolgde werkwijze toegepast. Bovendien is aan de therapie een module 'Zelfregulatievaardigheden' toegevoegd, teneinde generalisatie van het geleerde gedrag naar nieuwe situaties te bevorderen ([Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1979](#), 2000). Tijdens de drie terugkombijeenkomsten wordt met de deelnemers besproken hoe ze met het geleerde verder zijn gegaan, wordt de opzet van de therapie geëvalueerd en wordt de rapportage aan de verwijzer besproken. De opzet van de AHT is weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. *Modulen van de agressiehanteringstherapie*

Module	Bijeenkomsten	Doelstelling
Woedebeheersing	Week 1 t/m 5	Herkennen van en adequaat omgaan met gevoelens als irritatie, boosheid, woede of agressie
Sociale vaardigheden	Week 6 t/m 10	Verbeteren of uitbreiden van relevante sociale vaardigheden
Moreel redeneren	Week 11 t/m 15	Kennismaken van gangbare waarden en normen en leren oplossen van morele problemen
Zelfregulatievaardigheden	Week 6 t/m 15	Veranderen van inadequaat aspiratieniveau, zichzelf bekrachtigen voor bereikte resultaten en programma's maken voor het uitbreiden of verminderen van gedrag
Terugkombijeenkomsten	Week 20, 25 en 30	Evaluatie en rapportage

Voor klinische patiënten zijn naast de AHT nog drie modules ontwikkeld:

1. 'Onderwijs' met als doel te leren de huiswerkopdrachten uit te voeren en verslag te doen (week 1 t/m 15 en week 20).
2. 'Psychomotore therapie' met als doel te leren het lichamelijke spanningsniveau te verlagen, lichamelijke sensaties bij verschillende emoties te herkennen en non-verbaal gedrag te observeren (week 1 t/m 8).
3. 'Bewegingsagogie' met als doel te leren spanning door lichamelijke activiteiten te verlagen, in groepsverband samen te werken en plezier in beweging te hebben (week 9 t/m 20).

Deze modules vormen samen met de AHT het behandelprogramma 'Agressief gedrag'. De indicatie AHT wordt in een multidisciplinair behandelteam gesteld. Bij de klinische patiënten gebeurt dit op basis van psychodiagnostiek en klinische indrukken. Patiënten zijn namelijk dan al enige tijd in de instelling opgenomen. De indicatie wordt vervolgens met de patiënt besproken door de behandelverantwoordelijke. Poliklinische patiënten krijgen een *intake*gesprek, waarbij de intaker kan beschikken over uitgebreide rapportage van de reclassering. Na bespreking van het *intake*verslag in het multidisciplinaire behandelteam wordt de indicatie met de patiënt doorgenomen.

Voorafgaande aan de therapie vindt met elke deelnemer afzonderlijk een kennismakingsgesprek plaats, waarin onder andere een eerder toegezonden patiëntenfolder wordt toegelicht en de doelen die de deelnemer zou willen bereiken worden gepreciseerd. Aan het eind van het gesprek krijgt de deelnemer een behandelovereenkomst uitgereikt met het verzoek die voor de eerste bijeenkomst door te nemen. In deze overeenkomst staan de rechten en plichten van deelnemers en therapeuten vermeld, bijvoorbeeld dat het in de therapie besprokene vertrouwelijk is, tenzij de veiligheid van de deelnemers of van anderen in gevaar komt. Op de eerste AHT-bijeenkomst komen de therapeuten op deze overeenkomst terug, kunnen eventuele vragen worden beantwoord en wordt de deelnemers ten slotte gevraagd mondeling in te stemmen. De zittingen verlopen in principe volgens een vast plan en bestaan uit de volgende onderdelen:

- korte bespreking van het zittingsplan;
- verslag van de huiswerkopdrachten door een of meer deelnemers;
- introductie van de nieuwe vaardigheid of probleemsituatie;
- oefening van de nieuwe vaardigheid of probleemsituatie;
- toelichting op de huiswerkopdrachten voor de volgende bijeenkomst;
- evaluatie.

Voor de huiswerkopdrachten krijgen deelnemers aan het begin van de therapie een werkmap (Hornsveld & Van Dam-Baggen, 2000) uitgereikt. Hierin zijn ook de informatiebrochures 'Observeren' (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1979, 2000), 'Woede beheersen' en 'Eisen, activiteiten en waardering' (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1979, 2000) opgenomen.

Opzet

In afwijking van de ART wordt bij de module 'Woedebeheersing' gebruikgemaakt van de zogenaamde vijf G's (gebeurtenis, gedachte, gevoel, gedrag en gevolg). 'Gebeurtenis' (observatie) en 'gedachte' (interpretatie) worden op de eerste twee bijeenkomsten geoefend aan de hand van de brochure 'Observeren' van Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979, 2000). 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 de werkmap en situaties die door de deelnemers op eerdere bijeenkomsten zijn ingebracht.

Bij de module 'Sociale vaardigheden' wordt in principe de werkwijze van Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979, 2000) aangehouden. Als onderdeel van het huiswerk voor de vijfde bijeenkomst kunnen de deelnemers kiezen uit twaalf sociale vaardigheden zoals 'weigeren', 'kritiek ontvangen' en 'een compliment maken'. 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 vijf-puntsschaal aan te geven hoeveel spanning ze ervaren in vijf algemeen geformuleerde situaties met betrekking tot deze vaardigheid. De deelnemers oefenen in de zitting 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 zitting bedacht hebben en die te maken hebben met de vaardigheid die in de betreffende zitting aan de orde komt. Per te oefenen gedrag bedenken de deelnemers 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 met mogelijke doelen en criteria. Zowel tijdens de zitting als bij het huiswerk beginnen deelnemers te oefenen met 'gemakkelijke' situaties, dat wil zeggen: situaties die weinig spanning geven. Daarna wordt per bijeenkomst door de deelnemer de hiërarchie verder afgewerkt.

De module 'Moreel redeneren' omvat vijf bijeenkomsten waarin morele probleemsituaties bediscussieerd worden. Een voorbeeld van zo'n situatie is dat een collega je een DVD-speler aanbiedt voor een onwaarschijnlijk laag bedrag 'omdat ie van de vrachtwagen gevallen is'. Eén situatie komt op een bijeenkomst uitgebreid aan de orde, terwijl andere situaties als on-

derdeel van het huiswerk worden voorbereid. Daarnaast krijgen deelnemers de opdracht mee een moreel probleem op te lossen en daarvan verslag te doen in de huiswerkmap.

De module 'Zelfregulatievaardigheden' is eveneens ontleend aan Van Dam-Baggen en Kraaimaat (1979, 2000). Aan de hand van de brochure 'Eisen, activiteiten en waardering' leren deelnemers eerst hun afgestemde eisen op te sporen en zichzelf te bekrachtigen voor de betreffende activiteit. Vervolgens leren ze belemmerende (dat wil zeggen: vooral te hoge of te vage) eisen op te sporen en deze bij te stellen. Ten slotte oefenen ze om een programma te maken dat tot doel heeft activiteiten te doen toe- of afnemen. Na een stap in een programma (een oefensituatie) te hebben geoefend 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 situatie opnieuw te oefenen. Naarmate de therapie vordert, controleren de therapeuten minder de uitvoering van de programma's en wordt het aan de deelnemers zelf overgelaten om geslaagde maar ook minder geslaagde situaties te signaleren.

Tijdens de eerste terugkombijeenkomst (week 20) doen de deelnemers verslag van de verdere uitvoering van hun programma's en rapporteren ze over de manier waarop ze met het toepassen van de sociale vaardigheden verder zijn gegaan. Daarna wordt een probleemsituatie in het kader van 'Moreel redeneren' besproken.

Op de tweede terugkombijeenkomst (week 25) wordt het vrijwel helemaal aan de deelnemers overgelaten om geslaagde of minder geslaagde situaties in te brengen. Na dit onderdeel wordt de therapie geëvalueerd aan de hand van achttien uitspraken over elementen van de therapie, de eigen inzet van de deelnemers en de bereikte resultaten. De deelnemers kunnen met behulp van een vijfpuntsschaal aangeven in welke mate die uitspraken op hen van toepassing zijn. Enkele voorbeelden zijn: 'Ik heb beter in de gaten welke schade je met agressief gedrag bij anderen aanricht' en 'Ik was aan het begin van de behandeling voldoende ingelicht over wat er in de behandeling zou gaan gebeuren'.

De therapie wordt afgesloten tijdens de derde terugkombijeenkomst (week 30). Deelnemers geven eerst aan in hoeverre ze het in de therapie geleerde nog steeds toepassen. Dit gebeurt met behulp van een lijst met twaalf uitspraken, waarvan ze weer kunnen aangeven in welke mate die op hen van toepassing zijn. Voorbeelden hiervan zijn: 'Ik vertoon nu minder agressief gedrag dan aan het eind van de wekelijkse zittingen' en 'In een sociale situatie bedenk ik vaker vooraf wat ik wil bereiken'. Vervolgens wordt het conceptverslag aan de verwijzer besproken, waarin melding wordt gemaakt van de vorderingen die elke deelnemer heeft gemaakt, hun feitelijke aanwezigheid, de kwaliteit van het huiswerk en eventueel de probleemgedragingen die nog nadere aandacht vereisen. Ten slotte wordt een certificaat als bewijs van deelname uitgereikt.


Toepasbaarheid

Voordat de AHT op grotere schaal kon worden toegepast, moest eerst een aantal fasen worden doorlopen. Om te beginnen werden draaiboek en werkmap getest bij een kleine groep klinische patiënten. Nadat de AHT in FPI 'De Kijvelanden' bij enkele groepen was toegepast, kon met een aantal andere forensisch-psychiatrische instellingen een samenwerkingsovereenkomst gesloten worden, waarin onder andere was opgenomen dat de AHT conform het draaiboek zou worden uitgevoerd. Op deze manier kon onderzocht worden of de therapie ook in andere forensisch-psychiatrische instellingen bij dezelfde doelgroep toepasbaar was. Cooke en [Philip \(2001\)](#) gebruikten in dit verband het begrip '*treatment integrity*', dat wil zeggen: onderzoek naar een eventueel behandel-effect is pas mogelijk als meerdere instellingen gebruikmaken van dezelfde *treatment manual* en als ze beschikken over gekwalificeerde behandelaars. Inmiddels is de AHT in meerdere forensisch-psychiatrische instellingen geïmplementeerd, zodat een eerste kwalitatieve evaluatie mogelijk is.

Patiëntgegevens

Tot op heden zijn elf klinische en vijf poliklinische groepen (alle bestaande uit mannen) behandeld. De klinische patiënten waren opgenomen in vier TBS-klinieken  en veroordeeld

voor ernstige gewelddelicten. Terbeschikkinggestelden zijn forensisch-psychiatrische patiënten die een delict hebben gepleegd waarvoor een gevangenisstraf van ten minste vier jaar geldt. Hun leeftijd was gemiddeld 32,2 jaar (SD = 7,6; bereik = 21-51 jaar). De behandelde patiënten waren niet representatief voor de hele TBS-populatie. Het behandelprogramma 'Agressief gedrag' is namelijk geïndiceerd voor patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose. Daarnaast kunnen patiënten met zowel een psychotische stoornis op as I als een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II van de DSM-IV (*American Psychiatric Association*, 1994) deelnemen, als het psychotische toestandsbeeld zodanig is gestabiliseerd dat de persoonlijkheidsstoornis op de voorgrond komt te staan. Patiënten met een nog niet gestabiliseerde, psychotische stoornis en patiënten die niet in een groep kunnen functioneren, worden van deelname uitgesloten. Bovendien weigeren sommige patiënten voor wie de AHT geïndiceerd is die te volgen: terbeschikkinggestelden zijn namelijk veroordeeld tot dwangverpleging, niet tot dwangbehandeling.

De poliklinische patiënten bezochten de forensisch-psychiatrische polikliniek  in het kader van een door de rechter opgelegde voorwaardelijke straf met bijzondere voorwaarde (bijvoorbeeld: het volgen van de AHT) wegens gewelddelicten. Bij ambulante forensisch-psychiatrische patiënten, die het volgen van een behandeling als bijzondere voorwaarde bij hun straf opgelegd hebben gekregen, gaat het om delicten waarvoor een gevangenisstraf geldt van maximaal drie jaar. Ook kan het gaan om delicten waarbij de onvoorwaardelijke gevangenisstraf van maximaal zes maanden is omgezet in een leerstraf. De leeftijd van de poliklinische patiënten was gemiddeld 28,0 jaar (SD = 8,5; bereik: = 16-47 jaar). De ambulante AHT is geïndiceerd voor patiënten met een gedragsstoornis of antisociale persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose. De behandelde patiënten lijken representatief voor de populatie van plegers van gewelddelicten die door de rechter een behandeling opgelegd hebben gekregen. Slechts in enkele gevallen moesten patiënten van deelname worden uitgesloten op grond van acute psychotische klachten, verslavingsproblematiek en/of het onvermogen te functioneren in een groep.

Zowel bij de klinische als bij de poliklinische patiënten was in bijna alle gevallen de lagere school gevolgd door maximaal enkele jaren lager beroepsonderwijs. Van de 75 terbeschikkinggestelden voltooiden 61 de behandeling (81%) en van de 37 poliklinische patiënten maakten 23 patiënten de therapie af (62%).

Praktijk

In de praktijk verschilden de ervaringen met de AHT voor de klinische en de poliklinische patiënten. Die ervaringen worden hier afzonderlijk besproken. De klinische praktijk varieerde per instelling en per groep. Hier worden gemeenschappelijke ervaringen beschreven.

Klinische patiënten

Oorspronkelijk was de opzet dat alle terbeschikkinggestelden met gewelddelicten in de deelnemende instellingen de therapie zouden volgen. Om meerdere redenen bleek deze doelstelling niet haalbaar: sommige patiënten weigerden, andere moesten bij voorbaat geweigerd worden vanwege 'groepsongeschiktheid' en weer andere hoefden de therapie niet te volgen 'omdat ze al voldoende vorderingen gemaakt hadden'. Vrijwel alle patiënten volgden de therapie in eerste instantie vanuit de veronderstelling dat de terbeschikkingstelling daarmee sneller beëindigd zou worden. In de loop van de therapie veranderde de instelling bij sommige deelnemers: ze besloten er, gezien de omstandigheden, het beste van te maken. Zo kenmerkte het onderdeel 'Woedebeheersing' zich aanvankelijk door mededelingen van de deelnemers dat ze afgelopen week niet geïrriteerd, boos of agressief waren geweest, maar naarmate de module vorderde, konden de meeste deelnemers toch steeds vaker relevante situaties noemen.

Bij het begin van de module 'Sociale vaardigheden' stelden de meeste deelnemers zich weer sceptisch op: ze meenden over voldoende sociale vaardigheden te beschikken en vonden dat ze deze op de juiste wijze toepasten. Bovendien bleken rollenspelen in sommige groepen kinderachtig gevonden te worden. De rollenspelen moesten dan beperkt blijven tot

voordoen door de therapeuten en vervolgens oefenen van de deelnemers met de buurman rechts of links in de kring. Ook in de loop van deze module konden de deelnemers steeds vaker relevante situaties noemen, die overigens voor het merendeel te maken hadden met stafmedewerkers op de afdeling. Vrijwel alle groepen kozen er wellicht daarom voor om grenzenstellende sociale vaardigheden te oefenen, zoals: 'kritiek geven', 'weigeren', 'reageren op een weigering' en dergelijke. Toenaderende sociale vaardigheden, zoals 'contact leggen' en 'waardering uiten tegen een ander' werden veel minder vaak gekozen. Om de deelnemers te laten oefenen met toenaderingsgedrag werd soms een gekozen grenzenstellende vaardigheid vervangen door een toenaderende vaardigheid.

Jos (24 jaar) heeft in het verleden gewelddadige berovingen gepleegd, maar zijn laatste delict is brandstichting uit wraak. Jos is gauw gekrenkt en kan verbaal en/of lichamelijk agressief worden. Zijn doelstelling voor de AHT is om beter met kritiek te kunnen omgaan en te stoppen met zijn agressieve gedrag. Het onderdeel 'Woedebeheersing' spreekt Jos enorm aan: met enthousiasme oefent hij het onderscheid tussen observaties en interpretaties. Maar als we zijn huiswerk bespreken, blijkt dat hij zijn opgedane kennis vooral gebruikt om de afdelingsstaf de les te lezen. Tijdens het onderdeel 'Sociale vaardigheden' besluit Jos te oefenen om op een assertieve manier kritiek te leveren op de afdelingsstaf. Uit rapportages over zijn gedrag op de afdeling blijkt dat hij deze vaardigheid snel onder de knie krijgt. Bij het onderdeel 'Zelfregulatievaardigheden' stelt Jos dat hij niets meer hoeft te leren, omdat hij in de omgang met anderen geen problemen meer ervaart. Maar het blijkt dat hij plannen vaak niet uitvoert, omdat hij te hoge eisen aan zichzelf of aan zijn omgeving stelt. Zo wil hij tijdens verlof gaan zwemmen met medepatiënten die hiervoor geen toestemming hebben. Jos wordt daarom gestimuleerd een haalbaar doel te kiezen, zoals een bingoavond organiseren op zijn afdeling. Tijdens het onderdeel 'Moreel redeneren' kiest Jos bij het bespreken van morele dilemma's haast altijd partij voor familie en vrienden: hij zal hen nooit verraden bij criminele activiteiten. De andere groepsleden blijken dit standpunt van Jos niet te delen en er ontstaat een discussie waarbij allerlei manieren aan de orde komen om familie en vrienden ertoe te brengen met criminele activiteiten te stoppen. Jos lijkt uiteindelijk te beseffen dat als niets meer helpt meewerken aan justitieel onderzoek nog de enige mogelijkheid is.

Bij het onderdeel 'Zelfregulatievaardigheden' bleek hoezeer deelnemers moeite hadden om geleerde vaardigheden te blijven toepassen en zichzelf nieuwe vaardigheden aan te leren. Formuleren van een concreet doel en onderverdelen van dit doel in haalbare tussenstappen werden vrijwel altijd belemmerd door de hoge eisen die deelnemers aan zichzelf stelden. Slechts een enkele deelnemer slaagde erin een programma voor een nieuwe activiteit of een nieuw gedrag op te stellen en dit ook min of meer zelfstandig uit te voeren.

Hoezeer antisociale attitudes de deelnemers daarbij parten speelden, bleek bij het onderdeel 'Moreel redeneren': men hanteerde nogal eens een zwart-witonderscheid tussen naaste familieleden met wie men correct wilde omgaan en alle andere mensen die zonder enige scrupule onheus bejegend mochten worden. Slechts een enkele deelnemer slaagde erin in de loop van de module hierin enige nuancering aan te brengen. Overigens bleek het vooral bij dit onderdeel vanwege de herkenbaarheid van groot belang dat de therapeuten zelf meegemaakte situaties inbrachten.

De *evaluatie* van de therapie, tijdens de twee laatste terugkombijeenkomsten, leverde nogal eens sociaal wenselijke antwoorden op. Een enkeling bleef volharden in zijn standpunt dat hij onterecht in de groep was ingedeeld en er bijgevolg niets van opgestoken had. Relevantere informatie werd door de deelnemers verstrekt als het ging over de opzet van de therapie. Zo bleken informatiebrochures vaak moeilijk te volgen en was uitleg en ondersteuning bij de huiswerkopdrachten door de afdeling Onderwijs onontbeerlijk. De (individuele) bijeenkomsten op de afdeling boden de mogelijkheid voor de docent de oefenstof nog een keer door te nemen en voor de deelnemer om nog een keer om nadere uitleg te vragen.

Poliklinische patiënten

Bij de poliklinische patiënten was in vrijwel alle gevallen deelname aan de AHT opgelegd. Een aanzienlijk deel van de patiënten had echter de grootste moeite om afspraken na te komen. Vaak moest al voor het voeren van een *intake*gesprek een beroep worden gedaan op de medewerkers van de (jeugd)reclassering, omdat de patiënt niet reageerde op een uitnodiging. Was de indicatie AHT bevestigd en de patiënt in een groep ingedeeld, dan wilde dat niet zeggen dat de therapie vervolgens zonder problemen gevolgd werd. Zo moesten in een aantal gevallen patiënten van verdere deelname aan de therapie worden uitgesloten omdat ze prioriteit toekenden aan werk of scholing. Ook de medewerkers van de (jeugd)reclassering konden de patiënt er dan vaak niet toe brengen de therapie te blijven volgen, ook al had dit soms (opnieuw) detentie tot gevolg. Omdat sommige patiënten ook om andere redenen wegbleven, liep het aantal *drop-outs* bij enkele groepen op tot wel 50%.

De oorspronkelijke opzet om twee bijeenkomsten per week te laten plaatsvinden, één voor de therapie en één voor het maken van de huiswerkopdrachten, kon niet worden gerealiseerd: één wekelijkse zitting bijwonen was al een krachtmeting vanwege werk of opleiding. Daarnaast hadden vrijwel alle deelnemers in het (nabije) verleden problemen met het volgen van een schoolopleiding gehad. Van het maken van de huiswerkopdrachten kwam dan ook, een enkele uitzondering daargelaten, weinig terecht. Bijgevolg moesten informatiebrochures op de bijeenkomsten eerst gelezen worden alvorens ze konden worden besproken en kon bij het onderdeel 'Sociale vaardigheden' de betreffende vaardigheid pas geoefend worden na inventarisatie van relevante oefensituaties in de zitting zelf in plaats van via het huiswerk. Daarnaast bleek het voor vrijwel alle deelnemers geen reële mogelijkheid programma's voor het aanleren van nieuw gedrag te maken. Voorzover mogelijk werd echter het stapsgewijs toewerken naar een doel en het doen van positieve zelfuitspraken bij het behalen van een tussenstap aan de hand van door de deelnemers ingebrachte situaties besproken en geoefend.

Kees is een 20-jarige jongeman die regelmatig met Justitie in aanraking is gekomen wegens openlijke geweldpleging. Daarvoor heeft hij naast een onvoorwaardelijke gevangenisstraf een voorwaardelijke straf opgelegd gekregen, die bestaat uit verplichte deelname aan de AHT. Kees gedraagt zich enerzijds op zelfgenoegzame en verongelijkte wijze, anderzijdservaart hij zichzelf als een labiel iemand. Typerend is een zwarte muts die hij tot over zijn wenkbrauwen naar beneden trekt om zo oogcontact te kunnen vermijden. Hij praat meestal snel, gejaagd, maakt racistische en seksistische opmerkingen en treedt zonder enige remming op de voorgrond. Kees komt regelmatig te laat of verschijnt niet. Verschillende malen moet hij er door de reclassering op gewezen worden dat hij de therapie moet afmaken. Toch besluiten de therapeuten er niet toe Kees uit de groep te zetten: elke bijeenkomst dat hij er is, is er een (kleine) verbetering in zijn gedrag. Tijdens het onderdeel 'Woedebeheersing' vermeldt hij situaties waaruit blijkt hoezeer zijn agressieve gedrag gebaseerd is op negatieve interpretaties. Zo liep hij een keer met zijn vriendin op straat en keek een 'nikker' aan de overkant van de weg te lang naar zijn vriendin. Hij moest die man toen wel eens goed op zijn nummer zetten. Tijdens het onderdeel 'Sociale vaardigheden' wordt zijn beperkte repertoire aan adequate vaardigheden zichtbaar. Als hij situaties moet noemen waarin hij kritiek heeft gekregen, raakt hij zichtbaar opnieuw geïrriteerd en tracht hij aanvankelijk de overige groepsleden van zijn gelijk te overtuigen. Mede omdat deze zich niet laten bepraten en hem uitleggen hoe zij met die situaties om zouden gaan, kalmeert Kees en kan hij nadenken over hoe zich in die gevallen assertief te gedragen. Tijdens het onderdeel 'Moreel redeneren' laat Kees zien dat hij redelijk goed in staat is aan te geven welke grenzen er voor hem bestaan. Maar zijn racistische en seksistische opvattingen kan hij niet corrigeren. Op de laatste bijeenkomst vertelt Kees dat hij in een aantal situaties adequater kan handelen. Zo is hij door een werkgever uit een groep sollicitanten gekozen, ook al had hij gezegd dat hij met Justitie in aanraking was gekomen. De therapeuten constateren dat ook zijn non-verbale gedrag verbeterd is: zijn muts staat nu meer achterover op zijn hoofd en hij kijkt de ander tijdens een gesprek goed aan.

Wat betreft het inhoudelijke verloop van de therapie waren er veel overeenkomsten maar ook enkele verschillen met de klinische patiënten. Overeenkomsten waren onder andere de geringe motivatie de therapie te volgen, de moeite om de informatiebrochures te begrijpen en de geringe veranderbaarheid van antisociale attitudes. Verschillen deden zich voor in de door de deelnemers ingebrachte situaties: waren die bij de klinische patiënten vrijwel altijd gerelateerd aan hun verblijf in de kliniek, bij de poliklinische patiënten kwamen vaak problemen op het werk, tijdens de opleiding, met de partner of met familieleden aan de orde. Anders dan bij de klinische patiënten die in sommige gevallen niet van elkaars delicten op de hoogte waren, konden bij de poliklinische patiënten besproken of geoefende situaties gerelateerd worden aan de gepleegde delicten. In dit verband kon ook aandacht worden besteed aan de leergeschiedenis van de patiënten en aan de omstandigheden waarin ze waren opgegroeid.

Voorlopige conclusies en discussie

De voorlopige indruk bestaat dat de deelnemers die de AHT afmaakten ervan geprofiteerd hebben, zij het in wisselende mate. Vooral de patiënten die enigszins gemotiveerd waren en die in de groep actief meededen, leken vorderingen te hebben gemaakt. De afdelingsstaf kon deze indrukken in het geval van de klinische patiënten meestal bevestigen. Bij de poliklinische patiënten leek het agressieve gedrag ook naar de voorlopige mening van de (jeugd)reclassering bij de patiënten die de behandeling hadden afgemaakt te zijn afgenomen. In hoeverre deze klinische bevindingen juist zijn, zal empirisch onderzoek nader moeten uitwijzen.

Voor de huidige vorm van de therapie is vooral gekozen om de volgende praktische redenen: de beperkte beschikbaarheid van ervaren gedragstherapeuten in forensisch-psychiatrische instellingen, de mogelijkheid dezelfde therapie toe te passen in zowel klinische als ambulante settings en de mogelijkheid effectonderzoek te doen. Bijgevolg is een programma waarvoor Goldstein, Glick en [Gibbs \(1998\)](#) tien weken met drie bijeenkomsten per week van anderhalf uur uitgetrokken, gecomprimeerd tot een behandeling van vijftien wekelijkse bijeenkomsten en drie vijfwekelijkse terugkombijeenkomsten van anderhalf uur. Bovendien is nog het onderdeel 'Zelfregulatievaardigheden' aan het programma voor de vijftien wekelijkse bijeenkomsten toegevoegd. Deelnemers ervaren de therapie mede daarom als zwaar, al kunnen de meeste klinische patiënten met hulp van de afdeling Onderwijs de therapie goed volgen. Voor de ambulante patiënten lijkt het programma van de therapie te overladen en als het enigszins kan, maken ze de huiswerkopdrachten niet.

Agressief gedrag is buitengewoon hardnekkig gedrag ([Goldstein, Glick & Gibbs, 1998](#)) en het is daarom te verwachten dat een therapie van achttien bijeenkomsten bij een nauwelijks gemotiveerde doelgroep slechts een beperkte gedragsverandering kan bewerkstelligen. Bij de poliklinische patiënten verdient het daarom aanbeveling het aanbod te intensiveren en hen te verplichten de polikliniek tweemaal in de week te bezoeken, zodat hulp bij het maken van de huiswerkopdrachten mogelijk wordt. Een nadeel is dan wel dat deze patiënten tweemaal in de week moeten verzuimen van werk of opleiding, maar de verwachting is dat de behandeling zo vaker succesvol kan worden afgesloten. Het alternatief, een langere behandeling met bijvoorbeeld 30 wekelijkse bijeenkomsten AHT, is wellicht bij werkgever of schoolleiding gemakkelijker te realiseren, maar lijkt geen reële mogelijkheid, gezien de inspanning die het al vereist om de deelnemers achttien bijeenkomsten aanwezig te laten zijn. Bij handhaving van de huidige opzet met wekelijkse bijeenkomsten is het te overwegen het aantal oefeningen bij bepaalde therapieonderdelen te beperken en meer tijd te besteden aan het verband tussen die onderdelen en de probleemgedragingen van de deelnemers.

De klinische patiënten verkeren in een andere situatie, omdat zij meerdere jaren in een forensisch-psychiatrische instelling moeten verblijven. Bij deze groep patiënten verdient het aanbeveling de AHT te verlengen en te laten doorlopen tot in de resocialisatiefase. Verlenging kan bijvoorbeeld de vorm krijgen van *boostersessies* of extra huiswerkopdrachten die worden gemaakt op de afdeling Onderwijs. Op deze manier kunnen therapeuten constateren of het geleerde in de dagelijkse praktijk buiten de instellingsmuren wordt toegepast en kunnen ze de patiënten zonodig (in afnemende mate) assisteren bij het oplossen van voorko-

mende problemen. Een langer durende behandeling is echter in de praktijk niet eenvoudig te realiseren, omdat alle op criminogene factoren ([De Ruiter, 2002](#)) gerichte behandelprogramma's tezamen een omvangrijke en ervaren behandelstaf vergen. Daarnaast heeft de huidige opzet, waarbij inhoud en vorm van de klinische en de poliklinische AHT overeenkomen, als voordeel dat de effectiviteit van de behandeling bij de twee populaties vergeleken kan worden.

Behalve dat een langer durende behandeling kan worden overwogen, is het bij de klinische patiënten van belang de indicatiecriteria voor de AHT nader onder de loep te nemen. Het lijkt er namelijk op dat het vooral de hoog op de dimensie 'psychopathie' scorende patiënten zijn die met de behandeling stoppen omdat ze er naar hun mening niets van opsteken, die uit de groep verwijderd moeten worden omdat ze de therapeuten constant provoceren of die zich tijdens de bijeenkomsten overdreven sociaal wenselijk gedragen. Deze indrukken komen overeen met die van Harris, Rice en [Cormier \(1994\)](#), die meenden dat vaardigheidstherapieën voor 'psychopaten' zelfs gecontra-indiceerd zijn: zo zouden deze patiënten namelijk hun repertoire aan vaardigheden om anderen te misleiden en te manipuleren kunnen uitbreiden. Nader onderzoek zal echter moeten uitwijzen of 'psychopathie' moet gaan gelden als exclusie criterium voor de agressiehanteringstherapie.

Aggression control therapy for forensic psychiatric patients with violent offences: development and application

This article describes the development and application of aggression control therapy (ACT) for adult forensic psychiatric patients with a history of violent offences. ACT is part of the 'Aggressive behaviour' treatment program for inpatients, which also includes the 'Psychomotor therapy', 'Education', and 'Movement therapy' modules. Outpatients receive only ACT. After a description of the therapy and treatment program, experiences with both inpatient and outpatient groups are discussed. Considerations for prolonging and intensifying the therapy are examined against a background of practical possibilities and the desirability of conducting research. There are indications that inpatients who score relatively highly on the 'psychopathy' dimension should be excluded from this therapy.

Literatuur

1. 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.
2. American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association.
3. Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
4. Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
5. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
6. Bartels, A.A.J., Schuurmsma, S., & Slot, N.W. (2001). Interventies. In R. Loeber, N.W. Slot & J.A. Sergeant (red.), *Ernstige en gewelddadige jeugddelinquentie* (pp. 291-318). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
7. Browne, K., & Howells, K. (1996). Violent offenders. In C.R. Hollin (Ed.), *Working with Offenders. Psychological Practice in Offender Rehabilitation* (pp. 188-210). Chichester: John Wiley & Sons.
8. 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: John Wiley & Sons.
9. Dam-Baggen, R. van, & Kraaimaat, F.W. (1979). Assertieve training. In J.W.G. Orlemans, W. Brinkman, W.P. Haaijman & E.J. Zwaan (red.), *Handboek voor Gedragstherapie* (B7, pp. 1-76). Deventer: Van Loghum Slaterus.
 10. Dam-Baggen, C.M.J. van, & Kraaimaat, F.W. (2000). *Sociaalvaardigheidstherapie: Een cognitief gedragstherapeutische groepsbehandeling*. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
 11. Dodge, K.A., Price, J.M., Bachorowski, J.A., & Newman, J.P. (1990). Hostile attributional biases in severely aggressive adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 99*, 385-392.
 12. Emmerik, J.L. van (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
 13. Feindler, E.L., & Ecton, R.B. (1986). *Adolescent Anger Control: Cognitive-Behavioral Techniques*. New York: Pergamon Press.
 14. Gageldonk, A., & Bartels, A.A.J. (1991). Evaluatieonderzoek in de jeugdhulpverlening. *Kind & Adolescent, 2*, 1-18.
 15. Goldstein, A.P. (1999). *Low-Level Aggression: First steps on the ladder to violence*. Champaign, IL: Research Press.
 16. Goldstein, A.P., Glick, B., & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, IL: Research Press.
 17. Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (1994). Psychopaths: Is a therapeutic community therapeutic? *Therapeutic Communities, 15*, 283-299.
 18. Hollin, C.R. (1990). Social skills training with delinquents: A look at the evidence and some recommendations for practice. *British Journal of Social Work, 20*, 483-493.
 19. Hollin, C.R. (2002). *Aggression replacement training: The cognitive-behavioural context*. Leicester, UK: University of Leicester.
 20. Hornsveld, R.H.J., & Dam-Baggen, C.M.J. van (2000). *Agressiehanteringstherapie: draaiboek en werkmap*. Rijswijk (ZH): uitgegeven in eigen beheer.
 21. Kohlberg, L. (1984). Moral stages and moralization: The cognitive-developmental approach. In L. Kohlberg (Ed.), *Essays on moral development: The psychology of moral development* (pp. 170-205) . San Francisco: Harper & Row.
 22. Lochman, J.E., & Dodge, K.A. (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 366-374.
 23. Lochman, J.E., White, K.J., & Wayland, K.K. (1991). Cognitive-behavioral assessment and treatment with aggressive children. In P.C. Kendall (Ed.), *Child & adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures* (pp. 25-66). New York: Guilford Press.
 24. Märker, N. (1996). *Goldsteintraining in detentie*. Nijmegen: Wetenschapswinkel Nijmegen.
 25. Nelson, J.R., Smith, D.J., & Dodd, J. (1990). The moral reasoning of juvenile delinquents: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 18*, 709-727.
 26. 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.
 27. 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 Soci-*

al Work Practice, 9, 466-482.

28. Palmer, E.J., & Hollin, C.R. (1999). Social competence and sociomoral reasoning in young offenders. *Applied Cognitive Psychology, 13, 79-87.*
29. Quinsey, V.L., Harris, G.T., Rice, M.E., & Cormier, C.A. (1998). *Violent Offenders: Appraising and managing risk.* Washington, DC: American Psychological Association.
30. Ruiters, 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. 991-1001) . Deventer: Kluwer.
31. Zamble, E., & Quinsey, V.L. (1997). *The criminal recidivism process.* Cambridge: Cambridge University Press.

Copyright 2007, Bohn Stafleu van Loghum, Houten