



RUUD H. J. HORNSVELD

**MEET -
INSTRUMENTEN
VOOR DE
FORENSISCHE
PSYCHIATRIE**

ACHTERGROND, PSYCHO-
METRISCHE EIGENSCHAPPEN
& NORMEN

CHALLENGER PRESS

Meetinstrumenten zijn van groot belang voor de assessment van forensisch psychiatrische patiënten, of dat nu is in het kader van diagnostiek of van behandelbeoordeling. Gebleken is dat voor een optimale risicotaxatie van deze patiënten niet alleen statische (= niet-veranderbare), maar ook dynamische (= veranderbare) factoren gemeten moeten worden.

Tot op heden ontbrak het echter aan een overzicht van relatief betrouwbare en valide meetinstrumenten voor deze dynamische factoren. Dit boek beschrijft onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van die instrumenten en biedt informatie over het gebruik ervan in de forensische psychiatrie. De instrumenten zijn gekozen op basis van een heuristisch model voor agressief gedrag. Dit model ligt ook ten grondslag aan behandelprogramma's voor (seksueel) gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten als *Held zonder geweld*, delen 1 t/m 5.

Instrumenten en programma's zijn te downloaden via www.Agressiehanteringstherapie.nl.

MEETINSTRUMENTEN VOOR DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE

ACHTERGROND,
PSYCHOMETRISCHE EIGENSCHAPPEN
& NORMEN

RUUD H. J. HORNSVELD

CHALLENGER PRESS — RIJSWIJK

*Deze niet-commerciële publicatie is uitgegeven in eigen beheer.
Er is alleen een digitale versie.*

© 2018 Challenger Press, Rijswijk: Ruud H. J. Hornsveld

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

Meetinstrumenten voor de forensische psychiatrie
R. H. J. Hornsveld
Rijswijk: Challenger Press

E: Ruud.Hornsveld@Ziggo.nl

Typografische verzorging René van der Vooren, Amsterdam

ISBN 978 90 7148 111 6

INHOUD

- Voorwoord 7
- 1 Een heuristisch model voor agressief gedrag 8
 - 2 Meetinstrumenten voor de forensische psychiatrie 17
 - 2.1 Soorten instrumenten 17
 - 2.2 Nieuwe psychometrische ontwikkelingen 22
 - 3 Validiteit van zelfrapportage vragenlijsten 27
 - 4 Onderzochte populaties en gebruikte meetinstrumenten voor validiteitsonderzoek 38
 - 4.1 Populaties 38
 - 4.2 Meetinstrumenten 40
 - 5 Aangepaste Versie van de Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV) 44
 - 6 Boosheid Lichamelijke Signalenlijst (BLS) 54
 - 7 Houding jegens Vrouwen Lijst (HVL) 67
 - 8 Aangepaste Versie van het Sociomorele Reflectie Meetinstrument (SRM-AV) 78
 - 9 Novaco Anger Scale – Provocation Inventory (NAS-PI) 88
 - 10 Agressie Vragenlijst (AVL) 107

- 11 Observatie schaal voor agressief gedrag (OSAB) 121
- 12 Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst (BVAQ) 141
- 13 Instrumenten, scoring, factoren of subschalen, normen 156
 - 13.1 Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study (PFS-AV) 156
 - 13.2 Boosheid Lichamelijke Signalenlijst (BLS) 166
 - 13.3 Houding tegenover Vrouwen Lijst (HVL) 168
 - 13.4 Aangepaste Versie van het Sociomorele Reflectie Meetinstrument (SRM-AV) 170
 - 13.5 Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (NAS-PI) 174
 - 13.6 Agressie Vragenlijst (AVL) 182
 - 13.7 Observatieschaal voor Agressief Gedrag (OSAB) 193
 - 13.8 Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst (BVAQ) 201
- Literatuur 216
- Over de auteur 239

VOORWOORD

Meetinstrumenten zijn van groot belang voor het assessment van forensisch psychiatrische patiënten, of dat nu is in het kader van diagnostiek of van behandel-evaluatie. Gebleken is dat voor een optimale risicotaxatie van deze patiënten niet alleen statische (= niet-veranderbare), maar ook dynamische (= veranderbare) factoren gemeten moeten worden. Tot op heden ontbrak het echter aan een overzicht van relatief betrouwbare en valide meetinstrumenten voor deze dynamische factoren. Met dit boek wordt in deze lacune voorzien. Hoewel over de beschreven instrumenten in vaktijdschriften is gepubliceerd moet opgemerkt worden dat de fasen van ontwikkeling waarin de instrumenten verkeren nog sterk uiteen lopen. Vooral de recent ontwikkelde instrumenten zijn nog in een experimenteel stadium, zodat nader onderzoek naar hun psychometrische eigenschappen geboden is.

In hoofdstuk 1 wordt op basis van de literatuur en eigen onderzoek een heuristisch model voor agressief gedrag gepresenteerd. De verschillende soorten meetinstrumenten die in de forensische psychiatrie worden gebruikt worden beschreven in hoofdstuk 2. In dit hoofdstuk komen ook enkele nieuwe, psychometrische ontwikkelingen aan bod. Hoofdstuk 3 behandelt de validiteit van zelfrapportage vragenlijsten en gaat daarbij onder andere in op de invloed van sociaal wenselijk antwoorden op de scores van deze lijsten. In hoofdstuk 4 worden de verschillende populaties beschreven bij wie het onderzoek naar nieuwe en bestaande meetinstrumenten werd verricht. De ontwikkeling van vier nieuwe vragenlijsten wordt beschreven in de hoofdstukken 5 tot en met 8. Een tweetal bestaande zelfrapportage vragenlijsten over woede en agressief gedrag worden geanalyseerd in de hoofdstukken 9 en 10. Hoofdstuk 11 behandelt de ontwikkeling van een nieuwe observatieschaal voor agressief en prosociaal gedrag. In hoofdstuk 12 wordt vervolgens een generalistische vragenlijst over emoties onderzocht. Tenslotte verschaft hoofdstuk 13 materiaal voor de afname van de verschillende instrumenten, hun scoring, de factoren of subschalen en normen voor het gebruik bij een aantal verschillende populaties.

1

EEN HEURISTISCH MODEL VOOR AGRESSIEF GEDRAG

Theorie & behandeling

In Nederland is de ontwikkeling van cognitief-gedragstherapeutische programma's voor delinquenten relatief 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. Tegelijkertijd volgden op een groot aantal plaatsen in de Verenigde Staten adolescente delinquenten en agressieve scholieren verplicht de Aggression Replacement Training (ART) van Goldstein, Glick en Gibbs (1998). Uit een evaluatie door het Washington State Institute for Public Policy (WSIPP, 2004), 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). In het Verenigd Koninkrijk werd in 1993 een aangepaste versie van R&R, Enhanced Thinking Skills (ETS), geïmplementeerd. Uit een onderzoek door Friendship, Blud, Erikson, Travers, en Thornton (2003) bleek dat het recidiverisico van delinquenten die R&R of ETS gevolgd hadden significant lager was dan dat van niet-behandelde delinquenten.

Inmiddels verschenen er ook steeds meer publicaties waarin aandacht werd besteed aan de theorievorming over agressief gedrag. Zo meende Lykken (1995) dat statische criminogene factoren substantieel bijdragen aan crimineel gedrag. Volgens zijn 'low-fear hypothesis' is ontbreken van angst zo'n factor en is deze persoonlijkheidstrek voor 50 tot 70 procent genetisch bepaald. Ook zou uit onderzoek blijken dat jongens met een afwezige vader en een slecht gesocialiseerde moeder een verhoogd risico

lopen op crimineel gedrag in een latere levensfase. Nietzel, Hasemann en Lynam (1999) trachtten diverse 'multifactor behavioral models' te integreren met 'other criminological perspectives' in een leertheoretisch ontwikkelingsmodel met vier factoren: [1] distale antecedenten, te weten biologische, psychologische en sociale disposities die het aanleren van gewelddadig gedrag faciliteren, [2] vroege indicatoren van agressief gedrag die zich op (zeer) jonge leeftijd manifesteren, [3] sociale en individuele factoren die vroege gedragsproblemen doen uitmonden in chronisch antisociaal gedrag op latere leeftijd en [4] instandhoudende factoren die escalatie van gewelddadig gedrag bij volwassenen bevorderen. De auteurs constateerden op basis van internationale onderzoeken dat 'ernstig antisociaal gedrag' gerelateerd is aan de 'Big Five' persoonlijkheidsdomeinen altruïsme en consciëntieusheid (Costa & McCrae 1992), een verband dat al eerder door andere auteurs werd verondersteld (Digman 1994; Widiger, Trull, Clarkin, Sanderson, & Costa Jr., 1994). Eysenck en Gudjonsson (1989) meenden dat er een verband is tussen de persoonlijkheidsdimensies extraversie en neuroticisme enerzijds en criminaliteit anderzijds: bij jongere en meer actieve criminelen zou de relatie met extraversie sterker en met neuroticisme minder sterk zijn dan bij oudere, gedetineerde criminelen. De dimensies neuroticisme en extraversie van Eysenck en Gudjonsson komen volgens Digman (1994) overeen met de gelijknamige persoonlijkheidsdomeinen van de 'Big Five'.

Meerdere onderzoekers vonden empirische ondersteuning voor de uitgangspunten van Goldstein Glick en Gibbs (1998) bij de ontwikkeling van hun Aggression Replacement Training (ART). Bij agressieve personen (adolescenten en volwassenen) werden meer disfuncties aangetroffen op het terrein van de perceptie (Akhtar & Bradley, 1991), attentie (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) dan bij niet-agressieve personen. Bovendien werden er aanwijzingen gevonden voor een verband tussen psychopathie en de vorm van agressief gedrag (Blair, 2001). Zo vonden Cornell, Warren, Hawk, Stafford, Oram en Pine (1996) in hun onderzoek bij 106 gewelddadige en niet-gewelddadige delinquenten in een medium-security gevangenis en bij 50 gewelddadige delinquenten die verwezen waren voor een forensisch onderzoek dat delinquenten met een lage score op psychopathie relatief meer reactief agressief gedrag vertoonden en delinquenten met een hoge score op psychopathie relatief

meer proactief agressief gedrag. Woodworth en Porter (2002) onderzochten de relatie tussen psychopathie en de kenmerken van 125 Canadese moordenaars. Zij vonden dat moorden die gepleegd waren door psychopathische delinquenten vaker proactief van aard waren dan de moorden gepleegd door niet-psychopathische delinquenten. Een onderzoek onder Nederlandse gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten (Hornsveld, Hollin, Nijman, & Kraaimaat, 2007) wees uit dat agressief gedrag bij een lage psychopathiescore positief gerelateerd was aan sociale angst en negatief aan sociale vaardigheden. Bij patiënten met een hoge score op psychopathie bleken sociale angst en sociale vaardigheden niet van invloed op agressief gedrag. Cima en Raine (2009) vonden in hun onderzoek bij een groep Nederlandse gedetineerden dat psychopathie gerelateerd was aan proactieve maar in mindere mate aan reactieve agressie.

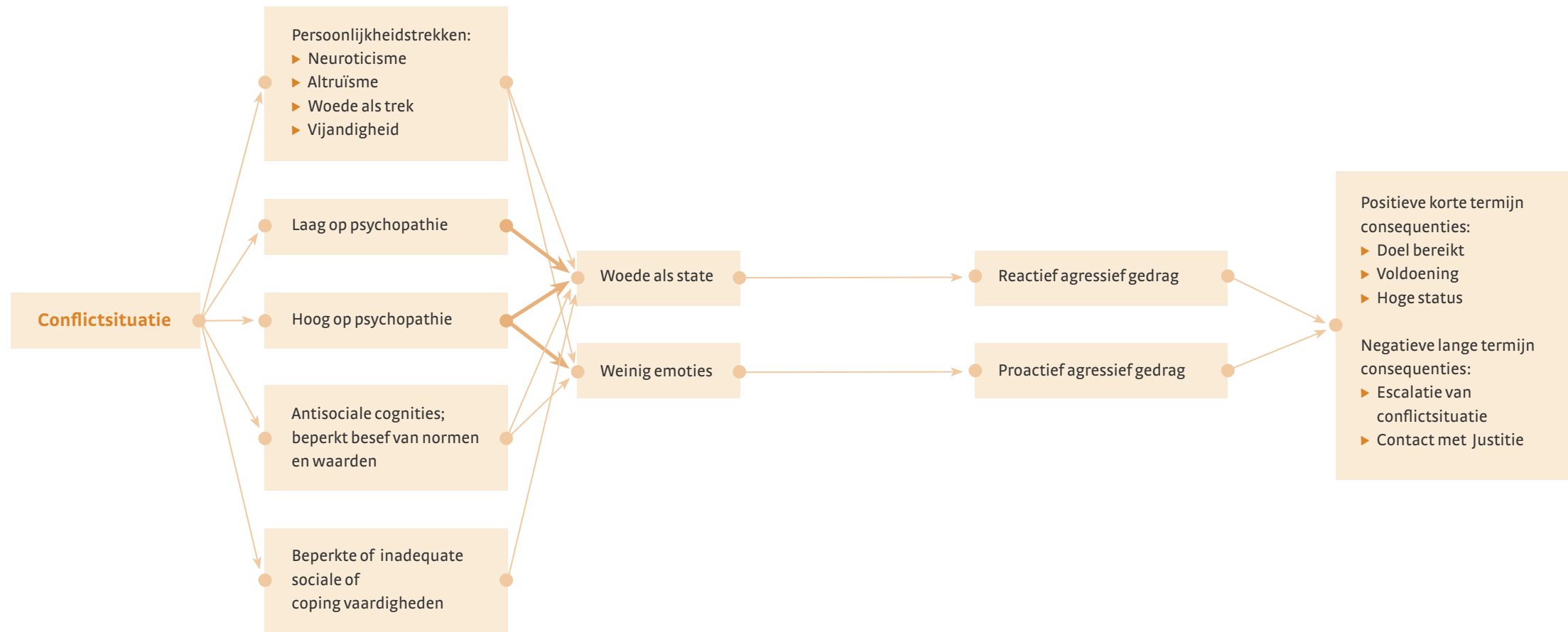
Risicofactoren

Andrews, Bonta en Hoge (1990) waren de eersten die op grond van empirische studies psychologische risicofactoren formuleerden. In 2010 noemden Andrews en Bonta acht factoren ('Central Eight') die gerelateerd zijn aan recidiverisico, te weten [a] antisociale voorgeschiedenis, [b] antisociale persoonlijkheid, [c] antisociale cognities, [d] antisociaal netwerk, [e] familie- en/of relatieproblemen, [f] beperkte opleiding en/of geen werk, [g] onvoldoende prosociale tijdsbesteding en [h] middelenmisbruik. Landenberger en Lipsey (2005) voerden een meta-analyse uit van (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. McGuire (2006) inventariseerde met behulp van meta-analyses een groot aantal studies naar het effect van cognitief-gedragstherapeutische interventies op recidiverisico. Voor cognitief-gedragstherapeutische programma's werden grotere effecten gevonden dan voor andere benaderingen. McGuire beschouwde Bandura's sociaal-leren theorie (1973) als 'a clear and coherent rationale for the usage of intervention methods that can address some of the processes that lead to an ingrained pattern of criminal offending'.

Kenmerken van Nederlandse forensisch psychiatrische patiënten

Om inzicht te krijgen in de specifieke kenmerken van gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten werden bij zowel klinische als poliklinische patiënten meetinstrumenten afgenomen. De meetinstrumenten waren geselecteerd op grond van een aantal criteria, waaronder goede psychometrische eigenschappen (Hornsveld, 2007). Voor het meten van persoonlijkheidstrekken werd gebruik gemaakt van de NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992; Nederlandse versie: Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996), de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982), een Nederlandse versie van de Spielberger State-Trait Anger Scale (Spielberger, 1980), en de Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991, 2003; Nederlandse versie: Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002). Voor het meten van gedrag werd gebruik gemaakt van de Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1994), de Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996) en de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000). Om vijandigheid te kunnen meten werd de Attributie Vragenlijst (ATV; Hornsveld, Nijman, Lammers, Van Dam-Baggen, & Kraaimaat, 2002) ontwikkeld.

Uit een eerste onderzoek waarbij 136 klinische en 200 poliklinische patiënten met respectievelijk een cluster B persoonlijkheidsstoornis of een gedragsstoornis als hoofddiagnose werden vergeleken met normgroepen (Hornsveld, Nijman, & Kraaimaat, 2008) kwam naar voren dat de klinische patiënten hoger scoorden op het Five Factor domein neuroticisme, maar niet afwijkend op de domeinen extraversie, openheid, altruïsme, consciëntieusheid (NEO-FFI) en woede als dispositie (ZAV). De poliklinische patiënten scoorden significant hoger op neuroticisme en significant lager op altruïsme dan de normgroep, maar niet op openheid en consciëntieusheid. De poliklinische patiënten bleken ook significant meer gedisponeerd tot woede (ZAV) dan de normgroep, maar verschilden wat betreft sociale angst en sociale vaardigheden (IOA) daar niet van. Zowel de poliklinische als de klinische patiënten rapporteerden minder sociale angst en meer sociale vaardigheden in situaties waarin bijvoorbeeld kritiek kan worden gegeven (grenzenstellend gedrag) en meer sociale angst en minder sociale vaardigheden in situaties waarin bijvoorbeeld iemand gecompimenteerd kan worden (toenaderend gedrag).



FIGUUR 1

Psychologische factoren die agressief gedrag in stand houden.
 De dikke pijlen laten zien dat mensen met een relatief lage score op psychopathie vooral reactief agressief gedrag vertonen en dat mensen met een relatief hoge score op psychopathie zowel reactief als proactief agressief gedrag vertonen.

In twee onderzoeken werden forensisch psychiatrische patiënten vergeleken met twee andere populaties. Zo werden 136 terbeschikkinggestelden vergeleken met 100 langgestraften. De terbeschikkinggestelden hadden significante hogere scores op antisociale leefstijl (PCL-R, oude Factor 2), neuroticisme (NEO-FFI) en woede als trek (ZAV). Een onderzoek bij 123 adolescente poliklinische patiënten en 161 leerlingen van een voortgezette middelbare beroepsopleiding liet zien dat de patiënten significant hoger scoorden op woede als trek (ZAV), vijandigheid (PFS-AV) en agressief gedrag (AVL), en significant lager op altruïsme (NEO-FFI). Literatuur en onderzoeken hebben geresulteerd in een heuristisch model van agressief gedrag dat gebruikt kan worden voor de ontwikkeling van een cognitief-gedragstherapeutisch programma voor de behandeling van dit gedrag (Figuur 1).

Voor de operationalisatie van het model werden vier nieuwe zelf-rapportage vragenlijsten en een nieuwe observatieschaal ontwikkeld:

- ▶ Vijandigheid: De ATV (Hornsveld, Nijman, Lammers, Van Dam-Baggen, & Kraaimaat, 2002) heet nu de Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study (PFS-AV). Zie hoofdstuk 5.
- ▶ Lichamelijke sensaties bij woede: Boosheid Lichamelijke Signalenlijst (BLS/ABSQ). Zie hoofdstuk 6.
- ▶ Antisociale attitudes jegens vrouwen: De Houding Jegens Vrouwen Lijst (HVL/AWI). Zie hoofdstuk 7.
- ▶ Morele rijpheid: De Aangepaste Versie van het Socio-Morele Meet-instrument (SRM-AV). Zie hoofdstuk 8.
- ▶ Antecedenten, emoties, agressief gedrag, sancties en pro sociaal gedrag bij klinische patiënten: De Observatieschaal voor Agressief gedrag (OSAG/OSAB). Zie hoofdstuk 11.

Drie zelfrapportage vragenlijsten werden op hun psychometrische eigenschappen onderzocht in populaties die gekenmerkt worden door agressief gedrag. De vragenlijsten hebben betrekking op:

- ▶ Woede: Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (NAS-PI). Zie hoofdstuk 9.
- ▶ Agressief gedrag: Agressie Vragenlijst (AVL). Zie hoofdstuk 10.
- ▶ Emoties in het algemeen: Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst (BVAQ). Zie hoofdstuk 12.

De Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R) werd door Zwets et al. (2014) op psychometrische eigenschappen onderzocht bij Nederlandse terbeschikkinggestelden. Voor de vier-factoren structuur werd ondersteuning gevonden zowel bij een groep patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose als bij patiënten met een chronisch psychotische stoornis als hoofddiagnose.

Behandelprogramma's

Voor de ontwikkeling van een behandelprogramma voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten werd de Aggression Replacement Training als uitgangspunt genomen, omdat het een multimodale training betreft die gebaseerd is op de sociale leertheorie van Bandura (1973) en zich op drie belangrijke aspecten van agressief gedrag richt, namelijk fysiologische reactie/emotie, cognitie en overt gedrag (Hollin, 2004). Het programma 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) kon het programma in een aantal forensisch psychiatrische instellingen op resultaten worden onderzocht. Gecontroleerd onderzoek liet zien dat het programma resulteerde in een significante afname van agressief gedrag bij zowel klinische als poliklinische patiënten die de therapie afmaakten, niet alleen na afloop van het programma maar ook bij een follow-up 15 weken later (Hornsveld, Kraaimaat, Muris, Zwets, & Kanters, 2015; Hornsveld, Nijman, & Kraaimaat, 2008).

Voor de behandeling van terbeschikkinggestelden werd het programma conform het opgestelde heuristisch model uitgebreid met een viertal modules, namelijk Pro sociaal denken, Karaktervorming (consequenties van gedrag op korte en op lange termijn), Pro sociaal netwerk en Omgaan met vrouwen (Hornsveld & De Vries, 2009). Met deze vier modules sluit het programma ook aan bij de door Andrews en Bonta (2003) geïdentificeerde dynamische criminogene factoren, te weten antisociale cognities, antisociaal netwerk en relatieproblemen. Aldus komt het programma tegemoet aan de aanbevelingen van Cooke en Philip (2001), en van Hollin

(2006), namelijk dat het [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. De tien criteria van het Nederlandse Ministerie van Veiligheid en Justitie, zoals die ontleend zijn aan het Britse Correctional Services Accreditation Panel (2010), werden eveneens betrokken bij de programmaontwikkeling.

2

MEETINSTRUMENTEN VOOR DE FORENSISCHE PSYCHIATRIE

2.1 Soorten meetinstrumenten

Onderzoekers als Andrews en Bonta (2010) hebben ervoor gepleit dat bij het assessment van delinquenten een combinatie van verschillende soorten meetinstrumenten worden gebruikt, omdat elk instrument zijn voor- en nadelen heeft. Te denken valt aan instrumenten als gestructureerde interviews, observatieschalen, zelfrapportage vragenlijsten en registratie van incidenten. De verzamelde informatie moet daarom altijd gerelateerd worden aan de beperkingen van het instrument in kwestie (Drenth & Sijtsma, 2012). Diagnostici en onderzoekers van gedetineerden en forensisch psychiatrische patiënten dienen zich bovendien te realiseren dat de gecontroleerde en gestructureerde omgeving van een forensisch psychiatrische instelling of een penitentiaire inrichting een verstorend en veelal dempend effect kan hebben op het gedrag, of dat nu gemeten wordt met een zelfrapportage vragenlijst, een observatieschaal of een risicotaxatie instrument (Hornsveld, Kraaimaat, Bouwmeester, Polak, & Zwets, 2014). Er bestaat bovendien de kans dat patiënten of gedetineerden sociaal wenselijk gedrag vertonen omdat ze weten dat ze worden geobserveerd.

In deze paragraaf worden de verschillende soorten meetinstrumenten kort besproken die gebruikt worden bij delinquenten en forensisch psychiatrische patiënten. Per soort worden de voor- en nadelen in het gebruik ervan genoemd.

Checklists voor risicotaxatie en psychopathie Er is voldoende ondersteuning gevonden voor de conclusie dat risicotaxatie instrumenten die gebaseerd zijn op de acht criminogene factoren van Andrews en Bonta (2010), de 'Central Eight', voor volwassen delinquenten in het algemeen en voor seksuele delinquenten in het bijzonder over gemiddelde tot goede

predictieve validiteit beschikken (bijvoorbeeld: Singh, Grann, & Fazel, 2011; Tully, Chou, & Browne, 2013). Er zijn echter grote verschillen in predictieve validiteit tussen de instrumenten onderling (bijvoorbeeld: Campbell, French, & Gendreau, 2009). Diagnostici dienen zich bewust te zijn van de beperkingen van de beschikbare instrumenten, zoals bij verstandelijk beperkte delinquenten of bij delinquenten van wie de etnische achtergrond nog niet voldoende is meegenomen in validiteitsonderzoek (Tully, Chou, & Browne, 2013). Voor wat betreft seksueel delinquenten concludeerden Rettenberger, Matthes, Boer en Eher (2010) dat de predictieve validiteit afhankelijk is van het gebruikte instrument, het type seksueel delictpleger en de recidivecategorie in kwestie. Volgens Hart, Michie en Cooke (2007) kan risicotaxatie niet gebruikt worden om in individuele gevallen de kans op toekomstig geweld met een zekere mate van betrouwbaarheid te schatten en moet er daarom met de nodige voorzichtigheid maar liever helemaal geen gebruik van worden gemaakt (p. 60).

Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten kan worden gebruikt voor het bepalen van de behandelintensiteit en van de kans op terugval na ontslag (Bonta & Andrews, 2007; Prentky, Barbaree, & Janus, 2015). Voor de risicotaxatie worden beoordelingsinstrumenten gebruikt die door ervaren gedragsdeskundigen 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.

Van het Nederlandse Ministerie van Justitie en Veiligheid dient bij alle forensisch psychiatrische patiënten de Historische, Klinische en Toekomstige-Revisie (HKT-R; Spreen, Brand, Ter Horst, & Bogaerts, 2013) te worden afgenomen. Deze lijst omvat 33 items die zijn 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 vijf-puntsschaal lopend van 0 = laag tot 4 = hoog. Hoe hoger de score, hoe groter 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). Dit instrument 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 seksueel gewelddadige delinquenten in risicocategorieën. Factoranalyses door Hornsveld et al. (2014) en Kanters et al. (2016) wezen uit dat er geen empirische evidentie is voor de huidige indeling in drie subschalen.

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). Voor de indeling van de PCL-R in vier facetten werd door Zwets et al. (2015) ondersteuning gevonden in een grote groep opgenomen forensisch psychiatrische patiënten.

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 K07 van de HKT-R: 'Sociale vaardigheden') of dat verwezen wordt naar zeer

brede domeinen (bijvoorbeeld item 8 van de SVR-20: 'Problemen in het arbeidsverleden'). Zo kunnen tekorten in 'Sociale vaardigheden' zich voordoen 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 'Sociale vaardigheden' en 'Problemen in het arbeidsverleden' verstaan, in welke situaties deed het probleemgedrag zich voor, welke emoties en cognities speelden een belangrijke rol en wat waren de consequenties van het gedrag op korte en op lange termijn? Dynamische items bieden dus naar onze mening als zodanig onvoldoende aanknopingspunten voor een individueel behandelplan 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 (Hornsveld, Kraaimaat, Zwets, & Kanters, 2017), kunnen functionele analyses van gedrag worden gemaakt en kan een behandelplan met specifieke behandel doelstellingen worden vastgesteld (De Raedt & Schacht, 2003; Haynes & O'Brien, 2000; Sturmey & McMurran, 2011).

Voor het bevorderen van de behandelmotivatie verdient het naar onze mening 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, 2009; 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 naar onze mening te worden aangevuld met de Historical Clinical Risk Management-20, versie 3 (HCR-20^{V3}, Douglas, Hart, Webster, & Belfrage, 2013; Nederlandse versie: De Vogel, De Vries Robbé, Bouman, Chakhssi, & De Ruiter, 2013). Dit is 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 Risicohanteringsschaal (5 items, bijvoorbeeld R3: Persoonlijke steun. De items worden beoordeeld op 'Aanwezigheid' met een behulp van een zevenpuntsschaal (Nee/Nee+/Deels-/Deels/Deels+/Ja-/Ja) en op 'Relevantie' met een driepuntsschaal (Laag/Matig/Hoog). Op grond van de scores op de schalen wordt een eendoordeel geveld over 'Geweld', 'Ernstig lichamelijk letsel' en/of 'Acuut dreigend geweld' met behulp van een vijf puntsschaal (Laag/Laag-Matig/Matig/Matig-Hoog/Hoog).

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.

Observatieschalen Observatieschalen hebben het voordeel dat elke klinische patiënt of gedetineerde op elk gewenst moment gemeten kan worden, omdat medewerking van de persoon in kwestie niet nodig is. Observatieschalen kunnen verdeeld worden in schalen voor de registratie

van afzonderlijke incidenten zoals de Staff Observation Aggression Scale-Revised (SOAS-R; Nijman, 1999) en in schalen die periodiek moeten worden ingevuld zoals de Observation Scale for Aggressive Behavior (OSAB; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007b). Een verschil tussen bijvoorbeeld de score op een zelfrapportage vragenlijst en een observatieschaal kan relevante informatie opleveren over het inzicht van een patiënt of gedetineerde in zijn of haar eigen gedrag (Nijman, Bjørkly, Palmstierna, & Almvik, 2006). Een belangrijke voorwaarde voor het gebruik van observatieschalen is echter dat stafleden terdege zijn getraind in gedragsobservatie. Dit kan een probleem zijn op afdelingen waar een groot verloop is in personeel. Een ander probleem kan zijn dat stafleden incidenten niet op de juiste manier registreren of dat ze soms favoriete en minder favoriete gedetineerden of patiënten gunstig of ongunstig beoordelen. Een derde en belangrijk probleem is dat de meeste observatieschalen zijn ontwikkeld voor de vaak schizofrene patiënten van algemeen psychiatrische ziekenhuizen, zoals de Overt Aggression Scale (OAS; Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986), de Modified Overt Aggression Scale (MOAS; Kay, Wolkenfeld, & Murrill, 1988), de Calgary General Hospital Aggression Scale (CGH Aggression Scale; Arboleda-Florez, Crisanti, Rose, & Holley, 1994) en de Social Dysfunction and Aggression Scale (SDAS; Wistedt et al., 1990). In gesloten instellingen, waar de baseline van negatieve gedragingen zoals agressie meestal laag is, is een verdere afname van deze gedragingen als mogelijk resultaat van een behandel- of resocialisatieprogramma echter onwaarschijnlijk. Daarom omvatten de schalen die periodiek worden ingevuld bij voorkeur ook items voor positief en protectief gedrag bevatten, zodat gedetineerden of patiënten na het volgen van een rehabilitatietraining of behandelprogramma hoger kunnen scoren op deze items (Hornsveld, Kraaimaat, Bouwmeester, Polak, & Zwets, 2014).

2.2 Nieuwe psychometrische ontwikkelingen

Gewelddadige delinquenten Impliciete attitudes kunnen gedefinieerd worden als automatische en onbedoeld geactiveerde evaluatieve associaties met een psychologisch object (Gawronski & Bodenhausen, 2006). Deze attitudes kunnen gemeten worden met impliciete maten (Greenwald, Poehlman, Uhlmann, & Banaji, 2009) zoals de *Impliciete Associatie Test* (IAT; Greenwald, McGhee, & Schwartz, 1998), een op reactietijd geba-

seerde categorisatietaak die de sterkte meet van impliciete associaties in het geheugen. Verschillende studies vonden ondersteuning voor de validiteit van de IAT bij het assessment van delinquenten die gewelddadig of ander agressief gedrag vertoonden. Dat zou er op kunnen wijzen dat positievere impliciete attitudes jegens geweld doorgaans geassocieerd worden met meer gewelddadig gedrag. Een onderzoek van bijvoorbeeld Eckhardt, Samper, Suhr en Holtzworth-Munroe (2012) liet zien dat huiselijk gewelddadige mannen positievere impliciete associaties hebben jegens geweld dan niet gewelddadige mannen, terwijl er geen verschil gevonden werd tussen beide groepen in expliciete attitudes jegens geweld. Agressogene attitudes lijken dus automatisch en zonder bewust besef agressief gedrag te kunnen beïnvloeden (Eckhardt et al., 2012). Zwets et al. (2014) gebruikten in hun onderzoek bij terbeschikkinggestelden twee IAT's: een neutrale IAT als controleconditie en een geweld-plezierig IAT. Bij de neutrale IAT waren de twee doelcategorieën bloemen versus insecten en de attributecategorieën plezierig versus onplezierig. Bij de geweld-plezierig IAT waren de doelcategorieën geweld (bijvoorbeeld: aanval) versus vrede (bijvoorbeeld: kalmte) en de attributecategorieën wederom plezierig versus onplezierig. Uit de resultaten kwam naar voren dat impliciete attitudes jegens geweld niet gerelateerd bleken aan zelfrapportage maten van agressie, maar er was wel een relatief lage, maar positieve relatie met het facet Antisociaal van psychopathie. De onderzoekers benadrukten dat de bevindingen van dit correlatieve onderzoek niet gebruikt kunnen worden voor individuele diagnostiek.

Een andere ontwikkeling is het gebruik van de *Startle Probe Reflex* (SPR) als maat voor de sterkte van emoties (Grillon & Baas, 2003). De oogknipper schrikreflex treedt op als intensieve auditieve, visuele of tactiele stimuli plotseling worden toegediend. Psychopaten zouden een afwijkende schrikreflex vertonen bij negatieve afbeeldingen, maar een normale schrikreflex bij positieve afbeeldingen (Fowles & Dindo, 2006). De afwijking in de schrikreflex zou vooral gerelateerd zijn aan de affectief-interpersoonlijke component en minder aan de impulsief-antisociale component van psychopathie (Vanman, Mejia, Dawson, Schell, & Raine, 2003). Grillon & Baas (2003) meenden echter dat de schrikreflex als diagnostisch instrument beperkt is.

'*Virtual Reality*' (VR) is een recent ontwikkelde techniek, waarmee personen met behulp van een speciale stereoscopische bril bepaalde kunstmatige, door een computer gecreëerde situaties als realistisch

kunnen ervaren. Zo wordt Virtual Reality Exposure Therapy (VRET) al regelmatig toegepast bij de behandeling van angststoornissen en bleek uit een meta-analyse van Powers en Emmelkamp (2008) dat VRET even effectief is als oefenen in vivo. Bij de behandeling van sociale angst bleek VRET zelfs effectiever dan in vivo exposure (Kampmann et al., 2016). Met behulp van Virtual Reality kan mogelijk gedrag beoordeeld worden in situaties die zich pas in de praktijk kunnen voordoen als een opgenomen forensisch psychiatrische patiënt of een gedetineerde met verlof kan. Er is echter tot op heden geen meetinstrument ontwikkeld dat gebruik maakt van virtuele situaties.

Seksuele delinquenten Veel nieuwe ontwikkelingen gericht op het assessment van individuele delinquenten in het algemeen lijken ook toepasbaar bij individuele seksuele delinquenten. Er zijn echter ook technieken ontwikkeld die bij uitstek van toepassing lijken op individuele seksuele delinquenten.

Zo is tot op heden internationaal gezien de *penisplethysmograaf* (PPG) het meest gebruikte instrument om de seksuele arousal van seksuele delinquenten te meten. De penisplethysmograaf is een individueel toegepaste fysiologische test waarmee de omtrek of het volume van de penis wordt gemeten (Marshall & Fernandez, 2000). Rond de penis wordt een sensor aangebracht en een computer registreert vervolgens de veranderingen in de omtrek of het volume van de penis, terwijl de respondent aan verschillende seksuele en niet-seksuele stimuli wordt blootgesteld. De stimuli worden over het algemeen door middel van video-, fotografisch of auditief materiaal aangeboden of door middel van een combinatie hiervan. De stimuli kunnen worden gevarieerd op basis van de vorm van het seksuele contact, zoals masturbatie of coïtus, of op basis van persoonskenmerken, zoals geslacht of leeftijd (Tiggelaar & Koster, 2008). Harris en Rice (1996) beschouwden PPG als de beste manier om deviante seksuele arousal te meten. PPG-data zouden bovendien correleren met een parafiele seksuele voorkeur en eerdere seksuele delicten (Konopasky & Konopasky, 2000). Verder kan de penisplethysmograaf nut hebben bij het voorspellen van recidive (Hanson & Bussière, 1998). In de literatuur worden echter ook verscheidene tekortkomingen van de techniek benadrukt, waaronder het gebrek aan standaardisatie en validiteit (Van Hunsel & Cosyns, 2002; Wilson & Miner, 2016). In Nederland wordt penisplethysmografie niet of nauwelijks toegepast om zowel methodologische als ethische redenen (Tiggelaar & Koster, 2008).

Ter vervanging van de PPG en om meer inzicht te krijgen in de cognitieve aspecten van seksuele stimuli, zijn onderzoekers op zoek gegaan naar alternatieve methoden om seksuele interesse te meten (Thornton & Laws, 2009). De ontwikkeling van een aantal gestandaardiseerde cognitieve taken voor het meten van seksuele interesse zou mogelijk de PPG kunnen vervangen (Banse, Schmidt, & Clabour, 2010; Ciardha & Gormley, 2009).

Een van die alternatieven is het meten van *Viewing Time* (VT). Harris, Rice, Quinsey en Chaplin (1996) onderzochten VT als een maat voor seksuele interesse bij kindermisbruikers en normale heteroseksuele mannen. Daartoe werden afbeeldingen van naakte mannen en vrouwen van uiteenlopende leeftijden aan beide groepen aangeboden terwijl de tijd werd gemeten die besteed werd aan het kijken naar het betreffende plaatje. Verder moesten de proefpersonen aangeven in welke mate ze de personen op de afbeeldingen seksueel aantrekkelijk vonden. Bij enkele proefpersonen werd ook fallometrisch onderzoek gedaan, waarbij gebruik gemaakt werd van dezelfde plaatjes. De VT-data bleken te discrimineren tussen beide groepen, maar de verschillen waren minder groot dan bij de fallometrische metingen. Twee instrumenten die gebruik maken van VT zijn de Abel Assessment of Sexual Interest (AASI; Abel et al., 2004) en de Affinity Measure of Sexual Interest (Glasgow, 2009). De validiteit voor van beide instrumenten is echter vooralsnog onvoldoende aangetoond (bijvoorbeeld: Fisher & Smith, 1999).

De *Implicit Association Task* (IAT) bij seksuele delinquenten richt zich op de associatie tussen de constructen kind/seks versus volwassene/seks. De veronderstelling is dat wanneer bij iemand de associatie kind/seks sterker is dan de associatie volwassene/seks dit indicatief is voor een seksuele voorkeur voor kinderen. Kanters et al. (2014) onderzochten een groep gewelddadige terbeschikkinggestelden, bestaande uit kindermisbruikers, verkrachters en niet-seksueel gewelddadige patiënten, met behulp van een drietal IAT's, namelijk een standaard IAT, een onderdanig-sexy IAT en een kind-seks IAT. Uit de resultaten kwam naar voren dat kindermisbruikers een sterkere seksuele voorkeur hebben voor onderdanigheid dan verkrachters en niet-seksueel gewelddadige patiënten. Bovendien bleken onderdanig-sexy associaties de kindermisbruikers beter van de andere patiënten te onderscheiden dan de kind-seks associaties. Kindermisbruikers met een sterkere kind-seks associaties rapporteerden meer sociale angst en vijandigheid. Ondanks positieve bevindingen op groepsniveau kan de IAT nog niet gebruikt worden voor

individuele delinquenten, omdat de uitkomsten voor meerdere interpretaties vatbaar zijn. Onderzoeken waarin impliciete associaties van delinquenten gecorreleerd werden met recidiverisico (Babchishin, Nunes, & Hermann, 2013; Nunes et al., 2007) lieten een zeer inconsistent beeld zien, waardoor de predictieve validiteit van dit instrument niet bevestigd kon worden.

Hecker, King en Scoular (2009) pleitten ervoor de *Startle Probe Reflex* te gebruiken bij onderzoek naar de seksuele interesse van seksuele delinquenten. Als mensen worden verrast vertonen ze een vertraagde schrikreflex als ze naar afbeeldingen kijken die ze seksueel interessant vinden vergeleken met neutrale of aversieve afbeeldingen. Gress en Laws (2009) concludeerden dat de startle probe reflex lijkt te differentiëren tussen seksuele belangstelling in volwassen vrouwen en seksuele belangstelling in volwassen mannen, maar ook dat verder onderzoek nodig is om te zien of de startle probe reflex een onderscheid maakt in arousalverhoging als gevolg van seksuele of van aversieve stimuli.

3

VALIDITEIT VAN ZELFRAPPORTAGE VRAGENLIJSTEN

Inleiding

Zelfrapportage vragenlijsten worden veel gebruikt in de forensische psychiatrie, zowel voor het assessment van individuele patiënten als de evaluatie van behandelprogramma's. De validiteit van dergelijke vragenlijsten is bij deze populatie echter omstreden. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van interne en externe factoren die van invloed kunnen zijn op de beantwoording van zelfrapportage vragenlijsten bij verschillende forensische populaties. Interne factoren zijn factoren die betrekking hebben op eigenschappen van de individuele respondent, zoals de neiging tot sociaal wenselijk reageren, inzicht in eigen gedrag en moreel besef. Externe factoren hebben betrekking op de omstandigheden waaronder de vragenlijsten worden afgenomen, zoals de aan- of afwezigheid van een onderzoeker, het format en de inhoud van de vragenlijsten en de setting waarin de respondent verblijft. Verder worden de psychometrische eigenschappen besproken van enkele vertaalde vragenlijsten die in de forensische psychiatrie veel gebruikt worden. Tenslotte worden er aanbevelingen gedaan voor het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten in de forensische psychiatrie.

Interne factoren

Sociaal Wenselijk Reageren (SDR) SDR wordt meestal gedefinieerd als de neiging van respondenten om zichzelf in een gunstig daglicht te plaatsen (Nederhof, 1985; Paulhus, 2002). In het onderzoek naar de invloed van SDR wordt doorgaans gebruik gemaakt van twee instrumenten, namelijk de Marlow-Crowne Social Desirability Scale (MC-SDS; Crowne & Marlow, 1960) en de Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR; Paulhus,

1984, 1988). De MC-SDS bestaat uit 33 items, waarvan er 15 negatief (bijvoorbeeld 'I am sometimes irritated by people who ask favors of me') en 18 positief (bijvoorbeeld 'I never hesitate to go out of my way to help someone in trouble') geformuleerd zijn. De antwoordmogelijkheden zijn 'waar' of 'niet waar'. Een sociaal wenselijk antwoord krijgt de score 1, in het andere geval is de score 0. De minimumscore is derhalve 0 en de maximum score 33. Andrews en Meyer (2003) namen de oorspronkelijk versie van de MC-SDS met 33 items en de verkorte versie met 13 items (MC-C) af bij 1.096 personen die werden verdacht van een delict. Delinquenten scoorden significant hoger op beide versies van de MC-SDS dan niet-delinquenten. De auteurs concludeerden derhalve dat beide versies gebruikt kunnen worden om zelfbedrog te meten als onderdeel van forensische assessment.

De BIDR kent twee schalen van elk 20 items, namelijk Zelfbedrog (de neiging om eerlijke maar positief gekleurde antwoorden te rapporteren, bijvoorbeeld 'I rarely appreciate criticism') en Indruk Maken (doelbewust een positieve indruk maken op anderen, bijvoorbeeld 'I always declare everything at customs'). De Zelfbedrog-schaal werd later (Paulhus, 2002) onderverdeeld in twee subschalen te weten Zelfbedrog Versterking (bijvoorbeeld 'My first impressions always turn out to be right') en Zelfbedrog Ontkenning (bijvoorbeeld 'I never regret my decisions'). De items worden gescoord op een zevenpuntsschaal, waarbij een score van 1 tot en met 5 telt als 0 en een score 6 of 7 als 1. Hoe hoger de score, des te sociaal wenselijker is er geantwoord. In een onderzoek van Paulhus (1988) bleek de totaalscore op de BIDR .71 te correleren met de totaalscore op de MC-SDS.

Er is relatief veel onderzoek gedaan naar de invloed van SDR op de scores van zelfrapportage vragenlijsten voor persoonlijkheidstrekken bij *universiteitsstudenten*. Zo vond Holden (2007) dat de opdracht om zo gunstig mogelijk te antwoorden van grote invloed bleek op de criterium validiteit, de mate waarin een testscore het criterium (in dit geval persoonlijkheidstrek) voorspelt. Holden en Passey (2010) stelden echter vast dat dit niet het geval was als er voor de deelnemers weinig op het spel stond. Tenslotte concludeerden Holden en Book (2012) dat de relatie tussen SDR en zelfrapportage van persoonlijkheidskenmerken gerelateerd is aan een aantal factoren, te weten: [a] de manier waarop SDR is geoperationaliseerd, [b] de onderzoeksprocedure (SDR is impliciet of wordt experimenteel geïnduceerd), [c] het belang dat er door de proefpersonen aan de uitslag wordt toegekend en [d] de psychometrische

eigenschappen van de gebruikte persoonlijkheidsvragenlijst. Een vijfde factor die mogelijk een rol speelt is het onderwerp van een vragenlijst (Hendriks, 2011). Zo onderzochten Davis, Thake en Vilhena (2010) het alcoholgebruik van 568 universiteitsstudenten met gebruikmaking van onder andere de Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR; Paulhus, 2002) voor het meten van SDR op het antwoorden van vragenlijsten over alcoholmisbruik. Uit hun onderzoek kwam naar voren dat studenten die hoog scoorden op de subschaal Indruk Maken 20 tot 33% minder alcoholgebruik en ongeveer 50% minder vaak dronkenschap rapporteerden dan de studenten die laag op die subschaal scoorden. Tussen de subschaal Zelfbedrog en alcoholconsumptie werd geen significant verband gevonden. De auteurs concludeerden dat bij personen met hoge scores op Indruk Maken de validiteit van zelfgerapporteerd gebruik van alcohol met bijbehorende risico's beperkt is, omdat alcoholmisbruik door de respondenten als sociaal afwijkend gedrag wordt beschouwd. Het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten bij dergelijke personen kan volgens de onderzoekers leiden tot een onderschatting van schadelijk en risicovol alcoholgebruik.

Delinquenten worden vaak verondersteld zelfrapportage vragenlijsten sociaal wenselijk in te vullen, omdat ze zouden denken dat een gunstige score een positieve invloed heeft op hun juridische status (Kalmus & Beech, 2005). In de literatuur zijn verschillende studies te vinden waarin de manier van invullen door delinquenten is onderzocht. Bijvoorbeeld Mills, Loza en Kroner (2003) vonden in hun onderzoek bij 124 mannelijke delinquenten dat de Self-Appraisal Questionnaire (SAQ, Loza, 1996), een zelfrapportage vragenlijst over delictgerelateerd gedrag, significant negatief gerelateerd was aan beide subschalen van de BIDR, dus dat de scores op de SAQ niet beïnvloed werden door SDR. In een vervolgonderzoek (Mills & Kroner, 2006) bij 172 mannelijke delinquenten naar de validiteit van de Measure of Criminal Attitudes and Associates (MCAA; Mills & Kroner, 1999), een zelfrapportage vragenlijst over antisociale attitudes, bleken delinquenten met een hoge score op de subschaal Indruk Maken van de BIDR tegen de verwachting in minder antisociale attitudes te rapporteren. Deze opmerkelijke resultaten werden opnieuw gevonden bij een derde studie van Mills en Kroner (2005) in een groep van 97 mannelijke delinquenten, namelijk dat delinquenten die laag scoorden op SDR en die dus betrekkelijk eerlijk antwoordden een groter recidiverisico hadden.

Bij *seksueel delictplegers* kunnen specifieke factoren bijdragen tot SDR, zoals het willen maken van een macho indruk of het willen vermijden van de diagnose 'seksueel deviant' (Kroner & Weekes, 1996). Bumby (1996) ontwikkelde de MOLEST schaal en de RAPE schaal voor het assessment van 'cognitieve vervormingen' (antisociale cognities die seksueel delictgedrag entameren of rechtvaardigen) bij respectievelijk seksueel kindermisbruikers en verkrachters van volwassen vrouwen. Beide schalen bleken niet significant te correleren met de MC-SDS. Arkowitz en Vess (2003) meenden echter dat de MOLEST schaal en de RAPE schaal te gevoelig zijn voor SDR om te gebruiken bij seksueel delictplegers die een verplichte behandeling moeten ondergaan, maar ze onderzochten deze veronderstelling niet. Mathie en Wakeling (2011) onderzochten de invloed van SDR op zelfrapportage vragenlijsten bij 1.730 mannelijke seksueel delictplegers. De SDR werd gemeten met de BIDR (Paulhus, 1984), het sociaal functioneren met een negental vragenlijsten en de delictgerelateerde factoren met zeven vragenlijsten plus een risicotaxatie-instrument. Uit het onderzoek kwam naar voren dat de mate van SDR en de invloed ervan op zelfrapportage vragenlijsten minder groot was dan verwacht. Correlaties tussen SDR en delict-specifieke meetinstrumenten varieerden bij de subschaal Zelfbedrog van -.34 tot .36, en bij de subschaal Indruk Maken van -.26 tot .20. De onderzoekers concludeerden dat in de forensische psychiatrie gebruikte zelfrapportage vragenlijsten acceptabel accuraat en valide kunnen zijn. Alles bij elkaar lijkt vooralsnog een eerdere conclusie van Gannon, Ward en Collie (2007) van toepassing, namelijk dat 'the questionnaire literature presents a mixed bag of findings when examined as a whole' (p. 410).

Inzicht in eigen gedrag en moreel besef Opvallend bij het onderzoek naar de invloed van SDR op de beantwoording van zelfrapportage vragenlijsten is dat daarbij de vraag in hoeverre respondenten inzicht hebben in hun eigen gedrag en in de morele standaarden van de maatschappij waarin zij leven steeds ontbrak. Een vragenlijst kan alleen eerlijk worden ingevuld als de respondent goed inzicht heeft in wijze waarop hij/zij zich in een bepaalde situatie gedraagt. Wil de respondent sociaal wenselijk antwoorden dan moet hij/zij wel besef hebben van het gedrag dat in een bepaalde situatie door de meeste mensen als normaal beschouwd wordt, de maatschappelijke norm.

Onderzoek naar inzicht in eigen gedrag is vooral gedaan bij psychiatrische patiënten zoals schizofrenen (bijvoorbeeld: Bell, Fiszdon, Richardson,

Lysaker, & Bryson, 2007), manische patiënten (bijvoorbeeld: Adida et al., 2008) en adolescenten met psychiatrische stoornissen (bijvoorbeeld: Salbach-Andrae, Klinkowski, Lenz, & Lehmkuhl, 2009). Er is echter tot op heden nauwelijks onderzoek gedaan naar inzicht in eigen gedrag bij psychiatrische patiënten met een cluster B persoonlijkheidsstoornis en bij niet-klinische volwassenen met een laag opleidingsniveau en/of een lage sociaal-economische status. Als het gaat om moreel besef hebben meerdere studies ondersteuning gevonden voor de bevinding dat veel delinquenten een beperkte kennis hebben van gangbare normen en waarden. Bijvoorbeeld Stams et al. (2006) deden een meta-analyse van 50 studies en concludeerden dat delinquenten gemiddeld een lager niveau van morele rijpheid hadden dan niet-delinquenten. Van Vugt et al. (2011) voerden eveneens een meta-analyse uit van 19 studies en vonden dat een lagere fase van morele ontwikkeling gerelateerd was aan een hoger recidiverisico.

Externe factoren

Aan- of afwezigheid van een onderzoeker De afgelopen jaren is het digitaal afnemen van vragenlijsten sterk toegenomen. Campos, Zucoloto, Bonafé, Jordani, en Maroco (2011) vergeleken bij een drietal zelfrapportage vragenlijsten over burn-out een elektronisch met een schriftelijk format en concludeerden dat elektronische vragenlijsten een gebruiksvriendelijke en redelijk betrouwbare manier zijn om data te verzamelen. Zij noemen als voordeel vooral het niet feitelijk aanwezig zijn van de onderzoeker. Hiermee zou eventuele ongewilde beïnvloeding door de onderzoeker worden verminderd.

In de forensische psychiatrie lijkt het echter raadzaam om de vragenlijsten te laten invullen in aanwezigheid van een onderzoeker. Veel patiënten zijn laag opgeleid en begrijpen soms bepaalde woorden niet (bijvoorbeeld: 'Wat is we-dijveren?' en 'Wat is een gedicht?'). Daarnaast kan een onderzoeker zien hoe de vragenlijsten worden ingevuld, variërend van overdreven secuur tot afgeraffeld. Vaak moeten patiënten gemotiveerd worden om door te gaan met invullen, omdat ze gauw verveeld of ontmoedigd raken. Als vragenlijsten worden afgenomen in het kader van wetenschappelijk onderzoek is het van belang aan de respondenten te laten weten dat de uitkomsten niet worden opgenomen in het dossier (Drenth & Sijtsma, 2006, p. 150).

Vrije-antwoorden of keuze-antwoorden Verscheidene auteurs hebben er voor gepleit bij gedetineerden gebruik te maken van ‘productie instrumenten’ in plaats van multiple-choice ‘herkennings instrumenten’ (Gavaghan, Arnold, & Gibbs, 1983; Stams et al., 2006, Van Vugt et al., 2011). Drenth & Sijtsma (2006) spreken van vrije-antwoorden tests versus keuze-antwoorden tests (p. 113). Bij vrije-antwoorden vragenlijsten worden respondenten gevraagd hun reacties op een aantal plaatjes of uitspraken op te schrijven, waarna die reacties worden gescoord door een onafhankelijke beoordelaar. Deze geschreven reacties zouden meer directe informatie over het gedrag van respondenten geven, omdat ze niet hoeven na te denken over wat hun juiste score is op de Likert-schaal, zoals bij keuze-antwoorden vragenlijsten. Nadeel van de vrije-antwoorden vragenlijsten is onder andere dat het beoordelen en categoriseren van de antwoorden voor de onderzoeker een tijdrovende aangelegenheid is (Drenth & Sijtsma, 2006, p. 120).

Setting In de literatuur wordt relatief weinig aandacht besteed aan de mogelijke invloed van de setting waarin de respondent verblijft (opgenomen of gedetineerd versus in ambulante behandeling versus niet-klinische vrijwilliger) op het beantwoorden van vragenlijsten. Zo vonden Olver, Kingston, Nicholaichuk en Wong (2014) bij 392 gedetineerde seksueel delictplegers dat ‘they did not score in a particularly pathological manner on the battery of psychometric measures’ (p. 549), dat wil zeggen niet afwijken van die van niet-klinische vrijwilligers. Kelsey, Rogers en Robinson (2015) namen de Psychopathic Personality Inventory-Revised (PPI-R; Lilienfeld & Widows, 2005), een zelfrapportage vragenlijst van 154 items voor het meten van psychopathie, af in een groep van 86 gedetineerden. De gedetineerden bleken lager te scoren op de vragenlijst dan studenten en andere niet-klinische vrijwilligers. Kanters et al. (2016) vergeleken 28 klinische met 61 poliklinische kindermisbruikers, respectievelijk opgenomen in een forensisch psychiatrische instelling of in behandeling op een forensisch psychiatrische polikliniek. Gemeten met de Sexual Violence Risk-20 (SVR-20; Boer, Wilson, Gauthier, & Hart, 1997) bleek dat de poliklinische patiënten een significant lager recidiverisico hadden dan de klinische patiënten. Op de zelfrapportage vragenlijsten over agressie, vijandigheid en sociale angst scoorden de klinische kindermisbruikers echter significant lager dan de poliklinische. Bovendien deed de eerste groep significant vaker positieve zelfuitspraken dan de tweede groep. Een mogelijke verklaring voor deze opvallende verschillen kan zijn

dat toezicht en structuur van een gevangenis of forensische psychiatrische instelling een dempend effect hebben op negatief gedrag (Hornsveld, Kraaimaat, Bouwmeester, Polak, & Zwets, 2014) en dat klinische patiënten de vragenlijsten naar waarheid invulden.

Veelgebruikte, vertaalde vragenlijsten

Vertaling Bij een aantal veel gebruikte zelfrapportage vragenlijsten doet zich een probleem van heel andere aard voor, namelijk dat ze uit het Engels zijn vertaald en dat deze vertalingen niet bij Nederlandse forensisch psychiatrische patiënten op psychometrische eigenschappen zijn onderzocht. Zo bleek uit eigen onderzoek dat de oorspronkelijke factor- of subschalenstructuur van de Agressie Vragenlijst (AQ; Buss and Perry, 1992; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), de Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (NAS-PI; Novaco, 1994) en de Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ; Vorst & Bermond, 2001) niet kon worden geconfirmeerd in steekproeven van Nederlandse forensisch psychiatrische patiënten. Een uitzondering was de *Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst* (AVL-AV; Hornsveld, Muris, Kraaimaat, & Meesters, 2009), een vertaling van de Aggression Questionnaire-Short Form (AQ-SF; Bryant & Smith, 2001). Bovendien werd alleen de oorspronkelijke NAS-PI onderzocht in Amerikaanse, mannelijke delinquenten. De AQ, de AVL, de AQ-SF en de BVAQ werden ontwikkeld in gemengde groepen van mannelijke en vrouwelijke universiteitsstudenten in verschillende landen, veelal psychologiestudenten.

Normgroepen Een ander probleem bij het gebruik van de veelgebruikte zelfrapportage vragenlijsten in de forensische psychiatrie betreft het ontbreken van relevante normgroepen (Akkerman-Bouwsema, Biesbroek, Lancel, & Gerlisma, 2015). Als er voor een vragenlijst al normgroepen zijn, dan is vaak niet duidelijk wat het opleidingsniveau van de onderzochte steekproef is. Omdat veel forensisch psychiatrische patiënten een relatief laag opleidingsniveau hebben, werden om hieraan enigszins tegemoet te komen normen ontwikkeld door vragenlijsten te laten invullen door mannelijke (V)MBO-leerlingen (Hornsveld, Kraaimaat, Muris, Zwets, & Kanters, 2015).

Conclusies & aanbevelingen

In dit hoofdstuk werden drie soorten kanttekeningen geplaatst bij het gebruik van zelfrapportage in de forensische psychiatrie, namelijk [a] de invloed van interne factoren als SDR, inzicht en moreel besef, [b] de invloed van externe factoren als de aan- of afwezigheid van een onderzoeker, de vorm en onderwerp van de vragenlijsten en de setting waarin de respondent verblijft en [c] de psychometrische eigenschappen van enkele veelgebruikte, vertaalde zelfrapportage vragenlijsten. Op grond van de literatuur en klinische ervaring trekken we de volgende conclusies.

Uit onderzoek bij verschillende populaties komt steeds naar voren dat sociaal wenselijk reageren lijkt samen te hangen met factoren als het belang dat door de respondent aan de uitkomst wordt gehecht (bijvoorbeeld: bij delinquenten hun juridische status), het thema van de vragenlijst (persoonskenmerken versus ongunstig gedrag), en de onderzoeksprocedure (SDR is impliciet of wordt experimenteel geïnduceerd). De meetinstrumenten die veel gebruikt worden voor het meten van sociaal wenselijk reageren, de MC-SDS en de BIDR, hebben bovendien als beperking dat deze vragenlijsten werden ontwikkeld met behulp van steekproeven universiteitsstudenten en dat de veronderstelde factorstructuur niet is onderzocht in populaties als delinquenten of forensisch psychiatrische patiënten. Helaas ontbreekt het ook aan onderzoek naar de relatie tussen SDR enerzijds en inzicht in eigen gedrag en moreel besef anderzijds.

Het lijkt raadzaam om in de forensische psychiatrie zoveel mogelijk gebruik te maken van vrije-antwoorden vragenlijsten, waarbij respondenten zelf een reactie formuleren in plaats van er een aan te kruisen. Echter, nader onderzoek is geboden naar de verschillen in validiteit tussen vrije-antwoorden en keuze-antwoorden vragenlijsten bij volwassen delinquenten of forensisch psychiatrische patiënten. De aanwezigheid van een intaker of onderzoeker bij de afname heeft als voordeel dat deze de patiënten kan motiveren de lijsten volledig in te vullen en vragen over moeilijke woorden kan beantwoorden. De invloed van de setting op de beantwoording van vragenlijsten lijkt aanzienlijk. De opvallende verschillen in scores op vragenlijsten tussen gedetineerden of klinische forensische psychiatrische patiënten enerzijds en poliklinische patiënten of niet-klinische vrijwilligers anderzijds verdienen nader onderzoek. Kunnen

die verschillen verklaard worden door de structuur en het toezicht van de penitentiaire of forensisch psychiatrische instelling, of spelen ook andere factoren een rol zoals verschillen in psychopathologie? Of zijn patiënten in een forensisch psychiatrische instelling bedrevener in het maskeren van hun probleemgedrag dan poliklinische patiënten of niet-klinische vrijwilligers?

Een belangrijk probleem bij het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten voor forensisch psychiatrische patiënten is dat de meeste niet of onvoldoende op psychometrische eigenschappen bij deze doelgroep zijn onderzocht en dat relevante normen ontbreken. Het gebruik van subschaalscores is af te raden als de betreffende subschalen niet door verder psychometrisch onderzoek bij Nederlandse populaties worden ondersteund. Normen van niet-klinische vrijwilligers kunnen van belang zijn voor poliklinische patiënten, maar zijn dat minder voor klinische patiënten. Bij het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten in de forensische psychiatrie zal er altijd rekening mee moeten worden gehouden dat respondenten de lijsten mogelijk sociaal wenselijk invullen en dat hun inzicht in eigen gedrag en moreel besef beperkt kunnen zijn. Dit is vooral van belang als de scores op de vragenlijsten gebruikt worden voor beslissingen op individueel niveau en er voor de respondent een groot belang op het spel staat.

Verschillende onderzoekers (bijvoorbeeld: Andrews & Bonta, 2010) pleitten voor de combinatie van verschillende meetinstrumenten zoals gestructureerde interviews, observatieschalen en incidentenregistraties. Gebruik van meerdere soorten instrumenten is ook naar onze mening noodzakelijk, omdat elk instrument specifieke beperkingen heeft. In een gesloten instelling kan een vergelijking van de score op een vragenlijst met die op een observatieschaal relevante informatie opleveren over het inzicht van een patiënt in zijn/haar eigen gedrag (Nijman, Bjørkly, Palmstierna, & Almvik, 2006). Per instrument moet echter steeds een afweging gemaakt worden tussen de betekenis van de verzamelde informatie enerzijds en de beperkingen van het betreffende instrument anderzijds (Drenth & Sijtsma, 2006, p. 68).

In het kader van wetenschappelijk onderzoek lijkt het minder zinvol de scores van klinische patiënten op zelfrapportage vragenlijsten te vergelijken met die van poliklinische patiënten. Als zelfrapportage vragenlijsten worden gebruikt voor bijvoorbeeld de effectmeting van behandelprogramma's is het gebruik van een instrument voor het meten van

sociaal wenselijk reageren aan te raden. De MC-SDS en BIDR kunnen voorlopig hiervoor gebruikt worden. Het is echter van belang dat de psychometrische eigenschappen van beide instrumenten alsnog bij Nederlandse populaties worden onderzocht.

Nieuwe ontwikkelingen

Er zijn steeds meer aanwijzingen dat zelfrapportage vragenlijsten voor dynamische (c.q. veranderbare, door interventies te beïnvloeden) factoren een waardevolle bijdrage kunnen leveren aan de risicotaxatie van (seksueel) delictplegers (Douglas & Skeem, 2005). Beech, Friendship, Erikson en Hanson (2002) bijvoorbeeld vonden in een groep van 140 kindermisbruikers dat het toevoegen van de vragenlijstgegevens over dynamische risicofactoren resulteerde in een significante verbetering van de risicotaxatie, gebaseerd op statische (c.q. onveranderbare, vaak historische) factoren. De verschillende studies naar de meerwaarde van dynamische factoren voor risicotaxatie zijn echter uitgevoerd bij *groepen* delinquenten, zodat de resultaten niet zonder meer van toepassing zijn op *individuele* delinquenten. Volgens Hart, Michie en Cooke (2007) kan tot op heden risicotaxatie niet gebruikt worden om in individuele gevallen de kans op toekomstig geweld met een zekere mate van betrouwbaarheid te schatten en moet er daarom met de nodige voorzichtigheid maar liever helemaal geen gebruik van worden gemaakt.

Voor een aantal dynamische factoren van recidiverisico zijn inmiddels specifieke vragenlijsten ontwikkeld, bijvoorbeeld voor het meten van vijandigheid (PSF-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaiaat, 2007), morele rijpheid (SRM-AV; Hornsveld, Kraaiaat, & Zwets, 2012) en attitude jegens vrouwen (HVL; Hornsveld, Timonen, Kraaiaat, Zwets, & Kanters, 2014). Alle drie de instrumenten zijn vrije-antwoorden vragenlijsten. Deze drie nieuwe vragenlijsten bevinden zich echter nog in een eerste stadium en verder psychometrisch onderzoek is dan ook geboden.

Een tweede interessante ontwikkeling is het gebruik van zelfrapportage vragenlijsten als risicotaxatie instrument. Enkele onderzoekers vonden namelijk dat het voorspellend vermogen van sommige zelfrapportage vragenlijsten overeenkwam met dat van veelgebruikte actuariële instrumenten* (Loza & Green, 2003; Walters, 2006). Ook hier zal verder onderzoek moeten uitwijzen of bepaalde zelfrapportage vragenlijsten gebruikt

kunnen worden voor het vaststellen van het recidiverisico op individueel niveau, vooral omdat er voor een respondent grote belangen op het spel kunnen staan.

Alles bij elkaar is er naar onze mening op dit moment geen reden om zelfrapportage vragenlijsten te verbannen uit de forensische psychiatrie, mits de gebruikers zich rekenschap geven van hun beperkingen.

* Met behulp van een actuariële instrument kan delictgevaar worden geschat op basis van factoren waarvan in empirisch onderzoek is aangetoond dat zij samenhangen met gewelddadig gedrag.

4

ONDERZOCHE POPULATIES EN GEBRUIKTE MEETINSTRUMENTEN VOOR VALIDITEITSONDERZOEK

4.1 Populaties

In dit hoofdstuk ligt het accent op de populaties die voor de ontwikkeling van vier zelfrapportage vragenlijsten (drie ‘productie’ instrumenten en een ‘multiple-choice’ instrument) en een observatieschaal nader werden onderzocht en de instrumenten die daarbij werden gebruikt. Aanvankelijk werden alleen klinische en poliklinische forensisch psychiatrische patiënten onderzocht, maar in een later stadium werden de vragenlijsten ook bij andere relevante populaties afgenomen. De klinische patiënten waren terbeschikkinggesteld in een zestal forensisch psychiatrische instellingen. *Terbeschikkinggesteld* hebben een delict hebben gepleegd waarvoor een gevangenisstraf van tenminste vier jaar geldt en lijden aan een psychiatrische stoornis. Op grond van onderzoek door een psychiater en/of een psycholoog veronderstelt de rechter een relatie tussen het gepleegde delict en de stoornis. Behandeling in een forensisch psychiatrische instelling heeft als doel de kans op recidive tot een maatschappelijk aanvaardbaar niveau terug te brengen. Ongeveer 70% van de terbeschikkinggestelden heeft als hoofddiagnose een persoonlijkheidsstoornis en ongeveer 30% lijdt aan een (chronisch) psychotische stoornis. De door ons onderzochte terbeschikkinggestelden hadden als hoofddiagnose een cluster B persoonlijkheidsstoornis op as II of een chronisch psychotische stoornis op as I, in combinatie met een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). De gemiddelde score van 136 terbeschikkinggestelden op de Psychopathy Checklist-Revised (Hare, 1991, 2003) bleek 21,78 ($SD = 7,27$).

De onderzochte *poliklinische forensisch psychiatrische patiënten* waren door de rechter verplicht een behandeling bij een forensisch psychiatrische polikliniek te volgen. Poliklinische behandeling kan worden opgelegd als: [a] een aanvullende voorwaardelijke straf bij delicten met een gevangenisstraf van maximaal drie jaar, [b] een alternatieve straf bij delicten met een gevangenisstraf van maximaal zes maanden, [c] onderdeel van een penitentiaal programma, en [d] onderdeel van een ondertoezichtstelling door de jeugdzorg. Op de polikliniek werden vragenlijsten afgenomen bij drie groepen, te weten algemeen, huiselijk en seksueel gewelddadige patiënten. De *huiselijk gewelddadige* patiënten (volwassenen) moesten van de rechtbank een poliklinische behandeling volgen vanwege een huiselijk geweldsdelict. Deze patiënten hadden als hoofddiagnose Lichamelijke mishandeling van een volwassene op as I of een antisociale of afhankelijke persoonlijkheidsstoornis op as II (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). De gemiddelde score op de Psychopathy Checklist-Revised (Hare, 1991, 2003) bedroeg bij deze patiënten: 17.18 ($SD = 7.83$). De *seksueel gewelddadige* patiënten op de polikliniek (adolescenten en volwassenen) waren veroordeeld tot een behandeling vanwege een seksueel gewelddadig delict. Ze hadden kinderen of adolescenten misbruikt, volwassenen verkracht, volwassenen misbruikt, een hands-off delict gepleegd of leden aan seksuele obsessies. De meeste kinderverkrachters hadden incestdelicten gepleegd; bijna alle patiënten waren ‘first offenders’. De patiënten hadden als hoofddiagnose parafilie, seksueel misbruik van een volwassene of seksueel misbruik van een kind op as I, soms in combinatie met een cluster B of cluster C persoonlijkheidsstoornis op as II (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). De Psychopathy Checklist-Revised (Hare, 1991) werd bij deze patiënten niet gescoord.

Delinquenten die een poliklinische behandeling hadden opgelegd gekregen vanwege een niet-huiselijk en niet-seksueel geweldsdelict, noemen we *algemeen gewelddadige* patiënten (adolescenten en volwassenen). De door ons onderzochte algemeen gewelddadige patiënten hadden als hoofddiagnose een (oppositieel-opstandige) gedragsstoornis op as I of een cluster B persoonlijkheidsstoornis op as II (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). In een recente analyse bleek de gemiddelde score op de Psychopathy Checklist-Revised (Hare, 1991, 2003) bij 121 adolescenten: 18.28 ($SD = 5.66$) en bij 86 volwassenen: 19.64 ($SD = 6.11$).

Ook populaties buiten de forensische psychiatrie werden onderzocht. *Langgestraften* zijn gedetineerden die vanwege een geweldsdelict zijn veroordeeld tot een gevangenisstraf van vier jaar of langer. Langgestraften lijden niet aan een psychiatrische stoornis of de rechtbank heeft geen relatie geconstateerd tussen een psychiatrische stoornis en het gepleegde delict. De onderzochte langgestraften (volwassenen) verbleven in een drietal penitentiaire inrichtingen. In een onderzoek van Hornsveld, Bulten, De Vries en Kraaimaat (2008) bleek de gemiddelde score van 100 langgestraften op de Psychopathy Checklist-Revised (Hare, 1991, 2003): 20.88 ($SD = 6.60$).

De in het onderzoek betrokken *HAVO/VWO-leerlingen* waren leerlingen van een plaatselijk lyceum en de *(V)MBO-leerlingen* volgden hun opleiding aan een lokaal Regionaal Opleidings Centrum.

4.2 Meetinstrumenten

Bij onderzoek naar de validiteit werd gebruik gemaakt van op dat moment voor de vraagstelling relevante instrumenten. Een kort overzicht volgt hieronder.

NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa & McCrae, 1992; Nederlandse versie: Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996) heeft 60 items en meet vijf persoonlijkheidsdomeinen, te weten: Neuroticisme (bijvoorbeeld item 6: 'Ik voel me vaak de mindere van anderen'), Extraversie (bijvoorbeeld item 2: 'Ik houd er van veel mensen om me heen te hebben'), Openheid (bijvoorbeeld item 3: 'Ik houd er niet van mijn tijd met dagdromen te verdoen'), Altruïsme (bijvoorbeeld item 14: 'Sommige mensen vinden mij zelfzuchtig en egoïstisch') en Consciëntieusheid (bijvoorbeeld item 5: 'Ik houd mijn spullen netjes en schoon'). Respondenten geven op een vijfpuntsschaal aan in hoeverre ze de uitspraak onderschrijven, lopend van: 1 = helemaal oneens tot 5 = helemaal eens. Een Nederlands onderzoek bij een grote groep niet-klinische volwassenen en ouderen wees uit dat de betrouwbaarheid van de NEO-FFI voldoende was en de validiteit goed (Hoekstra; Ormel, & De Fruyt, 1996). In de meeste onderzoeken gebruiken we alleen de subschalen Neuroticisme, Altruïsme en Consciëntieusheid, aangezien deze persoonlijkheidstrekken gerelateerd zijn aan antisociaal gedrag (Jones, Miller, & Lynam, 2011).

Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, & Spielberger, 1982) is een Nederlandse vertaling van de Spielberger State-Trait Anger Scale (Spielberger, 1980). Van deze vragenlijst worden de tien 'trait' items gebruikt voor de bepaling van boosheid als dispositie (bijvoorbeeld item 5: 'Ik ben heetgebakerd'). Respondenten moeten aangeven hoe ze zich in het algemeen voelen en daarbij gebruik te maken van een vierpunts-schaal: 1 = bijna nooit, 2 = soms, 3 = vaak en 4 = bijna altijd. In een onderzoek bij een grote groep normale Nederlandse volwassenen (Van der Ploeg, & Spielberger, 1982) bleken interne consistentie, test-hertest betrouwbaarheid en validiteit goed.

Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare, 1991, 2003; Nederlandse versie: Vertommen, Verheul, De Ruiters, & Hildebrand, 2002) wordt gebruikt voor het meten van psychopathie. De checklist bestaat uit 20 items die gescoord moeten worden met behulp van een driepuntsschaal met 0 = niet van toepassing, 1 = enigszins van toepassing en 2 = van toepassing. Vertommen et al. (2002) vonden ondersteuning voor de betrouwbaarheid en validiteit van de Nederlandse versie van de PCL-R en zij bevestigden Hare's twee-factoren structuur: [1] egoïstisch, ongevoelig en zonder wroeging gebruik maken van anderen (bijvoorbeeld: 'gladde prater/oppervlakkige charme'), en [2] chronisch instabiel en antisociaal gedrag (bijvoorbeeld: 'gedragsproblemen op jonge leeftijd'). In het onderhavige onderzoek gebruiken we de vier-factoren structuur (Hare & Neumann, 2006; Zwets et al., 2015) met de volgende facetten: Interpersoonlijk (bijvoorbeeld item 2: 'Sterk opgeblazen gevoel van eigenwaarde'), Affectief (bijvoorbeeld item 8: 'Kil/gebrek aan empathie'), Leefstijl (bijvoorbeeld item 14: 'Impulsiviteit') en Antisociaal (bijvoorbeeld item 18: 'Jeugd-criminaliteit').

Aangepaste Versie van de Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007a) wordt gebruikt voor het meten van vijandigheid. De test vraagt respondenten hun reacties op te schrijven op 12 cartoonachtige plaatjes waarop steeds twee personen staan afgebeeld. In elk plaatje maakt de linker persoon een opmerking die door de ander als frustrerend kan worden opgevat. De rechter persoon heeft een lege tekstballon. Proefpersonen worden verzocht de situaties te bekijken (bijvoorbeeld item 2: Tegen winkelier: 'Dit is al de derde keer dat dit nieuwe horloge stilstaat') en vervolgens in

de lege tekstballon hun eerste reactie op te schrijven. Antwoorden worden gescoord door een onderzoeksassistent die bij zijn indrukken gebruik maakt van een zevenpuntsschaal met de volgende scoringsmogelijkheden: 1 = afwezig, 2 = minimaal, 3 = enigszins, 4 = matig, 5 = sterk, 6 = zeer sterk en 7 = extreem. Zie voor de psychometrische eigenschappen van de PFS-AV hoofdstuk 5.

Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (NAS-PI; Novaco, 1994) bestaat uit twee delen. De NAS omvat 48 items die onderverdeeld kunnen worden in drie onderling samenhangende subschalen, te weten: Cognitief (bijvoorbeeld item 38: 'Ik heb het gevoel dat het leven erg hard voor mij is'), Arousal (bijvoorbeeld item 19: 'Ik voel me geïrriteerd en niet in staat te ontspannen') en Overt gedrag (bijvoorbeeld item 10: 'Als iemand tegen mij begint te schreeuwen, schreeuw ik terug'). Items worden gescoord op een driepuntsschaal (1 = nooit waar, 2 = soms waar en 3 = altijd waar). De PI bestaat uit 25 items die betrekking hebben op woede-oproepende situaties en die gescoord worden op een vierpuntsschaal (1 = helemaal niet boos, 2 = een beetje boos, 3 = tamelijk boos en 4 = erg boos). Zie voor de psychometrische eigenschappen van de NAS-PI hoofdstuk 9.

Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996) is een Nederlandse versie van Buss & Perry's Aggression Questionnaire (1992). De vragenlijst meet agressief gedrag en kent 29 items, verdeeld over vier subschalen: Fysieke agressie (bijvoorbeeld item 1: 'Ik heb wel eens iemand die ik ken bedreigd'), Verbale agressie (bijvoorbeeld item 22: 'Als mensen me ergeren, zeg ik soms wel wat ik van ze vind'), Woede (bijvoorbeeld item 8: 'Het kost me moeite mijn kalmte te bewaren') en Vijandigheid (bijvoorbeeld item 6: 'Ik wantrouw onbekenden die overdreven vriendelijk tegen me doen'). Respondenten scoren de items op een vijfpuntsschaal die loopt van: 1 = helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens. Zie voor de psychometrische eigenschappen van de AVL hoofdstuk 10.

Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst (AVL-AV; Hornsveld, Muris, Kraaimaat, & Meesters, 2009) is een korte versie van de Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996) met 12 items, verdeeld over de vier overeenkomstige subschalen, te weten Fysieke agressie, Verbale agressie, Woede en Vijandigheid. Items worden gescoord met behulp van een vijfpuntsschaal (1 = helemaal mee oneens

tot 5 = helemaal mee eens). Zie voor de psychometrische eigenschappen van de AVL-AV hoofdstuk 10.

Observatie Schaal voor Agressief Gedrag (OSAB; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007b) meet geobserveerd gedrag op de afdeling. De schaal omvat 40 items, verspreid over de subschalen Irritatie/woede (bijvoorbeeld item 3: 'Geprikkeld'), Angst/somberheid (bijvoorbeeld item 6: 'Somber'), Agressief gedrag (bijvoorbeeld item 14: 'Dreigen naar staf'), Prosocial gedrag (bijvoorbeeld item 32: 'Geeft constructief kritiek op staf'), Antecedenten (bijvoorbeeld item 23: 'Beperkende maatregel'), en Sancties (bijvoorbeeld item 27: 'Patiënt moet excuses aanbieden'). De staf scoort de frequentie van het gedrag van de patiënt gedurende de afgelopen week op een vierpuntsschaal: 1 = niet, 2 = zelden, 3 = soms en 4 = vaak. Item 5 moet gespiegeld worden gescoord. In ons onderzoek gebruikten we de subschalen Irritatie/Woede, Agressief gedrag en Prosociaal gedrag. Zie voor de psychometrische eigenschappen van de OSAB hoofdstuk 11.

Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000) vraagt respondenten met betrekking tot 35 interpersoonlijke situaties aan te geven hoeveel spanning zij in die situaties zouden ervaren (sociale angst), en hoe vaak ze het beschreven gedrag daadwerkelijk zouden uitvoeren als de situatie zich zou voordoen (sociale vaardigheden). De vijf subschalen, zowel voor sociale angst als voor sociale vaardigheden, zijn: Kritiek geven (bijvoorbeeld item 2: 'Een vriend(in) of goede kennis zeggen dat hij/zij iets doet dat u hindert'), Aandacht vragen voor de eigen mening (bijvoorbeeld item 16: 'Een andere mening naar voren brengen dan die van het gezelschap waarin u bent'), Waardering voor een ander uitspreken (bijvoorbeeld item 17: 'Iemand zeggen dat hij/zij iets goed gedaan heeft'), Initiatief nemen tot contact (bijvoorbeeld item 13: 'Een gesprek beginnen met een aantrekkelijke man of vrouw') en Jezelf waarderen (bijvoorbeeld item 4: 'Instemmen met waardering voor iets dat u hebt gedaan'). Items worden gescoord op een vijfpuntsschaal. Voor sociale angst lopen de scoremogelijkheden van: 1 = helemaal niet gespannen tot 5 = heel erg gespannen, en voor sociale vaardigheden van: 1 = nooit tot 5 = altijd. Interne consistentie en test-hertest betrouwbaarheid bleken goed. Correlaties met andere maten voor angst gaven ondersteuning aan de validiteit (Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1999).

5

AANGEPASTE VERSIE VAN DE ROSENZWEIG PICTURE-FRUSTRATION STUDY (PFS-AV)

Inleiding

In Nederlandse instellingen voor forensische psychiatrie zijn de laatste jaren steeds meer cognitief-gedragstherapeutische methoden ontwikkeld en geïmplementeerd, waaronder *Held zonder geweld* voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten (Hornsveld, 2004). Om die behandelingen te kunnen evalueren ontstond er behoefte aan specifieke meetinstrumenten die in een Nederlands forensisch psychiatrische populatie op psychometrische eigenschappen zijn onderzocht.

Tot de komst van de Aggression Questionnaire was de Hostility Inventory (BDHI; Buss & Durkee, 1957) een van de meest gebruikte zelfrapportage vragenlijsten voor het meten van vijandigheid. Deze vragenlijst kende zeven subschalen, te weten Geweld, Indirecte vijandigheid, Geïrriteerdheid, Negativisme, Wrok, Achterdocht en Verbale vijandigheid. Buss & Durkee beschouwden agressief gedrag dus als een vorm van vijandigheid. Factoranalyse van de Hostility Inventory leverde twee factoren op: vijandigheid als attitude (Wrok en Achterdocht) en vijandigheid in de vorm van overt gedrag (Geweld, Indirecte vijandigheid, Geïrriteerdheid, Negativisme en Verbale vijandigheid). Deze twee factoren kwamen overeen met het onderscheid dat Blackburn (1993) maakte tussen de neiging anderen negatieve bedoelingen toe te kennen (vijandigheid) en de neiging om anderen aan te vallen (agressie).

Bij de constructie van de Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992) werden door de auteurs nieuwe items geformuleerd met een zestal componenten van de Hostility Inventory als uitgangspunt. Factoranalyse van deze nieuwe items leverde vier factoren op: Fysieke agressie, Verbale agressie, Woede en Vijandigheid. De factoren vertegenwoordigden vol-

gens Buss & Perry drie componenten van agressie: overt gedrag (fysieke en verbale agressie), emotie (woede) en cognitie (vijandigheid), waarbij vijandigheid door hen werd omschreven als 'gevoelens van boos opzet en onrechtvaardigheid' (p. 457).

Dodge (1986) en later Crick & Dodge (1994) werkten de relatie tussen vijandige attributie en agressief gedrag uit met behulp van het 'social information processing' model. Volgens dit model is sociaal gedrag een functie van opeenvolgende stappen bij de informatieverwerking: [1] coderen van de sociale situatie, [2] interpreteren van de sociale situatie, [3] specificeren van doelstellingen, [4] genereren van respons alternatieven, [5] evalueren van respons alternatieven waarna selecteren van de optimale response en [6] uitvoeren van de geselecteerde respons. Akhtar & Bradley (1991) concludeerden dat deze stappen bij agressieve kinderen anders verlopen dan bij niet-agressieve kinderen: agressieve kinderen zouden relatief vaker niet alle informatie van de sociale situatie coderen, aan anderen eerder vijandige bedoelingen toekennen, zich inadequate doelen stellen, minder effectieve responsen kunnen genereren, tekortkomingen vertonen in de uitvoering van responsen en bij het evalueren vooral kijken naar het eigen voordeel op korte termijn. Ook Coie & Dodge (1997) concludeerden dat aspecten van 'social information processing' belangrijke mediërende factoren zijn tussen sociale invloeden, individuele disposities en het risico op antisociaal gedrag.

Graybill & Heuvelman (1993) veronderstelden dat verschillen in vijandigheid zich zouden manifesteren tussen agressieve en niet-agressieve kinderen bij die items van de Picture-Frustration Study voor kinderen (Rosenzweig, 1978), waarbij de bedoeling van de frustreerder dubbelzinnig is. Hun onderzoek bevestigde het 'sociaal information processing' model, namelijk dat, als uit een plaatje niet opgemaakt kon worden wat de bedoeling van de frustreerder was, agressieve kinderen meer geneigd waren de frustreerder een vijandige bedoeling toe te kennen en agressiever te reageren dan niet-agressieve kinderen.

Op het moment dat in 2000 met de ontwikkeling van *Held zonder geweld* werd begonnen, bleek dat er geen Nederlandse vragenlijst voor het meten van vijandigheid bij adolescenten en volwassen forensisch psychiatrische patiënten beschikbaar was. Daarom werd besloten een vragenlijst te construeren die voldoende sensitief moest zijn om verandering te kunnen meten in de vijandige bedoeling van frustreerders in interpersoonlijke situaties. Voor de constructie van deze vragenlijst werden de 24 afbeeldingen van de Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS)

voor volwassenen gekozen (Rosenzweig, 1978). Schriftelijke reacties op de afbeeldingen onthullen waarschijnlijk de vijandige gedachteninhoud van de respondenten directer dan items die worden gescoord met behulp van een Likert-schaal. De PFS is gebaseerd op de psychodynamische theorie dat frustratie van basale behoeften leidt tot agressie. Zowel de versie voor kinderen als die voor volwassenen omvat 24 cartoonachtige plaatjes elk met twee personen. In elk plaatje maakt de linker persoon een opmerking die de frustratie van de andere persoon weergeeft of die frustrerend voor de andere persoon is. De rechter persoon heeft een lege tekstballon. Proefpersonen worden verzocht de situaties te bekijken en vervolgens in de lege tekstballon hun eerste reactie op te schrijven. Voor het scoren van de antwoorden wordt elke reactie vergeleken met elf soorten reacties die in de handleiding worden omschreven. Deze elf reactietypen worden vervolgens gecombineerd tot zes agressiecategorieën: drie richtingen van agressie en drie vormen van agressie. Agressie kan gericht zijn op de omgeving (extern straffend), op de respondent zelf (intern straffend) of worden ontweken (niet straffend). De drie vormen van agressie zijn aandacht voor de frustrerende (overheersing), opkomen voor de eigen persoon (verdediging) of vinden van oplossingen (behoeftebevrediging).

Het onderhavige onderzoek betreft een aangepaste versie van de PFS (PSF-AV) voor het meten van vijandigheid bij gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten, dat wil zeggen het toekennen van vijandige bedoelingen aan anderen in interpersoonlijke situaties.

Methodie

Ontwikkeling van de vragenlijst De pilootversie van de vragenlijst bestond uit de vierentwintig plaatjes van Rosenzweig's Picture Frustration Study voor volwassen (Hörmann & Moog, 1957). Voor het berekenen van de interbeoordelaar betrouwbaarheid werd de vragenlijst ingevuld door vierentwintig gewelddadige terbeschikkinggestelden met als hoofddiagnose een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994). Patiënten werd gevraagd op te schrijven 'wat ze terug zouden zeggen'. De antwoorden van de vierentwintig patiënten werden onafhankelijk van elkaar door twee onderzoekers beoordeeld op vijandigheid. De scoringsinstructie voor de onderzoekers hield in dat de antwoorden van de vierentwintig patiënten

beoordeeld moesten worden op de mate van vijandigheid met behulp van een zevenpunts Likert-schaal met de volgende scoringsmogelijkheden: 1 = afwezig, 2 = minimaal, 3 = enigszins, 4 = matig, 5 = sterk, 6 = zeer sterk en 7 = extreem. De interbeoordelaar betrouwbaarheid van de pilootversie met vierentwintig items bleek .72 ($p < .01$), maar na verwijdering van zeven minst correlerende items nam deze toe tot .77 ($p < .01$). De interne consistentie (Cronbach's α) van de versie met zeventien items bedroeg bij deze vierentwintig patiënten .83.

De pilootversie met zeventien items werd in het kader van een effectonderzoek afgenomen bij 93 klinische en 138 poliklinische patiënten, die geïndiceerd waren voor *Held zonder geweld* (Hornsveld, 2004). De klinische patiënten waren opgenomen in zes TBS-klinieken en veroordeeld voor ernstige geweldsdelicten. Hun leeftijd was gemiddeld 32.7 jaar ($SD = 7.6$; bereik: 21-56 jaar). De patiënten hadden als hoofddiagnose een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994). De poliklinische patiënten bezochten een forensisch psychiatrische polikliniek in het kader van een door de rechter opgelegde behandeling wegens geweldsdelicten. De leeftijd van de poliklinische patiënten was gemiddeld 21.9 jaar ($SD = 8.0$; bereik: 16-48 jaar). De patiënten hadden een (oppositieel-opstandige) gedragsstoornis op as I of, als ze 18 jaar of ouder waren, een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II als hoofddiagnose (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994). Zie voor meer informatie over de patiënten: hoofdstuk 4.1.

Van 92 poliklinisch patiënten werd de pilootversie afgenomen op twee momenten, te weten direct na het intakegesprek en aan het begin van de behandeling. De periode tussen deze twee metingen bedroeg gemiddeld vier weken; in deze periode vond geen behandeling plaats. Een test-hertest berekening leverde bij vijf van de zeventien items geen significante correlatie op; zij werden uit de vragenlijst verwijderd. De constructvaliditeit van de test werd nader onderzocht via factoranalyse (hoofdassen met oblimin rotatie) van de data van alle 231 hierboven genoemde forensisch psychiatrische patiënten.

De factoranalyse leverde twee sterk overlappende factoren op, te weten factor 1: verwijten aan betrokkene (8 items) en factor 2: verwijten aan een afwezige derde (4 items). Omdat zeven van de twaalf items meer dan .40 op twee factoren laadden, werd besloten tot de oorspronkelijke structuur met één factor (Tabel 5.1). Van de PFS-AV met twaalf items bleken

TABEL 5.1

Gemiddelden, standaarddeviaties en factorladingen van de items ($n = 231$).

Item	M	SD	Factorlading	
			1	2
12	2.89	1.54	.67	.06
4	3.86	1.78	.63	.42
10	2.85	1.87	.60	.49
11	2.74	1.70	.56	.13
5	2.71	2.06	.55	.07
1	2.82	1.67	.53	.53
7	3.39	1.67	.51	.47
2	2.18	1.51	.51	.35
9	2.37	1.73	.01	.61
8	2.49	1.51	.42	.61
3	3.15	1.94	.23	.60
6	2.89	1.54	.17	.53

Noot — Factor 1: Verwijten aan betrokkene; factor 2: Verwijten aan afwezige derde.

de interne consistentie (Cronbach's α) .76 ($n = 236$), de test-hertest betrouwbaarheid .66 ($p < .01$; $n = 94$) en de interbeoordelaar betrouwbaarheid .77 ($p < .01$; $n = 24$) te bedragen.

Validiteit Voor het bepalen van de concurrente validiteit werd gekeken naar mogelijke verbanden tussen de PFS-AV en de PCL-R (Hare, 1991; Nederlandstalige versie: Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002) en zelfrapportage vragenlijsten voor persoonlijkheidskenmerken, voor agressief gedrag en voor sociaal competent gedrag. Het onderzoek vond plaats bij 147 klinische patiënten (inclusief de 93 patiënten van de eerdere studie) en 138 poliklinische forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten in hun voorgeschiedenis. De leeftijd van de klinische patiënten was gemiddeld 35,5 jaar ($SD = 8.8$; bereik: 21-63 jaar). De leeftijd van de poliklinische patiënten was gemiddeld 21,9 jaar ($SD = 8.0$; bereik: 16-48 jaar).

Voor het onderzoek werden de volgende meetinstrumenten gebruikt: [a] Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R, Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002), [b] NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996), [c] Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982), [d] Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), [e] deel NAS van de Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (NAS-PI; Novaco, 1994), [f] Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000) en [g] Observatieschaal voor Agressief Gedrag (OSAB; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007). Zie voor meer informatie over de gebruikte meetinstrumenten: hoofdstuk 4.2.

Resultaten

Voor het onderzoek naar de concurrente validiteit werd de score van de PFS-AV gecorreleerd met de PCL-R, NEO-FFI, ZAV, AVL, NAS, IOA en OSAG. Zoals in Tabel 5.2 is te zien bleek er geen significante correlatie van de PFS-AV met de totaalscore en met de factoren van de PCL-R. De PFS-AV score correleerde naar verwachting positief significant met de subschaal neuroticisme van de NEO-FFI en significant negatief met de vier andere subschalen extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid. De score op de PFS-AV correleerde positief significant met de scores op de meetinstrumenten voor agressief gedrag (ZAV, AVL en NAS). De verwachting dat vijandigheid gemeten met de PFS-AV samenhangt met agressief gedrag werd dus ondersteund, echter de correlaties van de PFS-AV met de meetinstrumenten voor agressief gedrag waren lager dan de correlaties tussen die drie instrumenten onderling (ZAV-AVL Totaal: .58; ZAV-NAS: .56; AVL Totaal-NAS: .75).

Conform de verwachtingen correleerde de score op de PFS-AV zwak maar significant positief met sociale angst (IOA Sociale angst), en dan met name in situaties waarin het gaat om toenaderend gedrag. De correlaties van de PFS-AV met sociale vaardigheden (IOA Sociale vaardigheden) waren eveneens overeenkomstig de verwachtingen en ook hier was de correlatie met de totaalscore zwak maar negatief significant en sterker negatief significant bij de subschaal toenaderend gedrag. De correlaties van de PFS-AV score met de subschalen van de OSAG waren in alle gevallen

TABEL 5.2

Correlaties tussen de PFS-AV, de PCL-R en zelfbeoordeling vragenlijsten ($n = 285$).

Meetinstrument	Factor of subschaal	n	r
Leeftijd		273	-.20**
PCL-R	Totaal	251	-.01
	Factor 1	236	-.06
	Factor 2	236	.08
NEO-FFI	Neuroticisme	274	.13*
	Extraversie	274	-.16**
	Openheid	274	-.19**
	Altruïsme	274	-.39**
	Consciëntieusheid	274	-.20**
ZAV	Boosheidsdispositie	270	.32**
AVL	Totaal	277	.46**
	Fysieke agressie	277	.43**
	Verbale agressie	277	.40**
	Woede	277	.40**
	Vijandigheid	277	.33**
NAS-PI	Deel NAS	278	.49**
IOA Sociale angst	Totaal	260	.13*
	Afgrenzend gedrag	260	.05
	Toenaderend gedrag	260	.16**
IOA Sociale vaardigheden	Totaal	267	-.15*
	Afgrenzend gedrag	267	-.06
	Toenaderend gedrag	267	-.21**

Noot — PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised, NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory, ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst, AVL = Agressie Vragenlijst, NAS-PI = Novaco Anger Scale-Provocation Inventory, IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen; OSAG = Observatie Schaal voor Agressief Gedrag. * $p < .05$; ** $p < .01$ (tweezijdig).

TABEL 5.3

Factorloadingen van de scores op de PCL-R factoren en de vragenlijsten ($n = 285$).

Meetinstrument	Factoren			
	1	2	3	4
AVL	.82	-.06	-.25	.10
ZAV	.75	.04	-.15	.06
Altruïsme (NEO-FFI)	-.74	-.08	.38	-.02
PFS-AV	.66	-.03	-.09	-.22
Consciëntieusheid (NEO-FFI)	-.54	-.21	.37	.20
PCL-R Factor 2	.21	.80	.18	.10
PCL-R Factor 1	-.23	.77	-.02	.03
IOA Sociale vaardigheden	-.07	.04	.76	.23
IOA Sociale angst	.26	-.12	-.70	.02
Neuroticisme (NEO-FFI)	.59	-.05	-.64	.41
Extraversie (NEO-FFI)	-.39	-.23	.56	-.25
Openheid (NEO-FFI)	-.19	.08	.15	.85

Noot — Factor 1: Antisociale attitude; factor 2: Psychopathie; factor 3: Sociale competentie; factor 4: Openheid. PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised, NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory, ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst, AVL = Agressie Vragenlijst, NAS = Novaco Anger Scale, IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

niet significant (Irritatie/woede = .02, Angst/somberheid = -.12, Agressief gedrag = -.11 en Sociaal gedrag = -.08; $n = 147$). Bij de klinische patiënten werd de veronderstelling dat vijandigheid positief samenhangt met agressief gedrag op de afdeling en negatief met sociaal gedrag op de afdeling dus niet ondersteund.

Tenslotte werd de relatie tussen persoonlijkheidskenmerken (NEO-FFI, PCL-R Factor 1, PCL-R Factor 2 en ZAV) en probleemgedragingen (PFS-AV, AVL, NAS en IOA) nader onderzocht met een exploratieve factoranalyse (hoofdassen methode met oblimin rotatie en eigenwaarde boven 1) van de data van alle 285 eerder genoemde patiënten. De factoranalyse leverde vier factoren op. [a] Antisociale attitude (Altruïsme, Consciëntieusheid, ZAV, AVL en PFS-AV), [b] Psychopathie (PCL-R Factor 1 en Factor 2),

[c] Sociale competentie (Neuroticisme, Extraversie, IOA Sociale angst, IOA Sociale vaardigheden) en [d] Openheid. Er bleek bij de meeste instrumenten nauwelijks sprake van overlap tussen de factoren (zie Tabel 5.3).

Samenvatting

Een poel van vierentwintig afbeeldingen van Rosenzweig's Picture-Frustration Study met situaties waarin iemand een opmerking maakt die als een provocatie kan worden opgevat, werd via een onderzoek naar interbeoordelaar en test-hertest betrouwbaarheid op itemniveau gereduceerd tot twaalf items.

Zoals te verwachten bleek de voor de concurrente validiteit berekende samenhang tussen de scores op de PFS-AV en die op de vragenlijsten voor agressief gedrag significant positief. De correlaties waren echter lager dan meestal tussen vragenlijsten voor agressief gedrag onderling worden gevonden. De validiteit van de PFS-AV werd verder ondersteund door significante verbanden met neuroticisme (positief) en extraversie, openheid, altruïsme en consciëntieusheid (negatief). Daarnaast werd een relatief lage maar positieve relatie gevonden met sociale angst en een negatief verband met sociale vaardigheden in situaties waarin toenaderend gedrag vertoond kan worden. Tegen de verwachting in werd bij de klinische patiënten geen relatie gevonden tussen vijandigheid enerzijds en agressief en sociaal gedrag op de afdeling anderzijds. Een mogelijke verklaring hiervoor kan zijn dat klinische patiënten bij het invullen van de vragenlijst een gunstiger indruk wilden maken dan de afdelingsstaf van hen had.

De patiënten bleken de uitspraken van de persoon aan de linkerkant van het plaatje goed te begrijpen en hadden geen problemen met het opschrijven van een passende reactie. Omdat een onderzoeksassistent de opgeschreven antwoorden scoorde, hoefden de patiënten niet na te denken over welke score op de Likert schaal de meest passende was. We kregen de indruk dat het opschrijven van een reactie een meer directe weergave is van patiënt's vijandige gedachten dan als hij wordt afgeleid door het scoren van gevoelens op een Likert schaal. Opmerkelijk was de relatief lage correlatie met de subschaal Vijandigheid van de AVL in vergelijking met de andere drie subschalen van die vragenlijst. Naar onze mening verwijzen de items van de subschaal Vijandigheid van de Agressie

Vragenlijst echter eerder naar verongelijkheid of wrok dan naar een min of meer constante vijandige attitude in de bejegening van medemensen. Het lijkt interessant om in de toekomst de relatie te onderzoeken tussen de PVS-AV en andere instrumenten voor het meten van vijandigheid, bijvoorbeeld de tien items van de Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles (PICTS; Walters, 1995) die laden op de factor interpersoonlijke vijandigheid (Walters, 2005)

Coie en Dodge (1997) concludeerden op grond van onderzoek bij agressieve en bij 'normale' kinderen dat vijandigheid en agressief gedrag aan elkaar gerelateerd zijn. Onze resultaten bevestigen die conclusie, maar nu voor adolescenten en volwassenen gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten. Bovendien bleek dat de PFS-AV scores van adolescenten poliklinische patiënten verschilden van die van 'normale' laagopgeleide jongens, terwijl er geen verschillen werden gevonden in gerapporteerd agressief gedrag. De neiging om aan anderen vijandige bedoelingen toe te kennen in combinatie met een beperkt repertoire van prosociale vaardigheden lijkt kenmerkend voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten op een polikliniek.

Samengevat lijkt de PFS-AV een veelbelovende vragenlijst voor vijandigheid bij klinische en poliklinische forensisch psychiatrische patiënten. De hier gepresenteerde eerste evaluatie van de psychometrische eigenschappen wijzen er op dat de betrouwbaarheid en validiteit voldoende tot goed zijn. Zie voor een discussie over de resultaten: Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007a).

6

BOOSHEID LICHAMELIJKE SIGNALENLIJST (BLS)

Inleiding

Woede is een regelmatig ervaren emotie die vaak gepaard gaat met fysiologische symptomen, zoals veranderingen in de hartslag, bloeddruk en spierspanning. Volgens Frijda (1986) kunnen emoties worden beschouwd als actietendensen om bepaalde behoeften te bevredigen of om problemen op te lossen. Daarom wordt woede vaak gezien als een emotionele reactie op een vermeende onrechtvaardigheid, die corrigerende maatregelen kan mobiliseren (Novaco, 1976, 1985). Extreme woede kan echter leiden tot agressief gedrag (Anderson & Bushman, 2002; Cates & Shontz, 1996) en zo een nadelig effect hebben op hogere cognitieve processen die een belangrijke rol spelen in de regulatie van bijvoorbeeld reactieve agressie (Tyson, 1998; Zillmann, 1984). Vanwege deze ongewenste effecten van woede in (vermeende) provocerende situaties, is arousal verlaging vaak een van de essentiële onderdelen van cognitief-gedrags-therapeutische programma's voor woede en agressie (Kassinove & Tafrate, 2002; Novaco, 1975, 2003). Woedebeheersing omvat cognitieve herstructurering en ontspanningstechnieken, maar richt zich daarnaast op de herkenning van de lichamelijke sensaties die worden geassocieerd met woede. Het vermogen om het niveau van arousal door deze methode te verlagen wordt vaak gezien als een voorwaarde voor emotieregulatie (Gross, 1998).

Hoewel arousalverlaging een vast onderdeel lijkt van cognitief-gedrags-therapeutische programma's voor agressieve delinquenten, zijn er ook programma's die zich uitsluitend richten op de beheersing van de fysiologische reacties bij woede. Psychomotorische therapie (Boerhout & Van der Weele, 2007) is een dergelijk lichaamsgerichte methode waarbij agressieve patiënten eerst lichamelijke sensaties bij

bepaalde emoties leren herkennen en daarna analyseren om tenslotte te leren hoe deze emoties op een adequate manier gereguleerd kunnen worden. Door de vaardigheden uit te breiden om lichamelijke sensaties in een vroeg stadium adequaat te identificeren en te interpreteren kunnen patiënten deze lichamelijke sensaties gebruiken als 'signalen' van woede en agressie om vervolgens hun inadequate reacties op de (vermeende) provocaties te onderbreken of te veranderen. Daarom kan de vroege herkenning van (veranderingen in) lichamelijke sensaties essentieel zijn voor de regulatie van woede en bijdragen aan het voorkomen van agressief gedrag (Novaco, 2007; Tyson, 1998).

Om de effectiviteit van behandelingsprogramma's voor woede, zoals psychomotorische therapie, te kunnen evalueren is het noodzakelijk dat behandelresultaten worden beoordeeld met behulp van betrouwbare en valide meetinstrumenten. Voor het meten van allerlei aspecten van woede zijn verschillende instrumenten beschikbaar (bijvoorbeeld: Novaco Anger Scale-Provocation Inventory; Novaco, 2003), vijandigheid (bijvoorbeeld: Buss-Durkee Hostility Inventory; Buss & Durkee, 1957), agressie (bijvoorbeeld: Agressie Vragenlijst; Buss & Perry, 1992), en coping vaardigheden (bijvoorbeeld: Coping Orientations to Problems Experienced Scale; Carver, Scheier, & Weintraub, 1989). Een instrument om aan woede gerelateerde lichamelijke sensaties te kunnen meten is, voor zover wij weten tot op heden niet beschikbaar. Het doel van deze studie was daarom om een betrouwbare en valide zelfrapportage vragenlijst te ontwikkelen voor het meten van lichamelijke sensaties die worden geassocieerd met woede in provocerende situaties, namelijk de Boosheid Lichamelijke Signalenlijst (BLS).

Voor de ontwikkeling van de BLS werden 42 woede-gerelateerde fysiologische responsen ontleend aan de literatuur over emoties (Frijda, 1986; Goleman, 1995; Lorber, 2004; Mauss & Robinson, 2009; Scarpa & Raine, 1997; Tyson, 1998). Verschillende studies hebben aangetoond dat woede kan worden geassocieerd met de epinefrine/noradrenaline respons (Schwartz, Weinberger, & Singer, 1981), die zich perifeer uit in symptomen van verhoogde hartslag (McCraty, Atkinson, Tiller, Rein, & Watkins, 1995; Min, 2008), verhoogde frequentie en amplitude van ademhaling (Bloch, Lemeignan, & Aguilera, 1991), dyspneu (kortademigheid; Winkler et al., 2006), verhoogde transpiratie (Winkler et al., 2006), verhoogde lichaamstemperatuur (Ekman, Levenson, & Friesen, 1983) en verhoogde spierspanning (Ax, 1953).

In de onderhavige studie werden de volgende stappen gezet om de psychometrische eigenschappen van de BLS te onderzoeken. Allereerst werden de originele 42 items beoordeeld door drie klinisch-psychologen op leesbaarheid en ambiguïteit. Vervolgens werd een piloot onderzoek uitgevoerd dat leidde tot de verwijdering van onwenselijke items, waarna een exploratieve factoranalyse werd uitgevoerd. Ter beoordeling van de concurrente validiteit van deze versie van de BLS werden correlaties berekend met meetinstrumenten voor lichaamsbesef, arousal, woede en agressie. De sterkste positieve correlaties werden verwacht tussen de BLS en instrumenten voor lichaamsbesef en arousal aangezien deze instrumenten het besef van lichamelijke sensaties gemeen hebben in verschillende emotionele situaties (Frijda, 1986). Verder werden positieve correlaties verwacht tussen de BLS enerzijds, en woede of reactieve ('hot-blooded') agressie (Dodge & Coie, 1987; Dodge, Lochman, Harnish, Bates, & Pettit, 1997) anderzijds, daar deze constructen geassocieerd kunnen worden met hoge niveaus van fysiologische arousal (bijvoorbeeld: Schore, 2003). Negatieve correlaties werden verondersteld met proactieve ('cold-blooded') agressie (Dodge & Coie, 1987) en psychopathie, een construct dat wordt gekenmerkt door een gebrekkig affectief functioneren (Hare, 1991, 2003). Meer specifiek, werd een negatieve correlatie verwacht van de BLS met de mate van primaire psychopathie (Karpman, 1941) en niet met secundaire psychopathie, vanwege de associatie met verminderde autonome activatie (Hansen, Johnsen, Thornton, Waage, & Thayer, 2007; Hare, 2003) en afgezwakte gevoeligheid voor lichamelijke sensaties (Gao, Raine, & Schug, 2012) bij primaire psychopathie.

De studie werd uitgevoerd in een groep gewelddadige delinquenten en een groep (V)MBO-leerlingen, zodat verschillen in BLS scores tussen beide groepen gemeten konden worden en de correlaties van de BLS met meetinstrumenten voor woede en agressief gedrag nader kon worden onderzocht. Er werden echter geen hypothesen opgesteld over mogelijke verschillen tussen beide groepen, vanwege het exploratieve karakter van dit deel van het onderzoek.

Methode

De studie werd uitgevoerd in een groep terbeschikkinggestelden die veroordeeld waren voor een ernstig geweldsdelict (bijvoorbeeld: moord, doodslag, zware mishandeling of verkrachting) en die verbleven in een gesloten forensisch psychiatrische instelling. Hun gemiddelde leeftijd was 37.03 jaar ($SD = 9.22$; bereik = 21-57 jaar), iets jonger dan de gemiddelde leeftijd van de Nederlandse populatie terbeschikkinggestelden ($M = 41$ jaar; Van Gemmert & Van Schijndel, 2011), $t(69) = 3.60$, $p < .01$. De hoofd-diagnose van de patiënten was een cluster B persoonlijkheidsstoornis op as II van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000). Ze hadden geen psychotische stoornis op as I van de DSM-IV-TR. Naast de patiënten namen ook 100 (V)MBO-leerlingen aan het onderzoek deel. Hun gemiddelde leeftijd was 19.22 jaar ($SD = 1.99$ jaar, bereik = 16-26 jaar). De leerlingen waren significant jonger dan de patiënten [$t(168) = 15.58$, $p < .01$]. Zie voor meer informatie over de deelnemers aan het onderzoek: hoofdstuk 4.1.

De eerste piloot versie van de BLS bestond uit 42 items die verwijzen naar specifieke lichamelijke sensaties vanwege een boze reactie op een (veronderstelde) provocatie. Elk item begint met 'Als ik door iemand gespannen raak...' en wordt gevolgd door een specifieke fysiologische reactie zoals '... merk ik dat mijn hart sneller gaat kloppen'. De respondent wordt gevraagd om de mate van woede die wordt ervaren in een woede-oproepende sociale situatie aan te geven op een Likertschaal met 1 = helemaal niet, 2 = een beetje, 3 = enigszins, 4 = veel, en 5 = heel veel. De beoordeling van de items op leesbaarheid en ambiguïteit door drie klinisch psychologen resulteerde in de eliminatie van 10 items, zodat 32 items voor de tweede piloot versie van de BLS overbleven.

Voor het onderzoek werden verder de volgende meetinstrumenten gebruikt: [a] Body Sensations Questionnaire (BSQ; Arrindell, 1993), [b] Sociale angstschaal van de Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000), [c] subschaal Boosheidsdispositie van de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982), [d] Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst (AVL-AV; Hornsveld, Muris, Kraaimaat, & Meesters, 2009), [e] Reactive-Proactieve Agressie Vragenlijst (RPQ; Cima, Raine, Meesters, & Popma, 2013) en [f] Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Vertommen, Verheul,

TABEL 6.1

Factoranalyse van de 18-item versie van de BLS in een gecombineerde groep van 70 patiënten en 100 leerlingen.

Item	Patiënten		Leerlingen		Factorladingen		
	M	SD	M	SD	1	2	3
8	2.16	1.14	2.23	1.29	.83	-.20	.22
9	1.97	0.88	2.07	1.15	.82	-.11	.13
14	2.11	1.08	2.19	1.27	.81	.01	.01
13	1.99	1.03	2.03	1.18	.80	.07	-.08
10	1.94	0.98	1.82	1.10	.74	.17	-.24
1	2.20	0.88	2.31	1.01	.70	-.01	.02
5	1.99	1.03	2.02	1.11	.59	.18	.02
16	1.71	0.80	1.86	1.03	.51	.15	.08
2	1.94	1.06	2.05	1.12	.50	.37	-.06
4	1.53	0.81	1.44	0.88	-.06	.69	.20
17	1.71	0.80	1.68	0.94	.03	.68	.06
12	1.90	1.12	1.69	0.97	.11	.65	-.01
3	1.73	0.95	1.41	0.74	.14	.64	-.26
6	2.03	1.10	1.66	0.92	.36	.44	.12
18	1.96	1.26	2.16	1.30	.03	.01	.85
7	2.43	1.20	1.63	1.39	.29	.06	.60
15	1.76	0.84	1.76	1.12	-.03	.49	.50
11	2.41	1.07	2.00	1.01	.38	.10	.47

Noot — Items zonder vetgedrukte factorladingen werden verwijderd.

De Ruiters, & Hildebrand, 2002). Zie voor meer informatie over de gebruikte meetinstrumenten: hoofdstuk 4.2.

Alle patiënten werden op hun afdeling individueel benaderd door een onderzoeksassistent en deden op basis van vrijwilligheid mee aan het onderzoek. Deelname werd beloond met € 10. Ten behoeve van de test-hertest betrouwbaarheid werd de BLS na een week nog een keer afgenomen. De (V)MBO-leerlingen ontvingen voor de dag van afname een brief over het onderzoek. Daarin stond vermeld dat deelname vrijwillig was en zou worden vergoed met € 10. De leerlingen vulden dezelfde vragenlijsten als de patiënten met uitzondering van de BSQ en de PCL-R.

Resultaten

Factorstructuur Van de 32 items van de piloot BLS werden er 14 verwijderd, omdat de scores niet normaal verdeeld waren of omdat ze onvoldoende test-hertest betrouwbaar waren. Bijgevolg omvatte de definitieve versie van de BLS 18 items.

Om de factor structuur van de BLS te exploreren werd een EFA uitgevoerd (directe oblimin rotatie) van de data afkomstig van de gecombineerde groep patiënten en leerlingen ($n = 170$). Deze analyse resulteerde in een drie-factor structuur (Tabel 6.1). Vier items hadden een factorlading van $\geq .30$ op twee of meer factoren en werden daarom verwijderd uit deze factoren, maar bleven behouden in de totaalscore. Factor 1 omvatte acht items over veranderingen in de ademhaling (vier items), lichaamswarmte (twee items), transpiratie (één item) en hartslag (één item). Factor 2 bestond uit vier items over lichamelijke reacties die verband houden met een licht gevoel in het hoofd (één item), een droge mond (één item), en schudden of verstijving van het lichaam (twee items). Bij factor 3 ging het om twee items over de veranderingen in spierspanning (één item) en adrenaline (één item). Een CFA van de overgebleven 14 items in de gecombineerde steekproef van patiënten en studenten ($n = 170$), leverde een acceptabele fit op [CFI: .93, RMSEA: .08 (CI₉₀ = .06–.09), SRMR: .05]. De item-factorladingen waren alle significant en varieerden van .57 tot .86.

TABEL 6.2

Pearson correlaties tussen de BLS en andere meetinstrumenten in terbeschikkinggestelden en (V)MBO-leerlingen.

Meet-instrument	Subschalen	Terbeschikkinggestelden					(V)MBO-leerlingen				
		<i>n</i>	Totaal	F1	F2	F3	<i>n</i>	Totaal	F1	F2	F3
BSQ	Lichamelijke sensaties	69	.59**	.58**	.51**	.42**					
IOA	Sociale angst	61	.45**	.46**	.56**	.57**	100	.45**	.38**	.51**	.17
ZAV	Boosheidsdispositie	64	.30*	.22	.14	.48**	100	.40**	.31**	.23*	.41**
AVL-AV	Agressie	67	.39**	.26*	.23	.60**	100	.27**	.18	.12	.43**
	Woede	67	.38**	.24*	.23	.60**	100	.23*	.12	.14	.41**
RPAV	Reactieve agressie	61	.27*	.18	.17	.46**	100	.22*	.12	.11	.37**
	Proactieve agressie	61	-.06	-.14	-.15	-.26*	100	.07	-.02	.01	.32**
PCL-R	Psychopathie	62	-.17	-.22	-.16	.05					
	Interpersoonlijk	62	-.12	-.16	-.11	.04					
	Affectief	62	-.16	-.19	-.13	.01					
	Leefstijl	62	-.04	-.07	-.05	.10					
	Antisociaal	62	-.17	-.22	-.14	.10					

Noot — BLS = Boosheid Lichamelijke Signalenlijst, F1 = Factor 1, F2 = Factor 2, F3 = Factor 3,
 BSQ = Body Sensations Questionnaire, IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen,
 ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst, AVL-AV = Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst,
 RPAV = Reactieve en Proactieve Agressie Vragenlijst, PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised.
 * $p < .05$, ** $p < .01$ (tweezijdig).

TABEL 6.3

Pearson correlaties tussen BLS en andere meetinstrumenten bij forensische psychiatrische patiënten en (V)MBO-leerlingen.

Meetinstrument	Subschalen	Terbeschikkingestelden				(V)MBO-leerlingen			ANCOVA
		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>		<i>n</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
BLS	Totaal	70	35.47	12.30		100	35.01	12.54	$F(2, 163) = .90$
	Factor 1	70	16.07	5.99		100	16.53	6.92	$F(2, 163) = .35$
	Factor 2	70	6.87	2.64		100	6.22	2.54	$F(2, 163) = 4.01^*$
	Factor 3	70	4.39	2.18		100	4.79	2.28	$F(2, 163) = .71$
BSQ	Lichamelijke sensaties	69	31.26	12.09		100			
IOA	Sociale angst	61	62.28	19.66		100	63.75	23.00	$F(2, 163) = .60$
ZAV	Boosheidsdispositie	64	19.75	7.93		100	17.83	5.93	$F(2, 163) = 4.98^*$
AVL-AV	Agressie	67	30.10	9.80		100	26.42	9.67	$F(2, 163) = 1.60$
	Woede	67	7.28	3.07		100	6.66	3.41	$F(2, 163) = .38$
RPAV	Reactieve agressie	61	23.70	4.13		100	20.60	4.89	$F(2, 163) = 10.19^{**}$
	Proactieve agressie	61	20.18	5.58		100	16.33	3.74	$F(2, 163) = 12.45^{**}$
PCL-R	Psychopathie	62	23.05	8.15		—	—	—	—
	Interpersoonlijk	62	3.61	2.57		—	—	—	—
	Affectief	62	5.08	2.03		—	—	—	—
	Leefstijl	62	4.61	1.83		—	—	—	—
	Antisociaal	62	6.45	2.48		—	—	—	—

Noot — BLS = Boosheid Lichamelijke Signalenlijst, BSQ = Body Sensations Questionnaire, IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen, ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst, AVL-AV = Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst, RPAV = Reactieve en Proactieve Agressie Vragenlijst, PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$ (tweezijdig).

Betrouwbaarheid en validiteit De interne consistentie (Cronbach's α) van BLS met 18 items was .93 voor de patiënten en .91 voor de leerlingen. De totale score van de BLS had een goede test-hertest betrouwbaarheid in de patiëntengroep [$r(60) = .82$]. De drie factoren hadden een acceptabele tot goede interne consistentie (achtereenvolgens .90, .67 en .73) en een matige tot goede test-hertest betrouwbaarheid (achtereenvolgens .84, .67 en .81). In de groep leerlingen was de interne consistentie acceptabel goed (respectievelijk .90, .68 en .61).

De concurrente validiteit van de ABSQ werd in de eerste plaats onderzocht door de BLS bij de groep patiënten te correleren met een instrument voor het meten van lichamenlijk besef, namelijk de BSQ. Hoewel de BLS en de BSQ allebei gerelateerd zijn aan lichamelijke sensaties, hebben ze slechts twee items gemeen ('De druk op de borst' en 'Beginnen met meer zweeten'). Zoals verwacht, werd een positieve correlatie aangetoond tussen de totaalscore van de BLS en die van de BSQ. Soortgelijke resultaten werden gevonden voor de correlaties tussen de BLS factor scores en de BSQ totaalscore. Bovendien bleek de BLS zowel in de patiënten- als de leerlingengroep positief gerelateerd aan de IOA, waarschijnlijk omdat beide vragenlijsten emotionele arousal in een sociale situatie meten. De BLS factor scores waren in de patiënten groep eveneens positief gerelateerd aan de IOA totaalscore, maar dat gold in de groep leerlingen alleen voor de factoren 1 en 2. In zowel de patiënten- als de leerlingengroep werden positieve correlaties gevonden tussen de BLS en boosheid als dispositie (ZAV), woede (subschaal van de AVL-AV), agressie in het algemeen (AVL-AV totaalscore) en reactieve agressie (RPAV). Een relatie tussen de BLS en proactieve agressie (RPAV) werd alleen gevonden bij de patiënten en niet bij de leerlingen. Tegen de verwachting in konden geen significante correlaties tussen de BLS totaal score en de PCL-R totaal of facet scores worden geconstateerd (Tabel 6.2).

Tabel 6.3 laat zien dat er geen significante verschillen werden gevonden tussen de patiënten en de leerlingen voor de totaal scores van de BLS en de factoren 1 en 3. Factor 2 scoorde echter hoger in de patiëntengroep. De patiënten deden dat ook op de boosheidsdispositie (ZAV), op reactieve agressie (RPAV) en op proactieve agressie (RPAV). Geen verschillen werden gevonden tussen beide groepen in sociale angst (IOA), woede (subschaal van de AVL-AV) en agressie (totaalscore van de AVL-AV).

Samenvatting

De BLS werd ontwikkeld voor het meten van lichamelijke reacties bij woede in een groep van 70 terbeschikkinggestelden en 100 (V)MBO-leerlingen. Het oorspronkelijke instrument met 42 items werd na een aantal psychometrische onderzoeken van de items aangepast tot een definitieve versie met 18 items. Een EFA onthulde drie voorlopige factoren. De interne consistentie en test-hertest betrouwbaarheid van de vragenlijst waren matig tot goed. Een verkenning van de concurrente validiteit, leverde significant positieve relaties op tussen enerzijds het besef van lichamelijke sensaties in woede-oproepende situaties en anderzijds de angst voor lichamelijke sensaties en sociale angst. Hoewel het vermogen om lichamelijke sensaties te herkennen gelijk kunnen zijn voor verschillende emoties (bijvoorbeeld: Frijda, 1986), kunnen die verschillend geïnterpreteerd worden voor elk type emotie (Nemiah, Freyberger, & Sifneos, 1976). Bovendien zijn er aanwijzingen dat deze verschillende interpretaties worden bepaald door de context waarin de emoties worden ervaren (bijvoorbeeld: Stemmler, Heldmann, Pauls, & Scherer, 2001). Alles bij elkaar lijken deze resultaten het vermogen van de BLS te ondersteunen om lichamelijke sensaties te meten die verband houden met woede.

De BLS bleek gerelateerd te zijn aan woede, agressie in het algemeen en reactieve agressie in beide onderzochte groepen. Een relatie met proactieve agressie werd echter niet gevonden, wat overeenkomt met de resultaten van eerdere onderzoeken (bijvoorbeeld: Blair, 2003; Houston, Stanford, Villemarette Pittman, Conklin, & Helfritz, 2003; Scarpa & Raine, 1997, 2000). Waarschijnlijk doet autonome arousalverhoging zich voornamelijk voor bij reactief agressieve en niet bij proactief agressieve personen, wat als ondersteuning kan worden beschouwd voor de convergente en divergente validiteit van de BLS. De veronderstelde relatie met psychopathie werd niet gevonden, maar de steekproef was vrij klein en daarom lijkt het raadzaam de relatie tussen het besef van lichamelijke sensaties bij woede en psychopathie in grotere steekproeven nader te onderzoeken.

Patiënten en leerlingen verschilden niet van elkaar in hun totaalscore op de BLS. Patiënten scoorden alleen hoger op factor 2. Deze geringe verschillen werden ook in andere studies gevonden en worden in dit onderzoek mogelijk verklaard door de heterogene samenstelling van de onderzochte patiëntengroep met zowel reactief als proactief agressieve

delinquenten. Reactief agressieve delinquenten hebben waarschijnlijk een gering besef van lichamelijke sensaties bij woede. De behandeling voor deze delinquenten moet daarom niet alleen gericht zijn op een toename in het besef van lichamelijke signalen en de interpretatie ervan, maar ook op het aanleren van meer adequate reacties tijdens het ervaren van woede.

Naar onze mening kan de BLS van nut zijn voor de diagnostiek en behandeling van agressieve delinquenten. Een relatief grote toename van arousal in woede-oproepende situaties kan erop wijzen dat de aandacht bij de behandeling moet uitgaan naar het aanleren van strategieën om arousal te verlagen en emotieregulatie vaardigheden te verbeteren (Lochman & Wells, 2004). De regulatie van emoties naar een meer hanterbaar niveau kan leiden tot een betere beoordeling van de situatie en een meer sociaal aanvaardbare respons (Anderson & Bushman, 2002; Gross, 1998) en is daarom vaak al een onderdeel van cognitief gedrags-therapeutische programma's voor agressieve delinquenten (bijvoorbeeld: Kassonov & Tafrate, 2002; Novaco, 1975). Anderzijds kunnen lage scores op de BLS wijzen op een gering besef, ontkenning of zelfs afwezigheid van lichamelijke sensaties tijdens woede-oproepende sociale situaties. Bij deze groep 'cold-blooded' delinquenten (Dodge et al., 1997) moet de behandeling dan ook meer gericht zijn op verandering van de positieve verwachtingen over agressief gedrag dan op emotieregulatie. Ondanks de hierboven genoemde tekortkomingen, lijkt dit eerste onderzoek naar de psychometrische eigenschappen erop te wijzen dat de BLS een veelbelovend instrument is voor het meten van woede-gerelateerde lichamelijke sensaties. Zie voor een discussie over de resultaten Zwets, Hornsveld, Kraaimaat, Kanters, Muris, & Van Marle (2014).

7

HOUDING JEGENS VROUWEN LIJST (HVL)

Inleiding

Volgens Eagly en Chaiken (2007) refereert een attitude aan de neiging om een bepaalde entiteit als gunstig of ongunstig te beoordelen. Attitudes worden verondersteld belangrijke determinanten van gedrag te zijn (Ajzen & Fishbein, 2005). Een positieve attitude jegens geweld tegen vrouwen kan sommigen ertoe bewegen agressief tegen hen te worden (Anderson & Bushman, 2002). Op grond van alle meta-analytische studies van crimineel gedrag, formuleerden Andrews en Bonta (2010) hun 'Central Eight' met antisociale attitudes als een van de acht best gevalideerde risico/behoefte factoren van crimineel gedrag.

In onderzoeken naar de attitudes jegens vrouwen worden meestal twee instrumenten gebruikt: de Hypermasculinity Inventory (HMI; Mosher & Sirkin, 1984) en de Attitudes toward Women Scale (AWS; Spence, Helmreich, & Stapp, 1973). De meer algemene HMI was ontworpen voor het meten van 'macho personality constellation'. Mosher en Sirkin (1984) beschouwden hypermasculiniteit als een extreme vorm van masculiniteit met kenmerken als fysieke kracht of macht, nemen van risico's, emotionele controle en seksuele potentie. De HMI omvat 30 items die verwijzen naar [a] ongevoelige, seksuele attitudes jegens vrouwen (bijvoorbeeld: 'Een echte man heeft regelmatig behoefte aan seks' versus 'Een echte man kan zonder seks'), [b] geweld is stoer (bijvoorbeeld: 'Ik win door niet te vechten' versus 'Ik vecht om te winnen') en [c] gevaar is opwindend (bijvoorbeeld: 'Ik hou van snelle auto's en van snelle vrouwen' versus 'Ik hou van betrouwbare auto's en betrouwbare vrouwen'). De meer specifieke AWS omvat 'statements which described roles and behaviors in all major areas of activity in which normative expectations could be, in principle, the same for men and women' (p. 219). De vragenlijst bestond

oorspronkelijke uit 55 items (Spence & Helmreich, 1972), maar om pragmatische redenen werd een kortere versie met 25 items ontwikkeld die zelfs betere psychometrische eigenschappen had. Ongeveer de helft van de items vertegenwoordigen een mening over gelijkwaardigheid (bijvoorbeeld: 'Een vrouw kan net als een man iemand ten huwelijk vragen'), terwijl de andere items een traditioneel standpunt vertegenwoordigen (bijvoorbeeld: 'Zonen moeten meer aangemoedigd worden een opleiding te volgen dan dochters').

Verschillende onderzoekers hebben met behulp van de HMI een relatie aangetoond tussen hypermasculiniteit en geweld jegens vrouwen, zowel in populaties van studenten als delinquenten. Mosher en Anderson (1986) bijvoorbeeld, vonden in een groep van 175 college studenten significante relaties tussen masculiniteit en een voorgeschiedenis van agressief seksueel gedrag, gemeten met de Aggressive Sexual Behavior Inventory (ASBI). Vooral de studenten met hoge scores op de HMI-subschaal 'Ongevoelige, seksuele attitudes jegens vrouwen' bleken krachtiger en manipulerend gedrag te gebruiken om seks te hebben. Overeenkomstige resultaten werden gevonden door Parrott en Zeichner (2003) die 59 studenten op basis van hun scores op de HMI verdeelden in een 'sterk-hypermasculiene' en een 'zwak-hypermasculiene' groep. Vergeleken met de 'zwak-masculiene' mannen vertoonden de 'sterk-masculiene mannen meer agressie in een laboratoriumtaak en rapporteerden ze vaker vrouwen te hebben lastiggevallen. Johnson et al. (2006) tenslotte, onderzocht een groep van 230 huiselijk gewelddadige mannen. Naast de HMI werden meetinstrumenten gebruikt voor onder andere persoonlijkheid, woede, vijandigheid jegens vrouwen, hechting in de kinderjaren en 'locus of control'. Clusteranalyse leverde vier clusters op: Geringe pathologie, Borderline, Narcistisch en Antisociaal. De 108 leden van het Antisociale cluster vormden de grootste groep en hadden de hoogste scores op hypermasculiniteit, vijandigheid jegens vrouwen, acceptatie van interpersoonlijk geweld en sekse-rol stereotypering.

Hoewel masculiniteit zich vooral manifesteert in de relatie tot andere mannen (Whitehead, 2005), is het meeste onderzoek gedaan naar de neiging van hypermasculiene mannen om fysiek en seksueel agressief gedrag te vertonen in hun relaties met vrouwen. Scott en Tetreault (1978) onderzochten de relaties tussen scores op de oorspronkelijke AWS (Spence & Helmreich, 1972) en seksueel agressief gedrag in 20 verkrachters, 20 niet-seksueel gewelddadige delinquenten en 20 niet-klinische personen. De verkrachters bleken er traditionelere attitudes jegens

vrouwen op na te houden, vooral op het gebied van seksueel gedrag. Epps, Haworth en Swaffer (1993) vonden echter dat een groep van 31 seksueel gewelddadige adolescenten niet verschilde van een groep niet-seksueel gewelddadige adolescenten in hun attitudes jegens vrouwen, gemeten met behulp van de AWS. Dit resultaat werd ondersteund door een onderzoek van Forbes en Adams-Curtis (2001) in een groep van 313 universiteitsstudenten (140 mannen en 173 vrouwen). Deze onderzoekers concludeerden dat in de mannelijke studenten meetinstrumenten voor attitudes niet gerelateerd waren aan seksuele agressie. Daarnaast identificeerde Saunders (1992) onder andere met behulp van de AWS, een algemeen gewelddadig type in 182 huiselijk geweld plegers, dat de meest rigide attitudes jegens vrouwenrollen had en dat het meest gewelddadig was.

Samengevat hebben onderzoeken met behulp van de HMI of de AWS gemengde resultaten opgeleverd betreffende de associatie tussen negatieve attitudes jegens vrouwen en geweld jegens vrouwen. Deze gemengde resultaten werden ondersteund door onderzoeken met andere meetinstrumenten voor attitudes. De resultaten van Markowitz (2001) bijvoorbeeld, die een zelfrapportage vragenlijst met zes uitspraken gebruikte in 141 ex-delinquenten en 245 niet-klinische mannen, wezen uit dat relatief positieve attitudes jegens geweld tegen vrouwen en kinderen inderdaad positief konden worden geassocieerd met een verhoogde frequentie van gewelddadig gedrag tegen gezinsleden. In een onderzoek naar de attitudes jegens de acceptatie van huiselijk geweld, werden geen significante verschillen gevonden tussen 23 Australische huiselijk gewelddadige mannen, 30 rugby spelers en 30 ambtenaren. Alle drie de groepen mannen wezen in gelijke mate geweld jegens vrouwen af (Kane, Staiger, & Ricciardelli, 2000). Flood en Pease (2009) verklaarden deze gemengde resultaten door op te merken dat attitudes jegens vrouwen worden gevormd door een groot aantal verschillende factoren, zoals cultuur en gender. Op dezelfde manier benadrukten Holtzworth-Munroe, Bates, Smutzler en Sandin (1997) dat naast antisociale attitudes verschillende andere risicofactoren (bijvoorbeeld: vijandigheid, alcoholmisbruik en huwelijksgeluk) aan huiselijk geweld kunnen bijdragen.

De Houding jegens Vrouwen Lijst (HVL) werd in de eerste plaats ontwikkeld voor de evaluatie van een behandelprogramma voor gewelddadige terbeschikkinggestelden. De items van de vragenlijsten moesten daarom samenvallen met de onderwerpen die aan de orde komen in de module Omgaan met vrouwen van *Helder zonder geweld*, deel 2 (Hornsveld & De

Vries, 2009). De vragenlijst moest bovendien een ‘productiemaat’ zijn ter wille van optimale validiteit. Verondersteld werd dat de HVL positief zou correleren met het Big Five domein neuroticisme en negatief met de Big Five domeinen altruïsme en consciëntieusheid. Verder werd verwacht dat de HVL positief zou correleren met emoties en gedragingen als vijandigheid, woede en agressie. Vanwege de relatie tussen psychopathie en geweld (bijvoorbeeld: Grann, Långström, Tengström, & Kullgren, 1999) werd ook een relatie tussen psychopathie en de HVL verondersteld. Om meer inzicht te krijgen in de specifieke attitudes jegens vrouwen van klinische patiënten, werd deze groep vergeleken met een groep van amateurvoetballers.

Methodes

De HVL werd afgenomen en onderzocht in een groep van 78 terbeschikkinggestelden in een gesloten forensisch psychiatrische instelling met een gemiddelde leeftijd van 35.31 jaar ($SD = 8.93$, bereik = 20-63 jaar). De hoofddiagnose was van 51 patiënten een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II, terwijl 27 patiënten waren geclassificeerd als lijdende aan een chronisch psychotische stoornis op as I in combinatie met een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). Zie voor meer informatie over de patiënten hoofdstuk 4.1.

De piloot versie van de HVL omvatte 28 items. Negen items (bijvoorbeeld: ‘Als een vrouw dronken is, dan mag je van alles met haar doen’) waren ontleend aan de subschaal ‘Ongevoelige, seksuele attitudes jegens vrouwen’ van de HMI (Mosher & Sirkin, 1984) en 12 items (bijvoorbeeld: ‘Vieze moppen vertellen is iets voor mannen’) aan de AWS (Spence et al., 1973). Deze 21 items werden gekozen, omdat ze samenvielen met de onderwerpen zoals die aan de orde komen in de module Omgaan met vrouwen van *Held zonder geweld*, deel 2 (Hornsveld & De Vries, 2009). Zeven items werden toegevoegd op basis van onze klinische ervaring met terbeschikkinggestelden (bijvoorbeeld: ‘Vrouwen zijn alleen goed voor seks’). Items werden geformuleerd als stellingen en respondenten moesten hun mening geven op een vijfpuntsschaal, lopende van 1 = helemaal oneens tot 5 = helemaal eens. Daarna moesten respondenten hun mening verduidelijken door een zin aan te vullen die begint met ‘Ik vind dit omdat’. Op basis van de score op de ‘mee oneens/mee eens’ schaal,

werd de verduidelijking van de patiënten gescoord op een zevenpunts Likert-schaal voor masculiniteit met de volgende scoringsmogelijkheden: 1 = helemaal niet, 2 = minimaal, 3 = enigszins, 4 = matig, 5 = sterk, 6 = erg sterk en 7 = extreem. De antwoorden op de vragen betreffende het (on)eens zijn met de stellingen werden niet verder onderzocht. Deze vragen waren bedoeld om respondenten te stimuleren na te denken over hun mening alvorens die op te schrijven.

Ten behoeve van de validiteit van de HVL werd een standaard set van meetinstrumenten gebruikt voor de verschillende aspecten van antisociaal gedrag en agressie. Helaas kon niet van alle patiënten een complete dataset worden samengesteld. De set omvatte: [a] Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R, Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002), [b] NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996), [c] subschaal Boosheidsdispositie van de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982), [d] Aangepaste Versie van de Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007a) en [e] Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst (AVL-AV; Hornsveld, Muris, Kraaimaat, & Meesters, 2009). Zie voor meer informatie over de gebruikte meetinstrumenten: hoofdstuk 4.2.

Procedure Voor het bepalen van de interbeoordelaar betrouwbaarheid van de HVL scoorden twee ervaren onderzoeksassistenten (psychologen) onafhankelijk van elkaar de verduidelijkingen van de antwoorden op een zevenpuntsschaal ‘oneens/’mee eens’. Voor het scoren hadden de onderzoeksassistenten een aantal voorbeelden tot hun beschikking. Patiënten namen vrijwillig deel aan het onderzoek en ontvingen daarvoor €10. De lijst werd afgenomen in groepen van zes tot en met acht patiënten. De leden van de voetbalclub waren van te voren geïnformeerd over het onderzoek in het clubblad en folders met informatie werden verspreid tijdens een wedstrijddag. Zij ontvingen eveneens €10 na het individueel invullen van de vragenlijst.

Statistiek De interbeoordelaar betrouwbaarheid en interne consistentie (Cronbach’s α) werden onderzocht in een subgroep van 33 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 38.66 jaar ($SD = 11.01$, bereik = 20-63 jaar). De test-hertest betrouwbaarheid kon alleen bepaald worden in een subgroep van 52 patiënten met een gemiddelde leeftijd van 33.15 jaar ($SD = 7.15$, bereik = 20-63 jaar), omdat niet meer patiënten bereid waren de set

vragenlijsten voor een tweede keer in te vullen. Voor het onderzoek naar de test-hertest betrouwbaarheid en validiteit van de HVL werd een vier dagen durende voetbalcompetitie georganiseerd om medewerking van de patiënten aan het onderzoek te bevorderen. Dit bleek een goede manier om ervoor te zorgen dat een redelijk aantal patiënten de vragenlijsten wilde invullen. De HVL werd twee keer door 52 patiënten ingevuld, de eerste keer op dag één van de competitie en de tweede keer op dag vier. Ten behoeve van de validiteit van de HVL werd een groep van 78 patiënten vergeleken met een referentiegroep van 36 amateur voetballers met een gemiddelde leeftijd van 32.92 jaar (SD = 11.67, bereik = 19-58 jaar). Een t-test leverde geen verschil in leeftijd op tussen beide groepen.

Resultaten

Betrouwbaarheid De interne consistentie (Cronbach's α) van de oorspronkelijke HVL met 28 items bedroeg .76 en de interbeoordelaar betrouwbaarheid (Pearson's r) .89 in de subgroep van 33 patiënten. Items met een interbeoordelaar betrouwbaarheid lager dan .65 en items met een item-totaal correlatie lager dan .30 werden achtereenvolgens verwijderd. Op deze manier ontstond een relatief korte vragenlijst met 12 items waarvan de interne consistentie .82, de gemiddelde item-totaal correlatie .49, de gemiddelde inter-item correlatie .30 en de interbeoordelaar betrouwbaarheid .94 bedroeg.

In een grotere subgroep van 52 patiënten bleek de test-hertest betrouwbaarheid (Pearson's r) van de 12-items HVL goed ($r = .85$).

Validiteit Teneinde de factorstructuur van de HVL te exploreren werden de data van 78 patiënten geanalyseerd volgens de hoofdassen methode met Varimax rotatie. Dit resulteerde in drie factoren die voorlopig als volgt werden geïnterpreteerd: factor 1 = 'Seksistisch gedrag van mannen' (bijvoorbeeld: 'Als een vrouw dronken is, dan mag je van alles met haar doen'), factor 2 = 'Ongepast gedrag van vrouwen' (bijvoorbeeld: 'Het is ongepast als een vrouw een man ten huwelijk vraagt') en factor 3 = 'Plichten van vrouwen' (bijvoorbeeld: 'Vrouwen moeten zich bezig houden met het opvoeden van de kinderen in plaats van carrière proberen te maken'). Deze interpretaties waren gebaseerd op de items met de hoogste ladingen op een bepaalde factor (Tabel 7.1).

TABEL 7.1

Gemiddelden, standaard deviaties en factorladingen van de HVL in 78 patiënten en 30 amateurvoetballers.

Item	Beschrijving	M	SD	Factorladingen		
				1	2	3
1	Het is de plicht van een vrouw om de seksuele verlangens van haar man te bevredigen.	2.23	1.56	.85	.17	.03
8	Het enige wat lesbiennes nodig hebben is een flinke beurt.*	2.14	1.43	.72	.21	.33
7	Sommige vrouwen hebben eerst een flinke beurt nodig voordat ze weten dat de man de baas is.*	2.13	1.61	.65	.35	.38
10	Een vrouw die met veel mannen seks heeft is een slet.	3.09	1.98	.63	-.05	.10
6	Als een vrouw dronken is, dan mag je van alles met haar doen.*	2.04	1.28	.59	.50	.17
2	Vieze moppen vertellen is iets voor mannen.**	2.37	1.30	.55	.50	-.35
9	De was strijken is werk voor vrouwen.	2.26	1.34	.53	.11	.45
12	Het is ongepast als een vrouw een man ten huwelijk vraagt.**	2.15	1.09	-.01	.75	.18
3	Het is erger als een vrouw dronken is, dan als een man dat is.**	2.12	1.23	.29	.57	.12
11	Vrouwen horen niet thuis in het leger.	2.36	1.30	.12	.12	.69
4	Vrouwen moeten zich minder zorgen gaan maken over hun rechten en meer over hoe ze een goede moeder en echtgenote kunnen zijn.**	2.23	1.40	.44	.07	.60
5	Vrouwen moeten zich bezig houden met het opvoeden van de kinderen in plaats van carrière proberen te maken.**	2.10	1.09	-.00	.49	.56

* Ontleend aan een item van de HMI subschaal Ongevoelige, seksuele attitudes jegens vrouwen (Mosher & Sirkin, 1984),

** Ontleend aan een item van de 25-item versie van de AWS (Spence, Helmreich, & Stapp, 1973). Factor 1 = 'Seksistisch gedrag van mannen', factor 2 = 'Ongepast gedrag van vrouwen' en factor 3 = 'Plichten van vrouwen'.

Voor de concurrente validiteit werden de scores op de HVL gecorreleerd met scores op instrumenten voor psychopathie, persoonlijkheidsdomeinen, woede, vijandigheid en agressie (Tabel 7.2). Een significant positieve relatie werd gevonden tussen aan de ene kant de totaalscore op de HVL en aan de andere kant vijandigheid (PFS-AV) en woede (AQ-SF). The HVL totaalscore correleerde significant negatief met leeftijd, altruïsme (NEO-FFI) en consciëntieusheid (NEO-FFI). Correlaties tussen de HVL totaalscore en de PCL-R totaal of facet scores leverde geen significante resultaten op.

Van de 78 patiënten waren er 21 seksueel gewelddadig en 57 niet-seksueel gewelddadig. De seksueel gewelddadige patiënten bleken niet significant te verschillen van de niet-seksueel gewelddadige patiënten in HVL-totaalscore of in één van de afzonderlijk items. Als de patiënten met de amateur voetballers werden vergeleken, werden er geen significante verschillen gevonden in AWI totaal- en factorscores, maar de standaard deviatie van de totaalscore en die van de score op factor 1 waren veel groter in de patiëntengroep dan in de groep van de voetballers. Patiënten scoorden significant hoger dan de voetballers op de items 7, 8, en 12, waarbij opgemerkt moet worden dat de items 7 en 8 refereren aan seksueel geweld. Item 12 is: 'Het is ongepast als een vrouw een man ten huwelijk vraagt'. Bij het correleren van de HVL met de andere meetinstrumenten in de patiëntengroep kon een significant positieve relatie worden getoond tussen de HVL totaalscore en woede, gemeten met de ZAV ($r = .28$) en de AVL-AV ($r = .34$). Een significant negatieve relatie werd gevonden tussen de HVL totaalscore en op het NEO-FFI domein altruïsme ($r = .33$), alle p 's $< .05$.

TABEL 7.2

Correlaties tussen de HVL en andere meetinstrumenten in 78 terbeschikking-gestelden.

Meet-instrument	Factor of subschaal	n	Patiënten	
			M (SD)	r
Leeftijd		78	35.31 (8.93)	-.27**
PCL-R	Psychopathie	75	21.83 (7.79)	.02
	Interpersoonlijk	75	3.23 (2.60)	-.13
	Affectief	75	6.12 (1.78)	.13
	Leefstijl	75	5.72 (2.84)	.00
	Antisociaal	75	5.23 (2.63)	.17
NEO-FFI	Neuroticisme	72	33.08 (7.67)	.02
	Altruïsme	72	41.26 (4.72)	-.32**
	Consciëntieusheid	72	44.78 (4.98)	-.24**
ZAV	Boosheidsdispositie	72	17.42 (5.02)	.07
PFS-AV	Vijandigheid	67	24.55 (6.97)	.40**
	Agressie	67	31.69 (9.36)	.13
	Fysieke agressie	67	9.27 (3.69)	.07
	Verbale agressie	67	6.49 (2.38)	.34**
	Woede	67	8.30 (3.34)	-.13
	Vijandigheid	67	7.63 (3.04)	.19

Noot — HVL = Houding jegens Vrouwen Lijst, PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised, NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory, ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst, PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL-AV = Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst. * $p < .05$, ** $p < .01$ (eenzijdig).

Samenvatting

De HVL werd ontwikkeld ten behoeve van de attitudes jegens vrouwen in een groep terbeschikkinggestelden en in een controle groep van 36 amateur voetballers. De betrouwbaarheid van het nieuwe instrument met de resterende 12 items was goed en factoranalyse leverde drie voorlopige factoren op: [1] 'Seksistische gedrag van mannen', [2] 'Ongepast gedrag van vrouwen' en [3] 'Plichten van vrouwen'. Zoals verwacht kon de validiteit van de HVL in de groep patiënten worden ondersteund door negatieve correlaties met de persoonlijkheidsomeinen altruïsme en consciëntieusheid en door positieve correlaties met vijandigheid en verbale agressie. Er werden echter geen significante relaties gevonden tussen de HVL en psychopathie, het persoonlijkheidsdomein neuroticisme, woede en fysieke agressie. Dat de subgroep seksueel gewelddadige patiënten niet hoger scoorden op de seksuele agressie items van de HVL komt overeen met de resultaten van bijvoorbeeld van Epps et al. (1993), die geen significante verschillen vonden in scores op de AWS tussen een groep van 31 seksueel gewelddadige adolescenten en een groep van 27 niet-seksueel gewelddadige adolescenten.

Hoewel de patiënten niet significant verschilden van de amateurvoetballers in HVL totaalscore, scoorden ze significant hoger op twee seksuele agressie items. Onder de amateur voetballers bleek een negatieve attitude jegens vrouwen negatief te zijn gerelateerd aan altruïsme en positief aan woede. Nader onderzoek op dit punt zou kunnen uitwijzen of negatieve attitudes jegens vrouwen een pathologische betekenis hebben in niet-klinische mannen die een agressieve sport beoefenen (bijvoorbeeld: Forbes, Adams-Curtis, Pakalka, & White, 2006). Forbes en Adams-Curtis (2001) concludeerden dat een seksistische attitude jegens vrouwen slechts gedeeltelijk verband houdt met seksueel agressie. Naar hun mening is het zo dat 'primary factors responsible for sexual aggression may not lie within the individual, but within the culture and the family of origin' (p. 885). De sociologen Hofstede, Hofstede en Minkov (2010) maakten onderscheid tussen culturen op basis van onder andere de vrouwelijkheid-mannelijkheid dimensie. Bij het vergelijken van een groep delinquenten met een niet-klinische referentiegroep moet men er rekening mee houden dat landen verschillen in de Mannelijkheid Index (MAS; Hofstede, 1980). Nederlandse hypermasculiene mannen (Mosher & Sirkin, 1984) worden waarschijnlijk in sommige andere landen als minder mannelijk beoordeeld. Wat in het ene land als een zeer negatieve attitude

jegens vrouwen wordt beschouwd kan in een ander land als minder negatief worden beoordeeld.

Vooralsnog lijkt de HVL attitudes jegens vrouwen op een betrouwbare en valide manier te meten. De lijst kan gebruikt worden om meer inzicht te krijgen in de specifieke attitudes jegens vrouwen bij delinquenten door ze te vergelijken met een referentiegroep en voor de evaluatie van een interventie die gericht is op een verandering van die attitudes. De psychometrische eigenschappen van de HVL zullen echter verder onderzocht moeten worden in grotere groepen delinquenten, forensisch psychiatrische patiënten en niet-klinische populaties. Zie voor een discussie over de resultaten: Hornsveld, Timonen, Kraaimaat, Zwets, & Kanters (2014).

8

AANGEPASTE VERSIE VAN HET SOCIOMORELE REFLECTIE MEETINSTRUMENT (SRM-AV)

Inleiding

In Nederlandse instellingen voor forensische psychiatrie zijn de laatste jaren steeds meer cognitief-gedragstherapeutische programma's ontwikkeld en geïmplementeerd. Een voorbeeld is *Held zonder geweld*, deel 1, dat een drietal modules omvat van elk vijfwekelijkse bijeenkomsten, te weten Woedebeheersing, Sociale vaardigheden en Moreel redeneren (Hornsveld, Nijman, & Kraaimaat, 2008). Om de behandelprogramma's te kunnen evalueren ontstond behoefte aan specifiek op probleemgedragingen afgestemde meetinstrumenten, die bovendien in een Nederlands forensisch psychiatrische populatie op psychometrische eigenschappen zijn onderzocht. De module Moreel Redeneren van *Held zonder geweld* kon echter tot op heden niet geëvalueerd worden omdat een betrouwbaar en valide instrument ontbrak dat in Nederlandse populaties was onderzocht. In dit hoofdstuk beschrijven we de ontwikkeling van een dergelijk instrument. We definiëren moraliteit als principes betreffende het verschil tussen goed en kwaad. Moreel redeneren impliceert het beargumenteren bij het benoemen van iets als goed of kwaad. Moraliteit is dus een breder begrip dan altruïsme, het terzijde kunnen zetten van eigenbelang.

In de afgelopen tien jaar hebben verschillende studies een relatie tussen moreel besef en delinquentie aangetoond, in de meeste gevallen door het vergelijken van delinquenten met niet-delinquenten. Stams et al. (2006) bijvoorbeeld vonden in een meta-analyse van 50 studies dat delinquenten over het algemeen minder moreel volwassen waren dan niet-delinquenten. De verschillen waren het grootst bij gedetineerde adolescenten met psychopathische trekken. Vijf jaar later, vonden Van Vugt et al. (2011) met

een meta-analyse van negentien studies eveneens een omgekeerde relatie tussen morele ontwikkeling en recidive. In deze meta-analyse bleken 'productie' meetinstrumenten, die respondenten vragen hun reacties op een aantal foto's of stellingen op te schrijven, een veel groter effect te hebben dan 'multiple-choice' meetinstrumenten die een Likertschaal gebruiken. Effecten bij jonge en volwassen delinquenten verschilden nauwelijks van elkaar; zelfrapportage vragenlijsten leverde grotere effecten op dan officiële rapporten van recidive.

Andere auteurs kwamen na bestudering van de literatuur, waarin delinquenten met niet-delinquenten werden vergeleken wat betreft moreel besef, tot dezelfde conclusies. Palmer (2003) bijvoorbeeld, concludeerde op basis van 30 jaar onderzoek dat moreel redeneren onderdeel lijkt van een veel breder samenstel van sociaal-cognitieve factoren, gevormd door vroege ervaringen met de ouders en leeftijdgenoten. Kinderen met een verwaarlozende en hardvochtige achtergrond hadden een grotere kans op zowel een morele ontwikkelingsachterstand als een vijandige visie op de wereld. Deze combinatie maakt het waarschijnlijker dat dubbelzinnige sociale signalen als vijandig worden geïnterpreteerd, wat kan leiden tot negatieve interpretaties van sociale interacties te maken en uiteindelijk tot crimineel gedrag.

Een eerste instrument om het niveau van moreel besef te bepalen was het Moral Judgement Interview (MJI; Colby & Kohlberg, 1987; Colby et al., 1987). Dit instrument was gebaseerd op Kohlbergs drie niveaus van morele ontwikkeling ('preconventioneel', 'conventioneel' en 'postconventioneel'), elk met twee fasen, en bevatte een aantal hypothetische dilemma's waarop respondenten moesten reageren met een keuze om vervolgens deze keuze te onderbouwen. De rechtvaardigingen van deze keuzes werden door de interviewers gescoord op de verschillende niveaus voor de morele ontwikkeling. Een nadeel van de MJI is echter, dat het scoren van de antwoorden ingewikkeld en tijdrovend is. Bovendien kunnen de respondenten in een interview ontvankelijk zijn voor onbedoelde invloeden door de interviewer (Carlo, Eisenberg, & Knight, 1992).

Gibbs, Basinger en Fuller (1992) veronderstelden dat het presenteren van morele dilemma's niet de enige manier is om respondenten morele oordelen te ontlocken. Zij ontwikkelden op basis van de MJI de Sociomoral Reflection Measure-Short Form (SRM-SF), een meetinstrument dat stellingen in plaats van morele dilemma's omvat (bijvoorbeeld: 'Stel je voor: een vriend van je is in levensgevaar en je bent de enige die hem kan redden'), gevolgd door vragen over morele oordelen ('Hoe belangrijk is het voor

een persoon om het leven van een vriend te redden, zonder verlies van het eigen leven”) en ten slotte over de motivering van de gemaakte keuze. Voor het scoren van de 11 items, gebruikten Basinger, Gibbs en Fuller (1995) alleen de eerste vier fasen van Kohlberg namelijk Unilaterale autoriteit, Pragmatische oplossing, Basis voor interpersoonlijke relaties en Sociale betrokkenheid. Zij onderzochten de psychometrische eigenschappen van de SRM-SF in een groep van 165 basisschoolleerlingen, 89 middelbare scholieren, 72 universiteitsstudenten en 58 volwassenen, en in een groep van 89 delinquente jongens in een medium-security gevangenis. Vijf beoordelaars vonden een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid tussen .94 en .99 en test-hertest betrouwbaarheid tussen .61 en .78 bij 25 respondenten (3-5 per subgroep). Cronbach's α was .93 ($n = 384$) voor de totale groep niet-delinquenten en .70 ($n = 89$) voor de groep van delinquenten. Convergente validiteit kon worden aangetoond door significante correlaties met bijvoorbeeld de MJI (Colby & Kohlberg, 1987). Zoals verwacht, scoorden de delinquente jongens significant lager dan de mannelijke leeftijdgenoten op de SRM-SF. Net als bij de MJI, is het belangrijkste nadeel van de SRM-SF dat het scoren van de antwoorden tamelijk tijdrovend. Dat komt omdat Gibbs, Basinger en Fuller (1992) voor elk van de antwoorden op de elf stellingen 25 voorbeelden van argumenten verzameld hadden om het juiste niveau van rijpheid te kunnen bepalen. Bijgevolg moet een onderzoeker die de SRM-SF wil gebruiken voor de evaluatie van een cognitief-gedragsmatige module de rechtvaardigingen van de deelnemers aan het onderzoek vergelijken met de voorbeelden van Gibbs, Basinger en Fuller (1992).

Voor de ontwikkeling van een meer praktisch instrument voor de beoordeling van moreel besef, werd Basinger, Gibbs en Fuller's SRM-SF als uitgangspunt gekozen, maar werden 20 verklaringen aan de originele 11 stellingen toegevoegd om zo een completer overzicht te maken van de morele dilemma's die forensisch psychiatrische patiënten in het dagelijkse leven tegen kunnen komen. Ten tweede werd besloten de rechtvaardigingen van de reacties op de uitspraken te scoren met een zevenpuntsschaal, waarbij elke punt overeenkomt met een (overgangs)fase van moreel besef (zie paragraaf 13.4). In dit hoofdstuk wordt een onderzoek beschreven naar de betrouwbaarheid en validiteit van de Aangepaste Versie van de Sociomoral Reflection Measure (SRM-AV). In een groep van forensisch psychiatrische patiënten werd een negatieve relatie van moreel besef met (facetten van) psychopathie verondersteld, een positieve relatie met altruïsme en een negatieve relatie met agressie.

Bovendien werd een significant lagere score op de SRM-AV in de groep forensisch psychiatrische patiënten dan in een groep niet-klinische mannen verwacht.

Methode

Betrouwbaarheid Het pilootonderzoek werd uitgevoerd bij 80 mannelijke terbeschikkinggestelden die veroordeeld waren voor een ernstig geweldsdelict. Hun gemiddelde leeftijd was 37,7 jaar ($SD = 9,7$; bereik: 19-62 jaar). De patiënten hadden als hoofd diagnose een cluster B persoonlijkheidsstoornis op as II of een (chronisch) psychotische stoornis op as I in combinatie met een cluster B persoonlijkheidsstoornis op as II (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994). Het psychiatrisch toestandbeeld van de psychotische patiënten was zodanig gestabiliseerd dat de aanwezige persoonlijkheidsstoornis op de voorgrond was komen te staan. Zie voor meer informatie over de patiënten: hoofdstuk 4.1.

De 11 items van de *Sociomoral Reflection Measure-Short Form* werden vertaald en aangevuld met 20 nieuwe items, die werden geformuleerd op grond van de literatuur over moraliteit en op basis van klinische ervaring met terbeschikkinggestelden. De nieuwe items refereerden aan de volgende aspecten van moreel besef: anderen respecteren (bijvoorbeeld: 'Stel: twee Joodse jongens komen uit de synagoge en worden uitgescholden. Hoe belangrijk is het dat mensen elkaar niet discrimineren?'), hulpbehoevende personen helpen (bijvoorbeeld: 'Stel: iemand met een handicap durft de straat niet over te steken. Hoe belangrijk is het die persoon met oversteken te helpen?'), anderen aanspreken op hun gedrag (bijvoorbeeld: 'Stel: je merkt dat een vriend van je in harddrugs dealt. Hoe belangrijk is het dat dealen verboden is?') en nemen van verantwoordelijkheid door ouders (bijvoorbeeld: 'Stel: twee ouders drinken teveel en vragen hun kind naar de slijter te gaan om een krat bier te halen. Hoe belangrijk is het dat ouders niet teveel drinken?'). Net als bij de SRM-SF werd respondenten bij de nieuwe items eerst gevraagd hoe belangrijk zij de stelling vinden die in een item wordt geponeerd, gevolgd door de vraag waarom ze de kwestie (on)belangrijk vinden die in de stelling aan de orde komt. Voor de scoring van de antwoorden op de belangrijkheid van een stelling werd gebruik gemaakt van een vijfpuntsschaal, lopende van 1 = erg onbelangrijk tot 5 = erg belangrijk. De antwoorden op de vraag naar de argumentatie werden gescoord met behulp van een zevenpuntsschaal. De

punten op deze schaal waren omschreven conform de vier fasen en drie overgangsfasen van Gibbs et al. (1992). Bij de fasen 3 en 4 werd echter afgezien van het onderscheid die Gibbs et al. maken in de twee typen moreel besef (Gibbs et al., 1992; Gibbs, 2003). Bizarre of niet ter zake doende antwoorden werden gescoord met een '1', omdat ze blijk geven van een onbegrip voor de (morele) inhoud van de stelling (zie paragraaf 13.4).

Om de interbeoordelaar betrouwbaarheid te bepalen, scoorden twee ervaren assistenten (psychologen) de antwoorden op de stellingen en de rechtvaardigingen van deze antwoorden onafhankelijk van elkaar. Deze assistenten waren met behulp van voorbeelden vooraf geïnstrueerd over de wijze van scoring. Eén van deze twee assistenten scoorde een tweede meting van de SRM-AV, vier dagen na de eerste, voor het bepalen van de test-hertest betrouwbaarheid. Patiënten namen op basis van vrijwilligheid deel aan het onderzoek en ontvingen € 7 voor het invullen van de zelfrapportage vragenlijsten. De SRM-AV werd afgenomen in groepen van zes tot acht patiënten.

De interbeoordelaar betrouwbaarheid werd berekend voor de totale score van de 31-item SRM-AV en voor elk item afzonderlijk in een subgroep van 25 klinische patiënten. We gebruikten de Spearman's correlatie coëfficiënt, omdat de scores niet normaal verdeeld waren. De totaalscores leverden een significante positieve correlatie op ($\rho = .86, p < .01$) en de correlaties van de afzonderlijke items varieerden van $.42 (p < .05)$ tot $.89 (p < .01)$. De totale score en de item scores van beide assistenten verschilden niet significant van elkaar.

Ter wille van een relatief korte en handzaam meetinstrument werden slechts 20 items geselecteerd en werden bijgevolg elf items met de laagste inter-item betrouwbaarheid verwijderd. Twee van deze elf items kwamen uit de originele SRM-SF, namelijk item 6: 'Laten we zeggen dat een vriend van jou heeft hulp nodig en zelfs kan sterven, en je bent de enige persoon die hem of haar kan redden. Hoe belangrijk is het voor een persoon om het leven van een vriend te redden?' en item 7 'Hoe zit het met het redden van iemands leven? Hoe belangrijk is het voor een persoon om het leven van een onbekende te redden?' In de totale groep van 80 klinische patiënten bleek de interbeoordelaar betrouwbaarheid van de 20-item SRM-AV $.84 (p < .01)$ en bedroeg de test-hertest betrouwbaarheid $.77 (p < .01)$. We gebruiken opnieuw Spearman's correlatie coëfficiënt voor het berekenen van de test-hertest betrouwbaarheid, die slechts voor 71 patiënten bepaald kon worden, omdat negen patiënten weigerden de SRM-AV voor de tweede keer in te vullen.

Validiteit Dit onderzoek werd uitgevoerd bij een gecombineerde groep van 132 terbeschikkinggestelden (inclusief de 25 patiënten van de eerdere studie) en 33 poliklinische patiënten. Voor een vergelijking met een niet-klinische populatie, werd 65 leden van een voetbalclub en 87 (V)MBO-leerlingen gevraagd de SRM-AV in te vullen. De 132 klinische patiënten hadden een gemiddelde leeftijd van 37.5 jaar ($SD = 8.8$, bereik: 19-62 jaar); 70.5% ($n = 93$) had een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II als hoofddiagnose en 29.5% ($n = 39$) een (chronisch) psychotische op as I in combinatie met een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II. De chronisch psychotische conditie van de psychotische patiënten was in die mate gestabiliseerd dat hun antisociale persoonlijkheidsstoornis op de voorgrond kwam te staan. De 33 poliklinische patiënten waren naar de polikliniek verwezen vanwege een gewelddadig delict. Hun gemiddelde leeftijd bedroeg 31.9 jaar ($SD = 7.9$; bereik 19-46 jaar). Drie patiënten (9.1%) hadden een gedragsstoornis op as I en 30 patiënten (91.0%) hadden een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II als hoofddiagnose. Zie voor meer informatie over de patiënten hoofdstuk 4.1.

De 65 leden van de voetbalclub hadden een gemiddelde leeftijd van 31.9 jaar ($SD = 11.0$; bereik: 18-64 jaar) en de 87 (V)MBO-leerlingen van 19.2 jaar ($SD = 2.2$; bereik: 16-26 jaar).

Voor het onderzoek werden de volgende meetinstrumenten gebruikt: [a] Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R, Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002), [b] NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996), [c] subschaal Boosheidsdispositie van de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982), [d] Aangepaste Versie van de Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaiaam, 2007a), [e] Aggressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), [f] Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaiaam, 2000), [g] Zelf-Beoordelings Vragenlijst (ZBV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 2000), [h] Beck Depressieschaal (BDI; Bouman, 1994). Zie voor meer informatie over de gebruikte meetinstrumenten: hoofdstuk 4.2.

Alle patiënten werden geïnformeerd over het doel van het onderzoek en namen op basis van vrijwilligheid er aan deel. Deelname werd vergoed met € 7. Bij de voetbalsupporters was het onderzoek van te voren aangekondigd in het clubblad en werden tijdens een wedstrijddag folders met

informatie uitgedeeld. Na afloop van het invullen van de vragenlijsten ontvingen de supporters € 10. De (V)MBO-leerlingen vulden de vragenlijsten klassikaal in en ontvingen eveneens € 5 voor hun deelname.

Resultaten

De metingen van de twee onderzoeksassistenten voor het bepalen van de interbeoordelaar betrouwbaarheid werden gebruikt om de gemiddelde SRM-AV totaal en item scores te kunnen berekenen bij de 80 opgenomen patiënten van het onderzoek naar de betrouwbaarheid. De scores van een assistent leverde een interne consistentie (Cronbach's α) van .91 op en van de tweede een interne consistentie van .95. Gemiddelde scores had een interne consistentie van .94, een gemiddelde inter-item Spearman correlatie coëfficiënt van .44 en een gemiddelde item-totaal correlatie coëfficiënt van .64.

Voor het exploreren van de SRM-AV factor structuur werden de data van de patiëntengroep ($n = 165$) geanalyseerd met behulp van de hoofdassen methode met Varimax rotatie. Dit resulteerde in vier factoren die voorlopig als volgt werden geïnterpreteerd: Factor 1 = Fatsoenlijk gedrag van anderen verwachten, factor 2 = Anderen aanspreken op hun wangedrag, factor 3 = Zelf fatsoenlijk omgaan met anderen en factor 4: Helpen van hulpbehoevenden (Tabel 8.1).

De interpretaties van elke factor waren gebaseerd op de items met de hoogste ladingen. De gemiddelde scores en standaarddeviaties van de verschillende meetinstrumenten in de patiëntengroep worden vermeld in Tabel 8.2. Een significante positieve correlatie werd gevonden tussen de SRM-AV aan de ene kant en leeftijd en altruïsme (NEO-FFI) aan de andere kant. De SRM-AV correleerde significant negatief met de PCL-R, in het bijzonder met de facetten Affectief, Leefstijl en Antisociaal (NEO-FFI) en met verbale agressie (ALV-AV).

In een aparte analyse werd de patiëntengroep vergeleken met de groep voetballers en daarna met de groep (V)MBO-leerlingen. Vanwege het exploratieve karakter van deze vergelijkingen, werd geen Bonferroni correctie toegepast. De groep patiënten bleek een significant lagere SRM-AV totaal score te hebben dan de voetballers [$F(2, 227) = 6.50, p = .002$] en de (V)MBO-leerlingen [$F(2, 249) = 16.28, p < .001$], gecontroleerde voor

TABEL 8.1

Gemiddelden, standaard afwijkingen en factorladingen van de SRM-AV items in de patiëntengroep (132 klinische en 33 poliklinische patiënten).

Item	M	SD	Factorladingen			
			1	2	3	4
10	2.61	1.09	.79	.09	-.14	.27
2	2.55	1.13	.65	.09	.31	.13
12	2.05	0.89	.63	.22	.18	.10
11	2.71	1.13	.60	.32	.01	.20
1	2.82	1.14	.60	.09	.30	-.01
9	2.62	1.24	.56	.50	.21	-.05
3	3.24	1.15	.53	.13	.43	.25
7	2.32	1.12	.49	.02	.48	.22
8	2.44	1.28	.40	.29	.33	.05
16	2.57	1.32	.12	.73	.08	.22
18	2.66	1.32	.05	.68	.22	.09
17	2.54	1.24	.34	.59	-.08	.03
19	3.00	1.22	.37	.49	.24	.36
6	3.05	1.30	.04	.18	.70	.06
20	3.24	1.12	.18	.50	.62	.07
5	3.13	1.16	.35	-.10	.50	.37
4	2.74	1.16	.32	.09	.46	.39
15	3.37	1.20	.10	.17	.09	.83
14	3.22	1.17	.08	.28	.08	.79
13	2.82	1.05	.26	.13	.35	.51

Noot — Factor 1 = Fatsoenlijk gedrag van anderen verwachten, factor 2 = Anderen aanspreken op hun wangedrag, factor 3 = Zelf fatsoenlijk omgaan met anderen en factor 4: Helpen van hulpbehoevenden.

TABEL 8.2

Correlaties tussen SRM-AV en andere meetinstrumenten in de patiëntengroep (132 klinische en 33 poliklinische patiënten).

Meetinstrument	Inhoud van de schaal	M (SD)	SRM-AV
Leeftijd		36.04 (9.23)	.22**
PCL-R	Psychopathie	20.55 (8.41)	-.13*
	Interpersoonlijk	3.12 (2.45)	.04
	Affectief	5.70 (1.89)	-.15*
	Leefstijl	5.43 (2.97)	-.14*
NEO-FFI	Antisociaal	4.85 (2.81)	-.20**
	Neuroticisme	33.04 (7.84)	.01
	Altruïsme	41.38 (5.18)	.26**
ZAV	Boosheidsdispositie	17.62 (5.74)	-.10
PFS-AV	Vijandigheid	23.39 (9.40)	-.13
ALV-AV	Fysieke agressie	8.37 (3.21)	-.02
	Verbale agressie	6.13 (2.50)	-.16*

Noot — SRM-AV = Aangepaste Versie van het Sociomorele Reflectie Meetinstrument, PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst; PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL-AV = Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst. * $p < .05$, ** $p < .01$ (eenzijdig).

leeftijd. Bij de vier voorlopige factoren van de SRM-AV, werd een significant verschil tussen patiënten en voetballers werd gevonden op factor 1 'Fatsoenlijk gedrag van anderen verwachten' [$F(2, 227) = 3.87, p = .022$], factor 2 'Anderen aanspreken op hun wangedrag' [$F(2, 227) = 7.41, p = .001$] en factor 3 'Zelf fatsoenlijk omgaan met anderen' [$F(2, 227) = 4.89, p = .008$]. De (V)MBO-leerlingen scoorden significant hoger dan de patiënten op alle vier factoren [factor 1: $F(2, 249) = 19.49, p < .001$; factor 2: $F(2, 249) = 4.32, p = .014$; factor 3: $F(2, 249) = 7.46, p = .001$; en factor 4 ('Helpen van hulpbehoevenden'): $F(2, 249) = 12.25, p < .001$, gecorrigeerd voor leeftijd].

Samenvatting

Voor de evaluatie van de module Moreel Redeneren van *Held zonder geweld*, deel 1 (Hornsveld, Nijman, & Kraaimaat, 2008), een aangepaste versie van Goldstein, Glick en Gibbs' Aggression Replacement Training (1998), werd op basis van de Sociomoral Reflection Measure-Short Version (SRM-SF) een instrument ontwikkeld voor het meten van moreel besef. De Aangepaste Versie van het Sociomorele Meetinstrument (SRM-AV) met 20 items had een goede interne consistentie, interbeoordelaar betrouwbaarheid en test-hertest betrouwbaarheid. Een exploratieve factoranalyse leverde vier voorlopige factoren op: 'Fatsoenlijk gedrag van anderen verwachten', 'Anderen aanspreken op hun wangedrag', 'Zelf fatsoenlijk omgaan met anderen' en 'Helpen van hulpbehoevenden'. Naar verwachting kon in de groep patiënten de convergente validiteit van de SRM-AV worden ondersteund door significante maar relatief lage, positieve correlaties met leeftijd en altruïsme, en negatieve correlaties met psychopathie en verbale agressie. Patiënten scoorden significant lager op de SRM-AV dan voetballers en dan (V)MBO-leerlingen. Deze resultaten ondersteunen de bevindingen van andere auteurs dat delinquentie gerelateerd is aan beperkt moreel besef. Al met al lijkt de SRM-AV een veelbelovend instrument voor het meten van moreel besef in Nederlandse forensisch psychiatrische patiënten. Zie voor een discussie over de resultaten: Hornsveld, Kraaimaat, & Zwets (2012).

9

NOVACO ANGER SCALE — PROVOCATION INVENTORY (NAS-PI)

Inleiding

In de forensische psychiatrie wordt regelmatig gebruik gemaakt van een Nederlandstalige versie van de Novaco Anger Scale – Provocation Inventory (NAS-PI). De NAS-PI bestaat uit twee delen. De 1994 versie van de NAS omvat 48 items verdeeld over drie subschalen, te weten Cognitie, Arousal en Gedrag. De PI omvat 25 items over situaties die tot woede aanleiding kunnen geven. Voor een eerste onderzoek naar de psychometrische eigenschappen van de NAS-PI nam Novaco (1994) de vragenlijst af bij 142 psychiatrische patiënten in Californië. Van deze 142 patiënten vulden er 126 de vragenlijst twee weken later nog een keer in. De interne consistentie van de NAS en de PI bleek uitstekend te zijn met alfa's van respectievelijk .95 en .95, terwijl de correlaties voor de test-hertest betrouwbaarheid respectievelijk .84 en .86 bedroegen. De validiteit van de NAS bleek te kunnen worden ondersteund door correlaties van .82 met de Buss-Durkee Hostility Inventory (Buss & Durkee, 1957) en .84 met de Trait Anger items van de Spielberger State-Trait Anger Scale (Spielberger, 1980).

Sindsdien zijn de psychometrische eigenschappen van de NAS-PI in meerdere onderzoeken geanalyseerd. Mills, Kroner en Forth (1998) bijvoorbeeld, namen de NAS-PI (1994 versie) af bij 102 niet-gewelddadige delinquenten (leeftijd 19-69 jaar, $M = 33$ jaar, $SD = 10.5$) en bij 102 gewelddadige delinquenten (leeftijd 18-55 jaar, $M = 28$ jaar, $SD = 7.9$). De onderzoekers vonden dat de interne consistentie voor de NAS en PI respectievelijk .95 en .96 was in de niet-gewelddadige groep en respectievelijk .94 en .95 in de gewelddadige groep. De test-hertest betrouwbaarheid (interval van vier weken) werd alleen in de niet-gewelddadige groep onderzocht en bedroeg .89 voor de NAS en .85 voor de PI. Validiteit werd ondersteund in de gewelddadige groep door correlaties van .79 en .68 voor

respectievelijk de NAS en PI met de totaalscore op de Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992). The NAS correleerde bovendien .46 met klinische beoordelingen van agressie. Anders dan verwacht hadden de gewelddadige delinquenten significant lagere scores op de NAS-PI dan de niet-gewelddadige delinquenten. Mills et al. (1998) veronderstelden dat gewelddadige delinquenten geen duidelijke woede problemen rapporteren omdat ze over het algemeen instrumenteel geweld gebruiken.

Jones, Thomas-Peter en Trout (1999) onderzochten de oorspronkelijke versie van de NAS-PI in een groep medewerkers van de National Health Services en in een groep personen die voor een training woedebeheersing waren verwezen naar een behandelinstituut. De niet-klinische groep omvatte 79 mannen en 133 vrouwen (gemiddelde leeftijd = 36.57 jaar, $SD = 9.93$), terwijl de klinische groep uit 58 mannen bestond (gemiddelde leeftijd = 32.47 jaar, $SD = 8.32$). De interne consistentie in de niet-klinische groep was .92 voor zowel de NAS als de PI, maar over de interne consistentie in de klinische groep werden geen gegevens vermeld. De klinische groep scoorden significant hoger op de NAS-PI dan de niet-klinische groep.

Een Zweedse vertaling van de NAS-PI (1998 versie) werd door Lindqvist, Daderman en Hellström (2003) onderzocht in een groep van 100 universiteitsstudenten (leeftijd 19-75 jaar, $M = 33.2$, $SD = 12.5$). De in deze studie gebruikte NAS omvatte de 48 items van de 1994 versie, maar 'four Cognitive items regarding attentional focus were replaced by four items concerning justification and a 12-item Anger Regulation subscale, separate from NAS Total, was also created' (Novaco & Taylor, 2004; p. 45). De interne consistentie bleek goed met een alfa van .90 voor de NAS en van .87 voor de PI. Exploratieve factoranalyse van de NAS items resulteerde in vier factoren, die overeen kwamen met de drie oorspronkelijke subschalen van de 1994 versie en de subschaal Anger Regulation. De validiteit van de 48 items van de NAS en de 25 items van de PI werd ondersteund door positieve correlaties van respectievelijk .68 en .48 met de Trait Anger subschaal van de State-Trait Anger Expression-2 (Spielberger, 1999).

De factorstructuur van de NAS-PI (1994 versie) werd ook onderzocht door Jones, Thomas-Peter en Gangstad (2003) in een niet-klinische groep van 212 medewerkers in de gezondheidszorg (gemiddelde leeftijd: 36.57 jaar, $SD = 9.93$) en een groep van 354 personen die voor een training woedebeheersing waren verwezen naar een polikliniek (gemiddelde leeftijd: 34.75 jaar, $SD = 10.41$). De interne consistentie van de NAS bleek .97

te zijn; de alfa van de PI werd niet vermeld. Vijf items met slechte item-totaal correlaties werden van verder onderzoek uitgesloten. Exploratieve factor analyse van de gegevens van de gecombineerde klinische en niet klinische groep ($n = 566$) leverde drie factoren op ('Retaliatory Hostility,' 'Vigilant Arousal' en 'Indirect Aggression') die niet in overeenstemming waren met de subschalen van de NAS (Novaco, 1994).

In 2003 publiceerde Novaco de handleiding voor de uiteindelijke versie van de NAS-PI inclusief de vier nieuwe Cognition items en de 12-item subschaal Anger Regulation. Een exploratieve factoranalyse van de 1994 versie werd uitgevoerd bij een groep van 1101 klinische patiënten met een ernstige psychiatrische stoornis die deelnamen in het MacArthur Violence Risk Project (Monahan et al., 2001). Bovendien werd de factorstructuur van de 2003 versie (zonder de subschaal Anger Regulation) onderzocht in een groep van 1546 niet-klinische personen. Beide analyses leverde geen factorstructuur op die overeenstemde met de oorspronkelijke onderverdeling in subschalen en de factorstructuur van de patiënten groep verschilde wezenlijk van die van de niet-klinische groep. Op basis van een aantal studies in groepen van klinische patiënten en van delinquenten concludeerde Novaco (2003) echter dat over het algemeen NAS scores correspondeerden met andere maten van woede, maar dat 'patterns for PI scores were less distinctive' (p. 37).

De Zweedse versie van de NAS, die door Lindqvist, Daderman en Hellström (2003) was gebruikt voor een groep van 100 universiteitsstudenten, werd later onderzocht in een groep van 95 mannelijke gewelddadige gedetineerden (gedeeltelijk met een ernstige psychiatrische stoornis) in de leeftijd van 18 tot en met 67 jaar (Lindqvist, Daderman, & Hellström, 2005). Deze auteurs vonden dat de Zweedse versie van de NAS een goede interne consistentie had en dat de alfa's voor de vier subschalen varieerden van .78 tot .91. Construct validiteit werd ondersteund door significante correlaties (van respectievelijk .86 and .79) tussen NAS totaalscores en scores op Zweedse versies van de Aggression Questionnaire (Buss & Perry, 1992) en de Trait Anger subschaal van de State-Trait Anger Expression-2 (Spielberger, 1999).

Verschillende onderzoekers hebben de psychometrische eigenschappen van de NAS-PI in niet-klinische en klinische populaties (waaronder delinquenten) geanalyseerd. Deze analyses hebben in het algemeen ondersteuning geboden voor de interne consistentie, test-hertest betrouwbaarheid en concurrente validiteit van de oorspronkelijke vragenlijst en van de herziene versies van 1994 en 2003 (Novaco, 2003, p. 29).

Solide empirische ondersteuning voor de drie subschalen ontbreekt echter voor zowel de 1994 als de 2003 versie van de NAS. In het hieronder beschreven onderzoek worden de psychometrische eigenschappen van de 1994 versie van de NAS-PI onderzocht bij gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten met een gedragsstoornis of een antisociale persoonlijkheidsstoornis (mannen) als hoofddiagnose en (V)MBO-leerlingen (vrouwen en mannen).

Methoden

Deelnemers Het onderzoek werd uitgevoerd bij 142 mannelijke terbeschikkinggestelden (gemiddelde leeftijd = 33.55 jaar; $SD = 7.65$; bereik = 21-56 jaar) en 194 mannelijke patiënten op een forensisch psychiatrische polikliniek (gemiddelde leeftijd = 22.50 jaar; $SD = 8.86$; bereik = 16-56 jaar). De 320 (V)MBO-leerlingen (vrouwen en mannen) hadden een gemiddelde leeftijd van 17.82 jaar ($SD = 1.54$; bereik = 16-27 jaar). Zie voor meer informatie over de deelnemers aan het onderzoek: hoofdstuk 4.1.

Meetinstrumenten De *Novaco Anger Scale – Provocation Inventory* (NAS-PI; Novaco, 1994) bestaat uit twee delen. De NAS omvat 48 items die gaan over hoe een individu woede ervaart. Items worden gescoord op een driepuntsschaal (1 = nooit waar, 2 = soms waar, 3 = altijd waar). De PI omvat 25 items die verwijzen naar woedeoproepende situaties en die gescoord moeten worden op een vierpuntsschaal (1 = helemaal niet boos, 2 = een beetje boos, 3 = nogal boos, 4 = erg boos). De items van de NAS zijn verdeeld over drie subschalen, te weten Cognitie (bijvoorbeeld: 'Ik heb het gevoel dat het leven erg hard voor mij is'), Arousal (bijvoorbeeld: 'Ik voel me geïrriteerd en niet in staat te ontspannen') en Gedrag (bijvoorbeeld: 'Als iemand tegen mij begint te schreeuwen, schreeuw ik terug'). Elk van de drie NAS subschalen omvat vier lagere-orde subschalen, de PI heeft vijf subschalen. Deze (lagere-orde) subschalen werden niet onderzocht. In de 2003 versie van de NAS (Novaco & Taylor, 2004) zijn vier items van de 1994 versie over attentie vervangen door nieuwe items over rechtvaardiging.

Voor het onderzoek werden de volgende meetinstrumenten gebruikt: Psychopathy Checklist-Revised met vier subschalen (PCL-R; Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002), NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996), subschaal Dispositie van

de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982), Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study (PFS-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007a), Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst (AVL-AV; Hornsveld, Muris, Kraaimaat, & Meesters, 2008) en Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1999). Zie voor meer informatie over de gebruikte meet-instrumenten: hoofdstuk 4.2.

Procedure De vragenlijsten werden bij de patiënten individueel afgenomen voorafgaande aan een cognitief-gedragstherapeutische groepsprogramma. Het invullen van de vragenlijsten werd vergoed met € 5. In de week dat de patiënten de vragenlijsten invulden, scoorde de afdelingsstaf de items van de observatieschaal. Een subgroep van 70 poliklinische patiënten vulden de NAS in na afloop van het intakegesprek, ongeveer vier weken voor het begin van de behandeling. De (V)MBO-leerlingen vulden de vragenlijsten klassikaal in. De PI werd afgenomen bij 97 klinische en 80 poliklinische patiënten.

Resultaten

De gemiddelde scores en standaard deviaties worden voor alle meet-instrumenten weergegeven in Tabel 9.1.

Structuur van de NAS-PI Bij de beschrijving van de resultaten maken we een onderscheid tussen het NAS-deel en het PI-deel. We duiden de 1994 versie van de NAS met 48 items (Novaco, 1994) aan met NAS 48, de 1994 versie van de NAS met 25 items (Jones et al., 2003) met NAS 25 en de 2003 versie van de NAS met 60 items (Novaco, 2003) met NAS 60. Het PI-deel bleef in de verschillende versie ongewijzigd.

Een confirmatieve factoranalyse (AMOS 16.0) werd afzonderlijk uitgevoerd bij de data van de gecombineerde patiëntengroep en bij de data van de groep leerlingen om de drie-subschalen structuur van de NAS 48 (Novaco, 1994) en de drie-factoren structuur van de NAS 25 (Jones et al., 2003) nader te onderzoeken. In de patiëntengroep gaven de Goodness of Fit Indexes aan dat de drie subschalen geen acceptabele fit opleverden: $\chi^2/df = 2.38$, $GFI = .73$, $CFI = .78$, and $RMSEA = .06$ (Schermelele-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003). Helaas voldeden de Goodness of Fit Indexes

voor de drie-factoren structuur van de NAS 25 (Jones et al., 2003) ook niet aan de gestelde eisen: $\chi^2/df = 2.22$, $GFI = .88$, $CFI = .90$, en $RMSEA = .06$. In de leerlingen groep werden overeenkomstige resultaten gevonden. Goodness of Fit Indexes voor het drie-subschalen model van de NAS 48 waren: $\chi^2/df = 1.93$, $GFI = .76$, $CFI = .73$, $RMSEA = .05$, en voor de drie-factoren structuur van de NAS 25: $\chi^2/df = 1.86$, $GFI = .88$, $CFI = .87$, $RMSEA = .05$ (Tabel 9.2).

Bovendien werd een confirmatieve factoranalyse uitgevoerd in beide groepen om de drie-factoren structuur van de NAS 60 (zonder de Anger Regulation subschaal) die Novaco (2003) vond in zijn 'Standardization Sample' (p. 41) te toetsen. De nieuwe items van de 2003 versie werden vervangen door de vier oude items van de 1994 versie. De meeste Goodness of Fit Indexes bleken in de gecombineerde patiëntengroep niet acceptabel: $\chi^2/df = 2.44$, $GFI = .74$, $CFI = .78$, $RMSEA = .06$. In de leerlingengroep werden vergelijkbare Goodness of Fit Indexes gevonden: $\chi^2/df = 1.89$, $GFI = .79$, $CFI = .76$, $RMSEA = .05$. De confirmatieve factoranalyse in de gecombineerde patiëntengroep en de leerlingengroep van de drie-factoren structuur van de NAS48, zoals vastgesteld in een onderzoeksgroep van het MacArthur Violence Risk Project (Novaco, 2003), leverde vergelijkbare resultaten op. In beide groepen leverde de data een geen acceptabele fit op (Tabel 9.3).

Interne consistentie, inter-item correlaties, item-totaal correlaties en test-hertest betrouwbaarheid Interne consistentie, gemiddelde inter-item correlaties en gemiddelde item-totaal correlaties werden berekend voor de NAS 48 en de drie subschalen, de NAS 25 en de drie factoren en de PI in de drie afzonderlijke groepen, te weten klinische patiënten, poliklinische patiënten en leerlingen.

Bij de NAS 48 varieerden Cronbach's α 's van .92 tot .95, gemiddelde inter-item correlaties van .18 tot .27 en gemiddelde item-totaal correlaties van .44 tot .51. Voor de subschalen varieerden de interne consistentie van .70 tot .90, de gemiddelde inter-item correlaties van .13 tot .35 en de gemiddelde item-totaal correlaties van .30 tot .56. De test-hertest betrouwbaarheid (vier weken interval) van de NAS 48 in de groep poliklinische patiënten was .80 voor de totaalscore en varieerde van .71 tot .79 (alle p 's < .01) voor de verschillende subschalen (Tabel 9.3).

Interne consistentie coëfficiënten voor de totaalscore van de NAS 25 waren tussen .86 en .92, gemiddelde inter-item correlaties tussen .20

TABEL 9.1

Gemiddelde scores, standaard deviaties en interne consistentie coëfficiënten voor metingen bij klinische patiënten ($n = 142$), poliklinische patiënten ($n = 194$) en (V)MBO-leerlingen ($n = 320$).

Meetinstrumenten	Inhoud van de schaal	Klinische patiënten				Poliklinische patiënten			(V)MBO-leerlingen		
		<i>M</i>	<i>SD</i>	α		<i>M</i>	<i>SD</i>	α	<i>M</i>	<i>SD</i>	α
PCL-R	Psychopathie	21.73	7.74	.80		18.92	5.82	.76	—	—	—
	Interpersoonlijk	3.44	2.39	.68		3.59	2.10	.61	—	—	—
	Affectief	5.83	1.99	.74		6.42	1.75	.70	—	—	—
	Lifestyle	6.06	2.45	.63		5.09	2.31	.47	—	—	—
	Antisociaal	5.52	2.39	.51		3.53	1.69	.51	—	—	—
NEO-FFI	Neuroticisme	33.52	8.35	.84		31.99	8.11	.80	32.10	6.90	.74
	Altruïsme	41.20	4.76	.61		39.16	5.26	.56	40.68	4.86	.56
ZAV	Boosheidsdispositie	19.25	8.41	.92		21.33	7.46	.94	18.52	5.60	.87
PFS-AV	Vijandigheid	30.56	9.97	.77		35.09	11.42	.78	27.20	5.90	.73
AVL-AV	Agressie	28.38	7.70	.75		33.54	10.11	.87	29.92	8.48	.81
	Woede	6.54	2.74	.61		8.16	3.04	.58	7.48	2.66	.50
IOA Sociale angst	Kritiek geven	15.08	5.55	.91		14.04	5.35	.87	17.20	4.65	.84
	Compliment maken	6.35	2.75	.85		6.91	3.64	.84	8.85	4.35	.88
IOA Sociale vaardigheden	Kritiek geven	22.43	5.05	.87		21.62	5.16	.85	20.03	4.37	.83
	Compliment maken	15.42	2.82	.80		14.69	3.55	.85	14.74	3.43	.81

Noot — PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst; PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL-AV = Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

TABEL 9.2

Goodness of Fit Indexes voor de NAS 48 met drie subschalen, de NAS 25 met drie factoren en de NAS 60 met drie factoren en vier oude items bij patiënten ($n = 336$) en leerlingen ($n = 320$).

	Aantal items	Patiënten				Leerlingen			
		Chi ² /df	GFI	CFI	RMSEA	Chi ² /df	GFI	CFI	RMSEA
NAS 48 met drie subschalen (Novaco, 1994)	48	2.38	.73	.78	.06	1.93	.76	.73	.05
NAS 25 met drie factoren (Jones et al., 2003)	25	2.22	.88	.90	.06	1.86	.88	.87	.05
NAS 48 met drie factoren en een oud item (Novaco, 2003)	48	2.61	.88	.88	.07	2.15	.90	.84	.06
NAS 60 met drie factoren en vier oude items, maar zonder de Anger Regulation subschaal (Novaco, 2003)	48	2.44	.74	.78	.06	1.89	.79	.76	.05

Noot — NAS = Novaco Anger Scale.

TABEL 9.3

Interne consistentie coëfficiënten (Cronbach's alfa's), gemiddelde inter-item correlaties en gemiddelde item-totaal correlaties van de NAS-PI (NAS 48 en NAS 25) bij klinische patiënten ($n = 142$), poliklinische patiënten ($n = 194$) en (V)MBO-leerlingen ($n = 320$), en test-hertest betrouwbaarheid van de NAS-PI (NAS 48 en NAS 25) bij poliklinische patiënten ($n = 70$).

		Interne consistentie				Gemiddelde inter-item correlaties			Gemiddelde item-totaal correlaties			Test-hertest betrouwbaarheid
		Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	Leerlingen		Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	Leerlingen	Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	Leerlingen	Poliklinische patiënten
NAS 48	Woede	.93	.95	.92		.21	.27	.18	.44	.51	.41	.80*
	Cognitie	.77	.81	.70		.17	.20	.13	.36	.41	.30	.71*
	Arousal	.82	.88	.81		.22	.33	.21	.43	.54	.42	.78*
	Gedrag	.86	.90	.85		.28	.35	.27	.49	.56	.32	.79*
NAS 25	Totaal	.89	.92	.86		.24	.31	.20	.46	.53	.41	.84*
	Retaliatory Hostility	.84	.86	.81		.34	.38	.30	.53	.57	.49	.75*
	Vigilant Arousal	.77	.83	.70		.25	.33	.19	.44	.52	.36	.83*
	Indirect Aggression	.77	.85	.77		.39	.53	.39	.54	.67	.54	.78*
PI	Provocatie	.90	.94	—		.28	.39	—	.50	.61	—	—

Noot — NAS-PI = Novaco Anger Scale – Provocation Inventory. * $p < .01$.

TABEL 9.4

Vergelijking van NAS 48 of NAS 25 en PI scores tussen klinische patiënten ($n = 142$), poliklinische patiënten ($n = 194$) en mannelijke (V)MBO-leerlingen ($n = 160$), gecontroleerd voor leeftijd.

	<i>M (SD)</i>			Vergelijkingen	
	Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	(V)MBO-leerlingen	Klinische patiënten vs. leerlingen	Poliklinische patiënten vs. leerlingen
NAS 48	82.64 (14.02)	92.28 (17.94)	89.65 (14.24)	$F(2, 299) = 9.80^*$	$F(2, 351) = 5.14^*$
Cognitie	29.83 (4.72)	31.82 (5.62)	31.30 (4.65)	$F(2, 299) = 3.69$	$F(2, 351) = 5.19^*$
Arousal	27.33 (5.11)	30.10 (6.69)	28.90 (5.37)	$F(2, 299) = 3.29$	$F(2, 351) = 6.86^*$
Gedrag	25.48 (5.57)	30.36 (6.98)	29.37 (5.91)	$F(2, 299) = 20.34^*$	$F(2, 351) = 2.36$
NAS 25	41.50 (8.05)	47.26 (10.08)	46.10 (7.96)	$F(2, 299) = 13.54^*$	$F(2, 351) = 4.71^*$
Retaliatory Hostility	17.18 (4.16)	20.46 (4.75)	20.18 (4.27)	$F(2, 299) = 22.59^*$	$F(2, 351) = 0.24$
Vigilant Arousal	17.30 (3.44)	18.42 (4.32)	18.04 (3.29)	$F(2, 299) = 2.01$	$F(2, 351) = 12.06^*$
Indirect Aggression	7.02 (2.02)	8.39 (2.68)	7.87 (2.34)	$F(2, 299) = 7.40^*$	$F(2, 351) = 4.45^*$
PI	50.72 (10.97)	56.79 (15.15)	—	—	—

Noot — NAS-PI = Novaco Anger Scale – Provocation Inventory. * $p < .01$ (eenzijdig).

TABEL 9.5

Correlaties tussen de NAS 48 of NAS 25 en PI, en andere metingen bij klinische patiënten ($n = 142$), poliklinische patiënten ($n = 194$) en (V)MBO-leerlingen ($n = 320$).

Meet-instrumenten	Inhoud van de schaal	NAS (48 items)				NAS (25 items)			PI	
		Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	Leerlingen		Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	Leerlingen	Klinische patiënten ($n = 97$)	Poliklinische patiënten ($n = 80$)
PCL-R	Psychopathie	-.05	.03	—		-.00	.05	—	-.17	-.16
	Interpersoonlijk	-.29**	-.00	—		-.25*	.02	—	-.15	-.15
	Affectief	-.12	-.11	—		-.07	-.11	—	-.03	-.25*
	Lifestyle	-.02	.16*	—		-.02	.17*	—	-.16	-.04
	Antisociaal	.21*	.02	—		.23*	.02	—	.02	-.19
NEO-FFI	Neuroticisme	.48**	.49**	.27**		.45**	.47**	.23**	.49**	.58**
	Altruïsme	-.33**	-.54**	-.54**		-.34**	-.54**	-.53**	-.27**	-.53**
ZAV	Boosheidsdispositie	.42**	.69**	.68**		.38**	.67**	.63**	.20*	.64**
PFS-AV	Vijandigheid	.35**	.48**	.46**		.36**	.49**	.48**	.24*	.46**
AVL-AV	Agressie	.69**	.66**	.71**		.65**	.65**	.71**	.55**	.66**
	Woede	.46**	.53**	.55**		.40**	.53**	.54**	.49**	.53**
IOA Sociale angst	Kritiek geven	.33**	.30**	.25**		.28**	.31**	.23**	.45**	.26*
	Compliment maken	.21*	.17*	.10		.18*	.16*	.10	.32**	.02
IOA Sociale vaardigheden	Kritiek geven	-.18*	.07	.22**		-.15	-.09	.23**	-.20	.17
	Compliment maken	-.04	-.14	-.11		-.05	-.11	-.13*	.02	-.07

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

* $p < .05$, ** $p < .01$.

en .31, en gemiddelde item-totaal correlaties tussen .36 en .67. Cronbach's α 's voor de factoren varieerden van .70 tot .86, gemiddelde inter-item correlaties van .25 tot .53 en gemiddelde item-totaal correlaties van .36 tot .67. De test-hertest correlaties (vier-weken interval) waren significant voor de NAS 25 totaal- en factorscores (alle p 's < .01).

De interne consistentie van de PI bedroeg .90 in de subgroep klinische patiënten en .94 in de subgroep poliklinische patiënten. De gemiddelde inter-item correlatie bedroegen respectievelijk .28 en .39, de gemiddelde item-totaal correlaties respectievelijk .50 en .61 (Tabel 9.3).

Correlaties tussen de verschillende NAS en PI scores waren alle positief en significant voor zowel de NAS 48 als de NAS 25. Wat betreft de NAS 48 varieerden ze tussen .56 en .81 bij de klinische patiënten, tussen .64 en .84 voor de poliklinische patiënten en tussen .71 en .78 voor de (V)MBO-leerlingen. Betreffende de NAS 25 varieerden deze correlaties tussen .39 en .64 bij de klinische patiënten, tussen .53 en .73 bij de klinische patiënten en tussen .41 en .55 bij de (V)MBO-leerlingen.

Vergelijking van NAS-PI scores tussen groepen De gemiddelde scores van de klinische en poliklinische patiënten werden vergeleken met die van de (V)MBO-leerlingen. Daarbij werd gecorrigeerd voor leeftijd, aangezien de leerlingen significant jonger waren dan de patiënten (Tabel 9.4). Tegen de verwachting scoorden de klinische patiënten significant lager op de NAS 48 en de NAS 25 vergeleken met de leerlingen. De poliklinische patiënten scoorden echter wel hoger op de NAS 48 en de NAS 25 dan de (V)MBO-leerlingen.

Bij het vergelijken van de totaalscores werd een Bonferroni correctie toegepast en werd bijgevolg voor de alfa .01 aangehouden. Vergeleken met de leerlingen scoorden de klinische patiënten significant lager op de subschaal Gedrag van de NAS 48 en op twee factoren van de NAS 25, te weten Retaliatory Hostility en Indirect Aggression. De poliklinische patiënten hadden significant hogere scores op de meeste subschalen van de NAS 48 en op de meeste factoren van de NAS 25 dan de leerlingen (Tabel 9.4).

Validiteit De convergente validiteit van de NAS-PI werd bepaald voor de klinische patiënten, poliklinische patiënten en (V)MBO-leerlingen door correlaties te berekenen tussen scores op de NAS 48, de NAS 25 en de PI scores met verschillende andere metingen. De totaalscore op de NAS 48 correleerde significant positief met het facet Lifestyle van de PCL-R in

de groep poliklinische patiënten en het facet Antisociaal in de groep klinische patiënten. Bij de groep klinische patiënten werd ook een negatieve correlatie gevonden tussen NAS 48 totaalscores en het facet Interpersoonlijk van de PCL-R (Tabel 9.5).

Voor de andere metingen was het patroon vergelijkbaar bij de patiënten en leerlingen. Zoals verwacht correleerde de NAS 48 totaalscore positief met NEO-FFI Neuroticisme, ZAV Boosheidsdispositie, AVL-AV Agressie en PFS-AV Vijandigheid en negatief met NEO-FFI Altruïsme. Correlaties tussen NAS 48 en IOA scores vertoonden een minder consistent patroon. Bij alle drie de groepen correleerde de NAS 48 totaalscore positief met Sociale angst in situaties waarin kritiek kan worden gegeven. Echter, alleen in de patiëntengroepen correleerde de NAS 48 totaalscore met Sociale angst in situaties waarin iemand een compliment gemaakt kan worden. In situaties die betrekking hebben op kritiek geven correleerde de NAS 48 totaalscore positief met Sociale vaardigheden bij de groep leerlingen, maar negatief bij de groep klinische patiënten (Tabel 9.5).

Correlaties van de 25-item versie van de NAS met de verschillende andere metingen leverde vergelijkbare resultaten op, zodat de validiteit van de NAS 25 overeen lijkt te komen met die van de NAS 48. De PI score correleerde significant negatief met het facet Affectief van de PCL-R bij de groep poliklinische patiënten en negatief met NEO-FFI Altruïsme bij beide patiëntengroepen. Positieve correlaties werden gevonden bij de twee patiëntengroepen tussen PI scores en NEO-FFI Neuroticisme, ZAV Boosheidsdispositie, PFS-AV Vijandigheid en AVL-AV Agressie. Bij de groep klinische patiënten werd een positieve correlatie gevonden tussen PI score en Sociale angst in situaties waarin kritiek kan worden gegeven of waarin een compliment kan worden gemaakt. De PI score correleerde bij de poliklinische groep ook positief met Sociale angst in situaties die gaan over kritiek geven.

Samenvatting

De Nederlandse versie van de Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (NAS-PI; Novaco, 1994) werd onderzocht in een groep mannelijke forensisch psychiatrische patiënten (klinische en poliklinische) en in een groep van (V)MBO-leerlingen (vrouwen en mannen). De meeste psychometrische eigenschappen van de NAS en van de PI bleken goed, maar de subschaal structuur van de NAS 48 kon in beide groepen niet geconfirmeerd worden.

Helaas leverde de drie-factoren structuur van de NAS 25 ook geen acceptabele fit op. De validiteit van zowel de 48-item als de 25-item versie van de NAS kon voldoende worden ondersteund, aangezien scores op de vragenlijst op een betekenisvolle wijze correleerden met andere maten voor woede, agressie en persoonlijkheid. Helaas bleken de klinische patiënten lager te scoren op beide versies van de NAS dan de (V)MBO-leerlingen. Zie voor een discussie over de resultaten: Hornsveld, Muris, & Kraaimaat (2011).

10

AGRESSIE VRAGENLIJST (AVL)

Inleiding

In de forensische psychiatrie wordt regelmatig gebruik gemaakt van de Agressie Vragenlijst (Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), de Nederlandse versie van Buss en Perry's (1992) Aggression Questionnaire. Voor de ontwikkeling van de Aggression Questionnaire gingen Buss en Perry uit van 52 items die ze afnamen bij een groep van in totaal 1253 collegestudenten in de leeftijd van 18 tot 20 jaar (641 vrouwen en 612 mannen), verdeeld in drie subgroepen. De data van de eerste subgroep ($n = 406$) werden onderworpen aan een exploratieve factoranalyse, waarna 23 items werden verwijderd op grond van lage factorladingen. De overgebleven 29 items konden worden ondergebracht in vier subschalen: Fysieke Agressie (9 items), Verbale Agressie (5 items), Woede (7 items) en Vijandigheid (8 items). Confirmatieve factoranalyse in de twee andere subgroepen leverde verdere ondersteuning voor deze vierfactoren structuur, zowel bij mannen als bij vrouwen. Aanvullend psychometrisch onderzoek toonde aan dat de interne consistentie van de vier subschalen adequaat was en dat de test-hertest betrouwbaarheid stabiel bleek in de loop van de tijd. Concurrente validiteit werd ondersteund door betekenisvolle relaties tussen de totaalscore op de AQ en scores op zelfrapportage vragenlijsten voor persoonlijkheidstrekken als impulsiviteit, assertiviteit en neiging tot competitie. Convergente validiteit bleek uit significante correlaties van AQ scores met beoordelingen van agressief gedrag door leeftijdgenoten. Op grond van deze bevindingen concludeerden Buss en Perry (1992) dan ook, dat de Aggression Questionnaire een adequate indicatie geeft van de overte (fysieke en verbale agressie), affectieve (woede) en cognitieve (vijandigheid) componenten van agressief gedrag. Ze merkten echter ook op dat hun bevindingen 'must be extrapolated to populations of people with less education and lower socioeconomic status', aangezien zij alleen collegestudenten onderzocht hadden.

Sinds Buss en Perry's oorspronkelijk onderzoek zijn de psychometrische van de AQ onderzocht in een groot aantal studies, waarbij in de meeste gevallen gebruik gemaakt werd van universiteitsstudenten. Harris (1995) bijvoorbeeld nam de AQ af bij een groep van 306 Canadese universiteitsstudenten en vond ondersteuning voor de veronderstelde vier-factoren structuur na verwijdering van twee items Vijandigheid wegens lage factorladingen. Deze auteur evalueerde de psychometrische eigenschappen van de AQ verder in een groep van 106 Canadese, vrouwelijke universiteitsstudenten (Harris, 1997). The AQ subschalen bleken te beschikken over voldoende tot goede interne consistentie en test-hertest betrouwbaarheid over een periode van zeven maanden. Convergente validiteit kon worden aangetoond door betekenisvolle correlaties met andere maten voor agressie en persoonlijkheid. Significant negatieve correlaties werden gevonden tussen AQ scores en sociale wenselijkheid, gemeten met sociale wenselijkheid schaal van de Personality Research Form (PRF; Jackson, 1989). Volgens Harris (1997) wijzen haar bevindingen erop dat sociale wenselijkheid een factor is waarmee onderzoekers rekening moeten houden als ze agressie meten via zelfrapportage.

Bryant en Smith (2001) onderzochten de factorstructuur van de AQ bij 307 Amerikaanse, 200 Britse en 306 Canadese universiteitsstudenten. Omdat het veronderstelde vier-factoren model slechts een matige fit opleverde, verwijderden de onderzoekers items met lage factorladingen, items die op meerdere factoren laadden en items die gespiegeld gescoord moeten worden. Deze procedure leverde een korte 12-item versie van de AQ op, waarvan de veronderstelde vier factoren een acceptabele fit opleverden. Aanvullende analyse in een groep van 341 Amerikaanse universiteitsstudenten ondersteunde de construct en discriminante validiteit van de AQ (hierna de AQ-SF genoemd).

De psychometrische eigenschappen van de AQ met 29 items werden onderzocht in Nederlandse (Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), Japanse (Nakano, 2001) en Italiaanse (Fossati, Maffei, Acquarini, & Di Ceglie, 2003) universiteitsstudenten en high school leerlingen. In die onderzoeken werd ondersteuning gevonden voor de vier-factoren structuur na verwijdering van enkele items met te lage ladingen. Interne consistentie van de subschalen bleek goed, met uitzondering van de subschaal Verbale Agressie. Test-hertest correlaties kwamen overeen met de correlaties die Buss & Perry (1992) rapporteerden.

Slechts enkele studies hebben de psychometrische eigenschappen van de AQ geëvalueerd in populaties die gekenmerkt worden door agressief

gedrag. Een uitzondering is een onderzoek van Williams, Boyd, Cascardi en Poythress (1996), die de factorstructuur, betrouwbaarheid en convergente validiteit van de AQ onderzochten bij 200 agressieve en niet-agressieve delinquenten in de leeftijd van 17 tot 69 jaar (76 vrouwen en 124 mannen). De AQ bleek in deze groep betrouwbaar, hoewel de interne consistentie van de subschaal Verbale Agressie onvoldoende was. Omdat een confirmatieve factoranalyse van het veronderstelde vier-factoren model in deze groep een onacceptabele fit opleverde, werd vervolgens een exploratieve factoranalyse uitgevoerd. Deze procedure wees in de richting van twee factoren, één met items van de subschalen Fysieke Agressie en Woede en één met die van de subschalen Verbale Agressie en Vijandigheid. De correlatie tussen de totaalscore van de AQ en van de Novaco Anger Scale (Novaco, 1994) was significant positief en ondersteunde daarmee de convergente validiteit van de AQ. Agressieve delinquenten bleken echter niet hoger te scoren op de AQ dan niet-agressieve delinquenten, een resultaat dat natuurlijk vragen oproept over de validiteit van de vragenlijst.

De validiteit van een Nederlandse versie van de AQ, de AVL, was door Morren en Meesters (2002) onderzocht bij 69 gewelddadige mannelijke delinquenten in de leeftijd van 12 tot 18 jaar, die participeerden in een klinisch rehabilitatieprogramma. Zij vonden dat AVL scores positief correleerden met woede als persoonlijkheidstrekk en niet met algemene psychopathologie (de subschaal Vijandigheid uitgezonderd). Correlaties tussen de AVL totaalscore en scores op oordelen over agressief gedrag bleken nogal matig (r 's tussen .07 en .42). Hoewel niet alle psychometrische eigenschappen in deze groep even solide bleken, concludeerden Morren en Meesters dat hun onderzoek enige ondersteuning aantoonde voor de validiteit van de AVL in Nederlandse adolescenten, die vanwege geweldsdelicten zijn veroordeeld tot een gevangenisstraf.

Diamond, Wang en Buffington-Vollum (2005) analyseerden de factorstructuur van de AQ en AQ-SF bij 786 mannelijke delinquenten met een psychiatrische stoornis in de leeftijd van 19 tot 68 jaar. Tweeënzeventig procent had een as I stoornis als hoofddiagnose, 56% een comorbide as I stoornis en 42% een as II persoonlijkheidsstoornis, maar of die delinquenten al dan niet een gewelddadig delict hadden gepleegd werd niet vermeld. De vier factoren van de 12-item AQ-SF leverde de beste 'fit' op, maar Diamond et al. vonden ook dat de fit verbeterde als een Woede item werd vervangen door een ander item van de oorspronkelijke subschaal. Deze auteurs concludeerden dan ook dat 'the shorter, refined version

actually has measurement characteristics superior to the full version'. In een tweede studie onderzochten Diamond en Magaletta (2006) de construct validiteit van de AQ-SF bij 916 mannelijke en 355 vrouwelijke delinquenten. Onduidelijk is of deze delinquenten ook onderzocht waren in de eerdere studie van Diamond et al. (2005). Bovendien ontbreken gegevens over leeftijd en gepleegde delicten. Confirmatieve factor analyse ondersteunde de vier-factoren structuur in beide seksen. Interne consistentie van de subschalen varieerde van .62 tot .77. De concurrente validiteit werd ondersteund door significante correlaties tussen de AQ-SF subschalen en relevante subschalen van de Personality Assessment Inventory (Morey, 1991), een zelfrapportage vragenlijst met 344 items, ontworpen om uiteenlopende psychiatrische symptomen en syndromen te meten. Helaas maakten de auteurs geen onderscheid tussen groepen gewelddadige en niet-gewelddadige delinquenten. Bijgevolg werden de bevindingen van Williams et al. (1996), namelijk dat gewelddadige delinquenten niet hoger scoorden op de AQ dan niet-agressieve delinquenten, niet nader onderzocht.

Samengevat vonden meerdere onderzoeken in diverse landen ondersteuning voor de AQ en AQ-SF als betrouwbaar en valide instrument voor het meten van de verschillende componenten van agressief gedrag bij zowel mannelijke als vrouwelijke universiteitsstudenten. Slecht enkele studies hebben beide versies onderzocht bij delinquenten of forensisch psychiatrische patiënten. In het hieronder beschreven onderzoek worden de psychometrische eigenschappen van Nederlandse versies van de AQ en AQ-SF, de Agressie Vragenlijst (AVL) en Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst (AVL) onderzocht bij gewelddadige forensische patiënten met een gedragsstoornis of een antisociale persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose en (V)MBO-leerlingen (allen mannen).

Methode

Het onderzoek werd uitgevoerd bij 138 terbeschikkinggestelden (gemiddelde leeftijd = 33,55 jaar; $SD = 7,65$; bereik = 21-56 jaar) en 206 patiënten op een forensisch psychiatrische polikliniek (gemiddelde leeftijd = 22,50 jaar; $SD = 8,86$; bereik = 16-56 jaar). De 160 (V)MBO-leerlingen hadden een gemiddelde leeftijd van 17,35 jaar ($SD = 1,08$; bereik = 16-21 jaar). Alle deelnemers aan het onderzoek waren mannen. Zie voor meer informatie over de deelnemers aan het onderzoek: hoofdstuk 4.1.

De *Agressie Vragenlijst* (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996) is een Nederlandse versie van Buss & Perry's Aggression Questionnaire (1992). De vragenlijst meet agressief gedrag en kent 29 items, verdeeld over vier subschalen: Fysieke Agressie (bijvoorbeeld: 'Ik heb wel eens iemand die ik ken bedreigd'), Verbale Agressie (bijvoorbeeld: 'Als mensen me ergeren, zeg ik soms wel wat ik van ze vind'), Woede (bijvoorbeeld: 'Het kost me moeite mijn kalmte te bewaren') en Vijandigheid (bijvoorbeeld: 'Ik wantrouw onbekenden die overdreven vriendelijk tegen me doen'). Respondenten scoren de items op een vijfpuntsschaal van: 1 = helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens.

Voor het onderzoek werden de volgende meetinstrumenten gebruikt: Psychopathy Checklist-Revised met twee subschalen (PCL-R; Vertommen, Verheul, De Ruiters, & Hildebrand, 2002), NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996), Dispositiesubschaal van de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982), Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study (PFS-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007a), Novaco Anger Scale – Provocation Inventory (NAS-PI; Novaco, 1994), Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1999) en Observation Scale for Aggressive Behavior (OSAB; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007b). Zie voor meer informatie over de voor het bepalen van de validiteit gebruikte meetinstrumenten: hoofdstuk 3.2.

De vragenlijsten werden bij de patiënten individueel afgenomen voorafgaande aan een cognitief-gedragstherapeutisch groepsprogramma. Het invullen van de vragenlijsten werd vergoed met € 5. In de week dat de patiënten de vragenlijsten invulden, scoorde de afdelingsstaf de items van de observatieschaal. Een subgroep van 90 poliklinische patiënten vulden de AVL in na afloop van het intakegesprek, ongeveer vier weken voor het begin van de behandeling. De (V)MBO-leerlingen vulden de vragenlijsten klassikaal in. Het invullen werd vergoed met € 10.

Resultaten

De gemiddelde scores en standaard deviaties worden voor alle meetinstrumenten weergegeven in Tabel 10.1. In beide groepen (patiënten en leerlingen) werd afzonderlijk een confirmatieve factoranalyse uitgevoerd van de vier-factoren structuur met 29 items, de twee-factoren structuur met 26 items van Williams et al. (1996) en de vier-factoren structuur met

TABEL 10.1

Gemiddelde scores en standaard deviaties voor de verschillende meetinstrumenten bij klinische patiënten ($n = 138$), poliklinische patiënten ($n = 206$) en (V)MBO-leerlingen ($n = 160$).

Meetinstrumenten	Inhoud van de schaal	Klinische patiënten			Poliklinische patiënten		(V)MBO-leerlingen	
		M	SD		M	SD	M	SD
PCL-R	Psychopathie	21.43	7.30		18.69	5.68	—	—
	Misbruik van anderen	8.98	3.60		9.92	3.29	—	—
	Antisociale leefstijl	10.47	3.68		8.43	3.28	—	—
NEO-FFI	Neuroticisme	33.23	7.80		32.14	8.37	30.57	7.13
	Altruïsme	40.77	4.85		39.32	5.33	39.58	4.79
ZAV	Boosheidsdispositie	19.47	8.53		21.31	7.63	18.07	5.47
PFS-AV	Vijandigheid	31.97	9.79		34.73	11.34	28.91	5.88
NAS	Woede	82.72	13.33		90.31	21.80	89.12	14.22
IOA Sociale angst	Kritiek geven	14.78	5.40		14.14	5.45	17.11	4.55
	Compliment geven	6.35	2.93		6.82	3.46	9.30	4.11
IOA Sociale vaardigheden	Kritiek geven	22.52	5.09		21.45	5.25	19.94	4.12
	Compliment geven	15.46	2.88		14.63	3.43	13.79	3.46
OSAB	Agressie op de afdeling	15.98	5.53		—	—	—	—

Noot — PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst; PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; NAS = Novaco Anger Scale; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen; OSAB = Observation Scale for Aggressive Behavior.

TABEL 10.2

Vergelijking van AVL en AVL-AV scores tussen klinische patiënten ($n = 138$), poliklinische patiënten ($n = 206$) en (V)MBO-leerlingen ($n = 160$), gecontroleerd voor leeftijd.

	M (SD)			Vergelijkingen	
	Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	(V)MBO-leerlingen	Klinische patiënten vs. (V)MBO-leerlingen	Poliklinische patiënten vs. (V)MBO-leerlingen
AVL Totaal	77.11 (15.44)	88.11 (20.26)	82.56 (16.31)	$F(2, 295) = 4.50$	$F(2, 363) = 12.24^*$
Fysieke agressie	25.48 (7.09)	29.83 (7.66)	27.16 (7.10)	$F(2, 295) = 2.96$	$F(2, 363) = 9.06^*$
Verbale agressie	14.33 (2.60)	15.34 (3.81)	14.60 (2.90)	$F(2, 295) = .87$	$F(2, 363) = 5.76^*$
Woede	17.58 (4.59)	20.01 (5.61)	17.93 (4.74)	$F(2, 295) = .65$	$F(2, 363) = 22.06^*$
Vijandigheid	19.85 (6.65)	22.80 (6.50)	22.89 (5.84)	$F(2, 295) = 8.79^*$	$F(2, 363) = 4.96^*$
AVL-AV	28.16 (7.47)	32.82 (10.32)	30.44 (8.41)	$F(2, 295) = 3.09$	$F(2, 363) = 13.29^*$
Fysieke agressie	8.58 (3.06)	9.31 (3.34)	7.60 (3.09)	$F(2, 295) = 4.09$	$F(2, 363) = 18.48^*$
Verbale agressie	5.96 (2.13)	7.33 (2.90)	6.96 (2.56)	$F(2, 295) = 6.78^*$	$F(2, 363) = 3.24$
Woede	6.44 (2.68)	8.01 (3.06)	7.35 (2.59)	$F(2, 295) = 5.74^*$	$F(2, 363) = 13.71^*$
Vijandigheid	7.18 (3.01)	8.17 (3.09)	8.52 (3.05)	$F(2, 295) = 7.71^*$	$F(2, 363) = 8.79^*$

Noot — AVL = Agressie Vragenlijst; AVL-AV = Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst.

* $p < .01$.

12 items van Bryant en Smith (2001). Volgens Schermelleh-Engel, Moosbrugger en Müller (2003) zijn de volgende resultaten indicaties voor een goede fit: $\chi^2/df \leq 2$, $GFI \geq .95$, $CFI \geq .97$ en $RMSEA \leq .05$. Een model heeft naar hun mening een acceptabele fit als: $\chi^2/df = 2-3$, $GFI = .90-.95$, $CFI = .95-.97$ en $RMSEA = .05-.08$.

In de gecombineerde patiëntengroep leverde de vier-factoren structuur van de AVL met 29 items een onacceptabele fit op. De Goodness of Fit Indicatoren voor de twee-factoren structuur met 26 items (Williams et al., 1996) bleken eveneens onacceptabel. De vier-factoren structuur met 12 items van Bryant en Smith (2001) leverde echter een acceptabele fit op: $\chi^2/df = 3.40$, $GFI = .93$, $CFI = .91$ en $RMSEA = .08$.

Bij de (V)MBO-leerlingen werden overeenkomstige resultaten gevonden. De Goodness of Fit Indicatoren wezen er op dat het vier-factoren model van de AVL met 29 items geen goede fit opleverde voor de data. De twee-factoren structuur met 26 items (Williams et al., 1996) leverde eveneens geen goede fit op, maar de vier-factoren structuur met 12 items (Bryant & Smith, 2001) resulteerde wel in een acceptabele fit: $\chi^2/df = 1.49$, $GFI = .93$, $CFI = .94$ en $RMSEA = .06$.

Betrouwbaarheid Interne consistentie, gemiddelde inter-item correlaties en gemiddelde item-totaal correlaties werden berekend voor de AVL met 29 items, de AVL met 12 items (AVL-AV) en elk van de subschalen bij de drie onderzochte groepen: klinische patiënten, poliklinische patiënten en (V)MBO-leerlingen. Voor de AVL met 29 items varieerde de Cronbach's α van .83 tot .91, de gemiddelde inter-item correlatie van .15 tot .27 en de gemiddelde item-totaal correlatie van .35 tot .50. Voor de subschalen waren de interne consistentie coëfficiënten tussen .34 en .81, de gemiddelde inter-item correlaties tussen .09 en .34 en de gemiddelde item-totaal correlaties tussen .17 en .52. De test-hertest betrouwbaarheid van de AVL (vier weken interval) bedroeg in de groep poliklinische patiënten .72 voor de totaalscore en varieerde van .54 tot .76 (alle p 's < .01) voor de verschillende subschalen.

Bij de AVL met 12-items (AVL-AV) waren de interne consistentie coëfficiënten tussen .72 en .88, de gemiddelde inter-item correlaties tussen .19 en .27 en de gemiddelde item-totaal correlaties tussen .35 en .50. Cronbach's α 's voor de subschalen varieerde van .38 tot .74, de gemiddelde inter-item correlaties van .18 tot .49 en de gemiddelde item-totaal correlaties van .23 tot .57. Test-hertest correlaties (vier weken interval) waren significant voor de AVL-AV totaal en voor de subschaal scores, met uitzondering van de subschaal Fysieke Agressie.

Correlaties tussen AVL totaal en subschaal scores waren alle positief en significant, en varieerde van .20 tot .57 voor de klinische patiënten, van .54 tot .82 voor de poliklinische patiënten en van .34 tot .70 voor de (V)MBO-leerlingen. Tussen de subschalen van de AVL-AV varieerden subschaal correlaties van .16 (niet significant) tot .56 voor de klinische patiënten, van .45 tot .78 voor de poliklinische patiënten en van .22 tot .64 voor de (V)MBO-leerlingen.

Vergelijking van de AVL en AVL-AV scores tussen de groepen De gemiddelde scores van de klinische en poliklinische patiënten werden vergeleken met die van de (V)MBO-leerlingen en met elkaar. We corrigeerden voor leeftijd aangezien de leerlingen significant jonger waren dan de patiënten. De poliklinische patiënten scoorden significant hoger dan de leerlingen en dit gold voor alle subschalen.

De klinische patiënten scoorden echter niet significant hoger dan de leerlingen. Integendeel, ze scoorden significant lager op de subschaal Vijandigheid. De poliklinische patiënten scoorden significant hoger dan de studenten op de AVL-AV subschalen, met uitzondering van de subschaal Verbale Agressie. Vergeleken met de leerlingen scoorden de klinische patiënten, gecontroleerd voor leeftijd, significant lager op de subschalen Verbale Agressie, Woede en Vijandigheid (Tabel 10.2).

Validiteit De validiteit van de AVL werd voor de klinische patiënten, poliklinische patiënten en leerlingen bepaald door de correlaties te berekenen tussen de totaalscores op de AVL en verschillende andere meetinstrumenten. Zoals te zien is in Tabel 10.3 was er grote overeenkomst in het patroon van de resultaten bij de drie groepen. AVL scores correleerden positief met neuroticisme (NEO-FFI), boosheidsdispositie (ZAV), vijandigheid (PFS-AV) en woede (NAS), en negatief met altruïsme (NEO-FFI). Correlaties tussen de AVL en IOA vertoonden een minder consistent patroon: Alleen bij de klinische patiënten en de leerlingen correleerde de AVL positief met sociale angst (IOA) in situaties waarin kritiek gegeven kan worden en negatief in situaties waarin een compliment gegeven kan worden. Bij de klinische patiënten correleerden de AVL totaalscore negatief met misbruik van anderen (factor 1 van de PCL-R). De AVL totaalscore correleerde ook positief met de subschaal Agressief Gedrag van de observatieschaal (OSAB). Onderzoek naar de validiteit van de AVL-AV leverde overeenkomstige resultaten op (Tabel 10.3).

TABEL 10.3

Correlaties tussen AVL en AVL-AV totaalscores en scores op andere meet-instrumenten voor klinische patiënten ($n = 138$), poliklinische patiënten ($n = 206$) en (V)MBO-leerlingen ($n = 160$).

Meet-instrumenten	Inhoud van de schaal	AVL			AVL-AV		
		Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	Leerlingen	Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	Leerlingen
PCL-R	Psychopathie	-.09	-.07	—	-.05	.05	—
	Misbruik van anderen	-.39**	.01	—	-.29**	-.01	—
	Antisociale leefstijl	.13	.13	—	.10	.11	—
NEO-FFI	Neuroticisme	.48**	.44**	.20**	.46**	.45**	.30**
	Altruïsme	-.42**	-.51**	-.51**	-.33**	-.51**	-.51**
ZAV	Boosheidsdispositie	.45**	.68**	.62**	.43**	.63**	.59**
PFS-AV	Vijandigheid	.30**	.47**	.44**	.22*	.42**	.41**
NAS	Woede	.74**	.60**	.76**	.66**	.55**	.71**
IOA Sociale angst	Kritiek geven	.27**	.14	.18**	.25**	.17*	.26**
	Compliment maken	.10	.06	.10	.13	.10	.15**
IOA Sociale vaardigheden	Kritiek geven	-.08	.13	.23**	-.06	.06	.17**
	Compliment maken	-.18*	-.12	-.12*	-.14	-.19*	-.18**
OSAB	Agressie op de afdeling	.21*	—	—	.28**	—	—

Noot — PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst; PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; NAS = Novaco Anger Scale; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen; OSAB = Observation Scale for Aggressive Behavior. * $p < .05$; ** $p < .01$.

Samenvatting

In een groep van zowel gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten als (V)MBO-leerlingen bleken de psychometrische eigenschappen van de Agressie Vragenlijst (Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), de Nederlandse versie van Buss en Perry's (1992) Aggression Questionnaire, minder bevredigend dan in populaties college of universiteitsstudenten (vrouwen en mannen). Zo kon de vier-factoren structuur niet in de twee onderzochte groepen worden bevestigd en bleken interne consistentie, inter-item correlaties en item-totaal correlaties van de subschaal Verbale Agressie onvoldoende in de subgroep klinische patiënten en de groep (V)MBO-leerlingen. De twee-factoren structuur van Williams et al. (1996) bleek geen alternatief, maar de psychometrische eigenschappen van een 12-item versie van de AVL bleken beter dan die van de oorspronkelijke versie met 29 items. De validiteit van de AVL en AVL-AV werden ondersteund door betekenisvolle correlaties met andere metingen van agressie, woede en vijandigheid. Helaas, scoorden de klinische patiënten lager op de AVL en AVL-AV dan de (V)MBO-leerlingen, gecontroleerd voor leeftijd.

De conclusie is dan ook dat de AVL-AV is te verkiezen boven de AVL in populaties die gekenmerkt worden door gewelddadig gedrag. De AVL-AV is niet alleen korter dan de AVL, maar bij deze versie werd ook empirische ondersteuning gevonden voor de vier-factoren structuur. De bevinding dat de AVL-AV superieur is aan de AVL is in overeenstemming met de onderzoeksresultaten van Diamond et al. (2005) en van Diamond en Magaletta (2006) bij delinquenten al dan niet met een psychiatrische stoornis. Verder onderzoek naar factorstructuur, betrouwbaarheid en validiteit bij andere dan de door ons onderzochte populaties is geboden. Zie voor een discussie over de resultaten: Hornsveld, Muris, Kraaimaat, & Meesters (2009).

11

OBSERVATIE SCHAAL VOOR AGRESSIEF GEDRAG (OSAG)

Inleiding

In Nederlandse instellingen voor forensische psychiatrie zijn de laatste jaren steeds meer cognitief-gedragstherapeutische programma's ontwikkeld en geïmplementeerd, waaronder *Held zonder geweld*, deel 1, voor gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten (Hornsveld, 2004). Om die behandelingen te kunnen evalueren ontstond er behoefte aan specifiek op probleemgedragingen afgestemde meetinstrumenten die in een Nederlands forensisch psychiatrische populatie op psychometrische eigenschappen waren onderzocht. Zo publiceerden zowel Timmerman, Vastenburg en Emmelkamp (2001) als Brand en Van Emmerik (2001) een observatieschaal voor deze populatie, respectievelijk de Forensic Inpatient Observation Scale (FIOS) en de FP40. De Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), een zelfrapportage vragenlijst, werd in 2002 door Morren en Meesters gevalideerd bij de enigszins vergelijkbare populatie van adolescente delinquenten.

Voor het meten van agressief en sociaal gedrag in een forensisch psychiatrische populatie wordt het gebruik van zowel zelfrapportage vragenlijsten als observatieschalen aangeraden (Bech, 1994; Polaschek, & Reynolds, 2001). Forensisch psychiatrische patiënten hebben vaak onvoldoende inzicht in hun gedrag en zijn geneigd op vragen sociaal wenselijke antwoorden te geven. Observatieschalen hebben deze twee beperkingen niet, maar vereisen wel deskundigheid en onafhankelijkheid bij de beoordelaars op de afdeling (Bech & Mak, 1995). Aangezien de FIOS en de FP40 nog niet beschikbaar waren op het moment dat in 2000 met de ontwikkeling van *Held zonder geweld* werd begonnen, werd besloten tot de constructie van een observatieschaal voor agressief gedrag bij klinische patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Deze

schaal zou voldoende sensitief moeten zijn om verandering te kunnen meten in de 'criminogene' probleemgedragingen (Andrews & Bonta, 2003) zoals de beperkte beheersing van negatieve emoties (irritatie, boosheid of woede) en het tekort aan sociale vaardigheden.

Bij literatuuronderzoek naar observatieschalen voor agressief gedrag bleken de meeste schalen ontwikkeld te zijn voor (chronisch) psychotische patiënten. Er zijn bij deze schalen twee typen te onderscheiden. Het eerste type kent vier categorieën voor agressie (OAS: Yudofsky, Silver, Jackson, Endicott, & Williams, 1986; MOAS: Kay, Wolkenfeld, & Murrill, 1988), namelijk verbale agressie, fysieke agressie tegen voorwerpen, fysieke agressie tegen zichzelf en fysieke agressie tegen anderen. Het tweede type beschouwt agressief gedrag als onderdeel van een gedragsketen en omvat vijf aspecten van agressief gedrag (CGH Aggression Scale: Arboleda-Florez, Crisanti, Rose, & Holley, 1994; SOAS-R: Nijman, 1999), te weten provocatie, door patiënt gebruikte middelen, doelwit van de agressie, consequentie(s) voor slachtoffer(s) en maatregelen om agressie te stoppen. Sommige schalen meten naast agressief gedrag ook sociale competentie (NOSIE: Hafkenscheid, 1991) of stemming (MIBS: Evenson & Dong, 1987; SDAS: Wistedt, Rasmussen, Pedersen, Malm, Träskman-Bendz, Wakelin, & Bech, 1990).

Om de doelstellingen van *Held zonder geweld* te kunnen evalueren moest de observatieschaal de volgende gedragingen kunnen registreren: [1] afname van agressief gedrag gericht op medepatiënten (bijvoorbeeld: dreigen), stafleden (bijvoorbeeld: schelden) of zichzelf (bijvoorbeeld: snijden); [2] situaties die aanleiding geven tot agressief gedrag (bijvoorbeeld: een beperkende maatregel); [3] getoonde emoties of stemmingen die mogelijk een mediërende rol spelen bij agressief gedrag (bijvoorbeeld: somberheid, angst of woede); [4] consequenties van agressief gedrag voor de patiënt (bijvoorbeeld: naar de kamer gestuurd worden) en [5] toename van prosociaal gedrag gericht op medepatiënten of stafleden (bijvoorbeeld: constructief kritiek geven of op een adequate manier contact leggen). Daarnaast was een voorwaarde dat de schaal zonder uitgebreide instructies in korte tijd door groepsleiders op de afdeling ingevuld zou kunnen worden.

Methode

Constructie van de schaal Bij de selectie van de items voor de OSAG werd gebruik gemaakt van [a] de eerder genoemde observatieschalen voor het registreren van agressieve incidenten, [b] de uitkomst van een gestructureerd interview bij zes groepsleiders en zes patiënten van een gesloten forensisch psychiatrische instelling over agressief gedrag op de afdeling en [c] de lijst met te oefenen sociale vaardigheden in het kader van *Held zonder geweld*, deel 1 (Tabel 11.1).

De pilootversie van de OSAG bestond in eerste instantie uit 82 items die ondergebracht werden in acht categorieën: Aanleiding (5 items), Emotie (11 items), Agressief gedrag jegens de instelling (14 items), Agressief gedrag jegens medepatiënten (11 items), Agressief gedrag jegens zichzelf (7 items), Sanctie door de staf (6 items), Sociaal gedrag jegens de staf (14 items) en Sociaal gedrag jegens medepatiënten (14 items). Items konden gescoord worden op een vierpuntsschaal: 1 = niet, zelden = 2, soms = 3 en vaak = 4. Twee items moesten gespiegeld worden gescoord. Het te observeren gedrag had betrekking op de afgelopen week.

TABEL 11.1

Door patiënten te kiezen sociale vaardigheden.

Nr.	Vaardigheid
1	Contact leggen (en in stand houden)
2	Een situatie beëindigen
3	Om hulp vragen (verzoek doen)
4	Weigeren
5	Reageren op een weigering
6	Kritiek geven
7	Reageren op kritiek
8	Mening geven
9	Voor jezelf opkomen
10	Waardering uiten tegen een ander
11	Waardering uitspreken over jezelf
12	Reageren op waardering

Voor het berekenen van de interbeoordelaar betrouwbaarheid werd de pilootversie van de OSAG door twee groepsleiders tegelijk en onafhankelijk van elkaar ingevuld voor 56 mannelijke patiënten op gesloten afdelingen van een forensisch psychiatrische instelling (leeftijd: $M = 35.5$, $SD = 7.8$; bereik = 23-55 jaar). Het betrof patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II als hoofddiagnose ofwel patiënten met zowel een psychotische stoornis op as I als een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994), bij wie het psychotische toestandbeeld zodanig was gestabiliseerd dat de persoonlijkheidsstoornis op de voorgrond stond. Bij elf van de 56 patiënten had zich volgens tenminste een observator in de onderzochte periode geen enkel conflict voorgedaan. Van deze elf patiënten werden de aan agressief gedrag gerelateerde items buiten beschouwing gelaten. Agressief gedrag jegens zichzelf kwam slechts bij 6 patiënten voor, zodat voor deze items geen berekening kon worden uitgevoerd. Zie voor meer informatie over de patiënten: hoofdstuk 4.1.

Na verwijdering van de items die betrekking hadden op agressief gedrag jegens zichzelf en de items met een niet-significante interbeoordelaar betrouwbaarheid (Kendall's τ ; $p > .05$) omvatte de OSAG 42 items, verdeeld over de categorieën: Emotie (10 items), Agressief gedrag jegens de instelling (8 items), Agressief gedrag jegens medepatiënten (2 items), Aanleiding (6 items), Sanctie (4 items), Sociaal gedrag jegens de staf (7 items) en Sociaal gedrag jegens medepatiënten (5 items).

Factorstructuur Voor het bepalen van de factorstructuur van de resterende 42 items werden vervolgens de data bij 169 patiënten verzameld (leeftijd: $M = 36.8$, $SD = 10.0$; bereik = 21-76 jaar). Het betrof in dit geval patiënten van een zestal forensisch psychiatrische instellingen met een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II als hoofddiagnose of patiënten met zowel een psychotische stoornis op as I als een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II (DSM-IV: American Psychiatric Association, 1994), bij wie het psychotische toestandbeeld zodanig was gestabiliseerd dat de persoonlijkheidsstoornis op de voorgrond stond. Factoranalyse, hoofdassen methode met oblimin rotatie en met vijf factoren, leverde een goed te interpreteren oplossing op die grotendeels overeen kwam met de gehanteerde a-priori categorieën: [a] verbaal agressief gedrag gericht op personen, inclusief aanleidingen en sancties, [b] sociaal gedrag, [c] fysiek agressief gedrag gericht op voorwerpen, [d] angst/

somberheid en [e] boosheid/vijandigheid. Hoewel de items van de categorie boosheid/vijandigheid ook hoog laadden op de categorie verbaal agressief gedrag, werd vanwege de opzet van het behandelprogramma dit onderscheid gehandhaafd. Twee items (Emotie/stemming: 'onverschillig' en Sanctie: 'patiënt wordt naar de separeer gebracht') laadden minder dan .50 op een factor en werden daarom alsnog uit de schaal verwijderd. Vervolgens werd de factoranalyse (hoofdassen methode met oblimin rotatie en met vijf factoren; totaal verklaarde variantie: 61,1%) herhaald (Tabel 8.2) en werden aan de hand van de factoren de volgende subschalen samengesteld: Irritatie/boosheid (5 items), Angst/somberheid (4 items), Agressief gedrag (10 items), Aanleiding (6 items), Sanctie (3 items) en Sociaal gedrag (12 items).

Betrouwbaarheid Om de interbeoordelaar betrouwbaarheid van de OSAG met 40 items te kunnen berekenen werd de schaal door twee groepsleiders gelijktijdig maar onafhankelijk van elkaar ingevuld voor 74 patiënten (leeftijd: $M = 36.9$, $SD = 8.0$; bereik = 23-57 jaar). Zoals weergegeven in tabel 11.3, bleek de interbeoordelaar betrouwbaarheid voldoende tot goed, variërende van .49 ($p < .01$) voor de subschaal Aanleiding tot .81 ($p < .01$) voor de subschaal Agressief gedrag. Bij het vergelijken met behulp van een t -toets van deze resultaten op de subschalen tussen de groepsleiders werden geen significante verschillen gevonden. De interne consistentie van de subschalen (Cronbach's α) werd berekend op basis van de metingen bij de 74 patiënten (die werden beoordeeld door twee groepsleiders) en was meer dan voldoende voor alle subschalen, variërende van .63 voor de subschaal Sanctie tot .93 tot de subschaal Sociaal gedrag.

Om de test-hertest betrouwbaarheid te berekenen werd de OSAG gelijktijdig en onafhankelijk door twee groepsleiders twee tot drie weken na de beoordeling voor de interbeoordelaarbetrouwbaarheid opnieuw ingevuld. Vanwege personele mutaties en overplaatsingen van patiënten konden 108 vergelijkingen worden gemaakt. De test-hertest betrouwbaarheid bleek voldoende tot goed, variërende van .48 ($p < .01$) voor de subschaal Sanctie tot .79 ($p < .01$) voor de subschaal Sociaal gedrag. Bij het vergelijken met behulp van een t -toets van de opeenvolgende resultaten op de subschalen werden geen significante verschillen gevonden. Samengevat vertoonde de OSAG goede interne consistentie en goede interbeoordelaar betrouwbaarheid. De test-hertest betrouwbaarheid was voldoende tot goed, maar bij enkele subschalen niet optimaal. Mogelijk

TABEL 11.2

Gemiddelden, standaarddeviaties en factorladingen van de OSAG items ($n = 169$).

Item	M	SD	Factorladingen				
			1	2	3	4	5
14	1.56	.84	.80	-.12	.37	.26	.44
21	2.31	1.12	.80	-.12	.19	.24	.32
13	1.74	.97	.80	-.17	.32	.25	.53
28	1.46	.79	.78	-.05	.53	.19	.38
27	1.74	.90	.77	.14	.20	.15	.51
20	2.22	1.06	.77	-.15	.20	.08	.19
12	1.73	.94	.74	-.14	.27	.29	.55
9	1.83	1.01	.73	-.17	.40	.36	.58
24	2.27	1.09	.70	-.01	.13	.38	.26
23	1.76	.98	.68	-.09	.01	.22	.21
11	2.63	1.05	.66	-.21	.21	.27	.58
10	1.87	1.00	.66	-.18	.22	.35	.47
18	1.62	.89	.65	.12	.31	.02	.41
25	2.03	1.02	.65	-.08	.09	.27	.24
26	2.63	1.07	.64	-.18	.20	.16	.57
19	1.34	.72	.58	.11	.13	-.03	.42
22	2.41	1.17	.50	-.18	.04	.37	.40
40	2.71	.85	-.12	.87	.06	-.22	-.07
38	2.55	.96	.01	.81	-.02	-.15	-.10
35	2.75	.77	.10	.81	.18	-.22	-.11
36	2.66	.93	-.01	.79	-.10	-.22	.10
33	2.51	.89	-.03	.76	.03	-.09	-.20
32	2.64	.84	-.18	.75	-.09	-.22	.03
30	2.92	.78	-.37	.67	-.02	-.20	-.43

Item	M	SD	Factorladingen				
			1	2	3	4	5
29	3.32	.77	-.25	.59	-.22	-.22	-.48
39	2.54	.98	.16	.57	.36	-.41	.36
34	2.55	.95	.12	.52	.33	-.46	.33
31	2.92	.82	-.21	.51	-.08	-.04	-.16
15	1.09	.38	.22	.02	.85	.06	.10
17	1.06	.30	.12	-.05	.85	.14	.03
16	1.12	.42	.19	.03	.83	.14	.11
6	2.28	.97	.32	-.10	.18	.81	.21
7	2.79	.89	.32	.01	.17	.71	.37
1	1.93	.93	.24	-.28	.19	.69	-.08
4	2.78	.91	.45	-.32	.24	.58	.55
2	2.68	.99	.61	-.16	.25	.41	.78
3	3.04	.82	.57	-.13	.21	.32	.74
8	2.08	1.07	.59	-.25	.30	.36	.72
5	1.74	.93	.35	-.10	.07	.03	.67

Noot — Vetgedrukt = factorladingen groter of gelijk aan 0,50.

Factor 1: Verbaal agressief gedrag gericht op personen; factor 2: Sociaal gedrag;
factor 3: Fysiek agressief gedrag gericht op voorwerpen; factor 4: Angst/somberheid;
factor 5: Boosheid/vijandigheid.

is dit resultaat te wijten aan fluctuaties in agressief gedrag gedurende de periode tussen de twee opeenvolgende beoordelingen (twee tot drie weken), zoals dit verwacht kan worden bij klinische forensisch psychiatrische patiënten.

Validiteit De samenhang tussen de verschillende subschalen werd berekend bij 90 patiënten een gesloten forensisch psychiatrische instelling. De verwachting was dat de subschalen Irritatie/boosheid, Angst/somberheid, Agressief gedrag, Aanleiding en Sanctie positief met elkaar zouden samenhangen en dat de subschalen Irritatie/boosheid en Agressief gedrag negatief zouden correleren met de subschaal Sociaal gedrag.

Voor het bepalen van de concurrente validiteit werd in eerste instantie gekeken naar mogelijke verbanden tussen subschalen van de OSAG met die van de eerder genoemde forensisch psychiatrische observatieschaal, de FIOS (Timmerman, Vastenburg, & Emmelkamp, 2001). Daarnaast werd de relatie onderzocht tussen de OSAG en de PCL-R (Hare, 1991; Nederlandse versie van Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002) en tussen de OSAG en zelfrapportage vragenlijsten voor persoonlijkheidskenmerken, voor agressief gedrag en voor sociaal gedrag. Het onderzoek vond plaats bij 220 patiënten (leeftijd: $M = 36.4$, $SD = 9.7$; bereik = 21-76 jaar) van een zestal forensisch psychiatrische instellingen. Van deze 220 patiënten waren lang niet alle maten beschikbaar: sommige klinische patiënten weigerden de vragenlijsten in te vullen. De verwachting was dat agressief gedrag (OSAG) en oppositioneel gedrag (FIOS), en ook sociaal gedrag (OSAG) en sociaal gedrag (FIOS), positief met elkaar zouden samenhangen. Daarnaast werd een negatieve samenhang tussen agressief of oppositioneel gedrag enerzijds en sociaal gedrag anderzijds verondersteld. We veronderstelden een significant positieve relatie tussen de subschaal Agressief gedrag enerzijds en de PCL-R en de subschaal Oppositieel gedrag van de FIOS anderzijds. Wat betreft de zelfrapportage vragenlijsten werd een significante relatie verwacht tussen de subschaal Agressief gedrag en de NEO-FFI subschalen Neuroticisme (positief) en Altruïsme (negatief). Positieve correlaties werden ook verondersteld tussen de subschaal Agressief gedrag van de OSAG en zelfrapportage vragenlijsten over agressief gedrag als de ZAV, AVL en NAS, alsmede tussen de subschaal Sociaal gedrag van de OSAG en de IOA.

Voor het onderzoek werden de volgende meetinstrumenten gebruikt: [a] Forensic Inpatient Observation Scale (FIOS; Timmerman, Vastenburg, &

Emmelkamp, 2001), [b] Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002), [c] NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996), [d] subschaal Boosheidsdispositie van de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982), [e] Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving, 1996), [f] deel NAS van de Novaco Anger Scale – Provocation Inventory (NAS-PI; Novaco, 1994) en [g] Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 2000). Zie voor meer informatie over de gebruikte meetinstrumenten: hoofdstuk 4.2.

Resultaten

De correlaties tussen de subschalen Irritatie/boosheid, Angst/somberheid, Agressief gedrag, Aanleiding en Sanctie van de OSAG onderling waren naar verwachting relatief hoog en significant ($p < .01$). Tegen de verwachting in werden er echter geen negatieve verbanden tussen aspecten van agressief gedrag en sociaal gedrag gevonden (Tabel 11.4). Voor het onderzoek naar concurrente validiteit werden de subschalen van de OSAG gecorreleerd met die van de FIOS. De subschalen Irritatie/boosheid en Agressief gedrag van de OSAG bleken relatief sterk ($p < .01$) te correleren met de subschaal Oppositieel gedrag van de FIOS. Daarnaast werd een significante en relatief hoge correlatie gevonden tussen de OSAG-subschaal Angst/somberheid en de FIOS-subschaal Distress. De subschaal Sociaal gedrag van de OSAG liet verder een relatief hoge positieve samenhang zien met de subschaal Sociaal gedrag van de FIOS. Zowel bij de OSAG als bij de FIOS werd geen significant negatieve relatie gevonden tussen respectievelijk de subschalen Agressief en Oppositieel gedrag enerzijds en Sociaal gedrag anderzijds. Wel bleek er een matige, negatieve maar significante relatie tussen de subschaal Agressief gedrag van de OSAG en de subschaal Sociaal gedrag van de FIOS (Tabel 11.5). Zoals in tabel 11.6 is te zien, bleek de OSAG-subschaal Irritatie/boosheid relatief laag maar positief gecorreleerd te zijn met de totaalscore op de PCL-R, met PCL-R Factor 1, met de NEO-FFI subschaal Neuroticisme, met de ZAV-subschaal Boosheid en met de AVL-subschaal Woede. Voor de OSAG-subschaal Angst/somberheid werden significante maar relatief lage correlaties gevonden met de NEO-FFI subschaal Neuroticisme en de ZAV-subschaal Boosheid. De OSAG-subschaal Agressief gedrag bleek

TABEL 11.3

Interne consistentie, interbeoordelaar betrouwbaarheid en test-hertest betrouwbaarheid van de OSAG-subschalen.

Subschaal		Aantal items	Interne consistentie		Interbeoordelaar betrouwbaarheid		Test-hertest betrouwbaarheid	
			<i>N</i>	α	<i>N</i>	<i>R</i>	<i>n</i>	<i>r</i>
Emotie	Irritatie/boosheid	5	148	.82	74	.79**	108	.59**
	Angst/somberheid	4	148	.79	74	.53**	108	.57**
Agressief gedrag	Totaal	10	148	.79	74	.81**	108	.57**
	Jegens de instelling	8	148	.72	74	.80**	108	.50**
	Jegens medepatiënten	2	148	.86	74	.65**	108	.51**
Aanleiding		6	148	.79	74	.49**	108	.58**
Sanctie		3	148	.63	74	.70**	108	.48**
Sociaal gedrag	Totaal	12	148	.93	74	.71**	108	.79**
	Jegens de staf	7	148	.86	74	.66**	108	.74**
	Jegens medepatiënten	5	148	.89	74	.70**	108	.76**

Noot— ** $p < .01$ (tweezijdig).

TABEL 11.4

Correlaties tussen de subschalen van de OSAG ($n = 90$).

Subschaal		Emotie		Agressief gedrag			Aanleiding	Sanctie	Sociaal gedrag	
		Irritatie/ boosheid	Angst/ somberheid	Totaal	Jegens de instelling	Jegens medepatiënten			Totaal	Jegens de staf
Emotie	Irritatie/boosheid	—								
	Angst/somberheid	.59**	—							
Agressief gedrag	Totaal	.70**	.51**	—						
	Jegens instelling	.70**	.52**	.98**	—					
	Jegens medepatiënten	.48**	.31**	.78**	.62**	—				
Aanleiding		.67**	.56**	.72**	.70**	.56**	—			
Sanctie		.68**	.49**	.69**	.66**	.57**	.62**	—		
Sociaal gedrag	Totaal	-.10	.08	-.06	-.09	.04	-.09	-.04	—	
	Jegens staf	-.18	.07	-.14	-.15	-.04	-.20	-.09	.95**	—
	Jegens medepatiënten	.01	.10	-.04	-.00	.13	-.03	.02	.94**	.77**

Noot— ** $p < .01$ (tweezijdig).

TABEL 11.5

Correlaties tussen subschalen van de OSAG met die van de FIOS.

Schaal	Subschaal		OSAG			
			Emotie		Agressief gedrag	Sociaal gedrag
			Irritatie/ boosheid	Angst/ somberheid		
OSAG	Emotie	Irritatie/ boosheid	—			
		Angst/ somberheid	.56** (168)	—		
	Agressief gedrag		.81** (168)	.46** (168)	—	
	Sociaal gedrag		-.20** (168)	-.24** (168)	-.11 (102)	—
FIOS	Distress		.53** (102)	.73** (102)	.56** (121)	-.29** (121)
	Oppositieel gedrag		.77** (102)	.36** (102)	.75** (121)	-.06 (121)
	Sociaal gedrag		-.31** (102)	-.40** (102)	-.27** (121)	.62** (121)

Noot — Tussen haakjes het aantal metingen. * $p < .05$; ** $p < .01$ (tweezijdig).

samen te hangen met PCL-R Totaal, PCL-R Factor 1, PCL-R Factor 2, de ZAV-subschaal Boosheid, de AVL-Totaal, de AVL-subschaal Verbale agressie en de AVL-subschaal Woede. Tenslotte werd een positieve, maar wederom vrij lage correlatie gevonden tussen de OSAG-subschaal Sociaal gedrag en de IOA-Frequentieschaal (sociale vaardigheden).

In het algemeen bleken de (observatie) subschalen van de OSAG dus positief maar zwak samen te hangen met vergelijkbare maten van de zelfbeoordeling vragenlijsten. Deze relatief lage samenhang komt overeen met de klinische indruk dat met name bij de populatie forensisch psychiatrische patiënten het vermogen tot observatie van eigen gedrag en tot zelfreflectie gering is.

TABEL 11.6

Correlaties tussen de OSAG, de PCL-R en zelfbeoordeling vragenlijsten.

Meet-instrument	Factor of subschaal	Emotie		Agressief gedrag	Sociaal gedrag
		Irritatie/ boosheid	Angst/ somberheid		
PCL-R	Totaal	.21* (131)	-.06 (131)	.25** (154)	.12 (154)
	Factor 1	.23* (115)	-.06 (115)	.17* (137)	.11 (137)
	Factor 2	.17 (115)	.01 (115)	.18* (137)	.15 (137)
NEO-FFI	Neuroticisme	.21* (98)	.21* (98)	.14 (118)	-.15 (118)
	Extraversie	-.10 (98)	-.16 (98)	-.01 (118)	.26** (118)
	Openheid	-.00 (97)	.08 (97)	-.03 (117)	.29** (117)
	Altruïsme	-.09 (98)	.02 (98)	-.17 (118)	.12 (118)
	Conscientieusheid	-.04 (98)	-.12 (98)	-.03 (118)	.18* (118)
ZAV	Dispositie	.25* (93)	.21* (93)	.27** (108)	-.10 (108)
AVL	Totaal	.17 (101)	-.00 (101)	.20* (120)	-.13 (120)
	Fysieke agressie	.04 (101)	-.12 (101)	.14 (120)	.05 (120)
	Verbale agressie	.19 (101)	.05 (101)	.22** (120)	-.19* (120)
	Woede	.29** (101)	.12 (101)	.26** (120)	-.11 (120)
	Vijandigheid	.09 (101)	.03 (101)	.08 (120)	-.23* (120)
NAS-PI	Deel Nas	.15 (98)	.09 (98)	.18 (113)	-.19 (113)
IOA	Sociale angst	-.03 (90)	.07 (90)	-.05 (108)	-.12 (108)
	Sociale vaardigheden	-.08 (99)	-.10 (99)	-.00 (118)	.22* (118)

Noot — Tussen haakjes het aantal proefpersonen. PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; NEO-FFI = Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst; AVL = Agressie Vragenlijst; NAS-PI = Novaco Anger Scale-Provocation Inventory; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen. * $p < .05$; ** $p < .01$ (tweezijdig).

Samenvatting

De op grond van de literatuur en van de interviews verzamelde pool van 82 items werd, via een onderzoek naar interbeoordelaar betrouwbaarheid op item niveau en via factoranalyse, gereduceerd tot 40 items. Aan de hand van de resultaten met de factoranalyse konden deze 40 items als volgt gerubriceerd worden: Irritatie/boosheid, Angst/somberheid, Agressief gedrag, Aanleiding, Sanctie en Sociaal gedrag. De interne consistentie van de subschalen bleek goed te zijn, de interbeoordelaar betrouwbaarheid was goed en de test-hertest betrouwbaarheid voldoende tot goed. De correlaties voor de test-hertest betrouwbaarheid wijken overigens nauwelijks af van de correlaties zoals die door Nijman, Van Nieuwenhuizen en De Kruyk (2004) konden worden berekend voor de REHAB observatieschaal (Baker & Hall, 1988; Nederlandse versie: Van der Gaag & Wilken, 1994) aan de hand van twee opeenvolgende metingen bij een populatie van forensisch psychiatrische patiënten.

Zoals te verwachten bleek de onderlinge samenhang tussen de subschalen Irritatie/boosheid, Angst/somberheid, Agressief gedrag, Aanleiding en Sanctie groot en significant, maar de veronderstelde negatieve correlatie tussen deze subschalen en de subschaal Sociaal gedrag kon niet worden aangetoond.

De voor de concurrente validiteit berekende samenhang tussen de subschalen van de OSAG en die van de FIOS leverden relatief hoge correlaties op zowel tussen de subschalen Agressief en Oppositioneel gedrag, als tussen beide subschalen Sociaal gedrag en tussen de subschalen Angst/somberheid en 'Distress'.

Ook bij de FIOS werd geen negatieve significante correlatie gevonden tussen Oppositioneel gedrag en Sociaal gedrag (zie ook Timmerman, Vastenburg, & Emmelkamp, 2001), maar er bleek wel een significant negatieve correlatie tussen de OSAG-subschaal Agressief gedrag en de FIOS-subschaal Sociaal gedrag. Een mogelijke verklaring voor deze resultaten kan zijn het bij de OSAG-subschaal Agressief gedrag om specifieke en bij de OSAG-subschaal Sociaal gedrag om meer algemene gedragingen gaat. Bij de FIOS daarentegen lijkt de subschaal Oppositioneel gedrag meer algemene gedragingen en de subschaal Sociaal gedrag juist specifieke situaties te meten.

De validiteit van de OSAG-subschaal Irritatie/boosheid kon verder worden ondersteund door significante verbanden met PCL-R Totaal, PCL-R Factor 1, Neuroticisme (NEO-FFI), Boosheidsdispositie (ZAV) en

Woede (AVL). De subschaal Irritatie/boosheid lijkt derhalve te verwijzen naar kenmerken als egoïsme, gewetenloosheid, emotionele labiliteit en de tendentie om snel gevoelens van boosheid of woede te ervaren. De validiteit van de OSAG-subschaal Agressief gedrag manifesteerde zich eveneens door significante correlaties met PCL-R Totaal, PCL-R Factor 1, PCL-R Factor 2, Boosheidsdispositie (ZAV), Verbale agressie (AVL) en Woede (AVL). Deze subschaal refereert waarschijnlijk aan antisociaal en verbaal agressief gedrag naast de neiging om bij (vermeende) provocaties gevoelens van boosheid en woede te ervaren. Tenslotte correleerde de subschaal Sociaal gedrag van de OSAG positief met Extraversie (NEO-FFI), Openheid (NEO-FFI), Consciëntieusheid (NEO-FFI) en Sociale vaardigheden (IOA-Frequentie). De subschaal Sociaal gedrag lijkt daarmee te verwijzen naar sociabiliteit, nieuwsgierigheid en doelgerichtheid. De significant negatieve correlaties met Verbale agressie (AVL) en Vijandigheid (AVL) lijken de vaak veronderstelde relatie tussen agressief en sociaal gedrag te ondersteunen, maar deze omgekeerde relatie bleek in deze studie erg zwak.

De Observatie Schaal voor Agressief gedrag (OSAG) is ontwikkeld voor het meten van gedragsverandering door een cognitief-gedrags-therapeutisch programma gericht op woedebeheersing, sociale vaardigheden en moreel besef (Hornsveld, Van Dam-Baggen, Leenaars, & Jonkers, 2004). De schaal lijkt op betrouwbare en valide wijze gedragingen te meten die in conflictsituaties een belangrijke rol spelen, namelijk agressief gedrag, de aanleidingen tot dit gedrag, de mediërende emoties of stemmingen en de consequenties die het agressieve gedrag voor de patiënt in een forensisch psychiatrische instelling heeft. Daarnaast meet de OSAG de sociale vaardigheden waarover de patiënt in het algemeen beschikt.

De correlaties tussen OSAG-subschalen en overeenkomstige maten van zelfbeoordeling vragenlijsten bleken opvallend laag. De gevonden relatief lage samenhang laat zich in de eerste plaats verklaren door het beperkte vermogen van forensisch psychiatrische patiënten om het eigen gedrag te observeren. Daarnaast is het niet onwaarschijnlijk dat sociale wenselijkheid een rol speelt bij het invullen van de zelfbeoordeling vragenlijsten. Door een zo positief mogelijk beeld van het eigen gedrag te schetsen hoopt men wellicht het gedwongen verblijf in de forensisch psychiatrische instelling in positieve zin te kunnen beïnvloeden.

Hoewel er enige aanwijzingen werden gevonden voor een zwakke, negatieve relatie tussen agressief en sociaal gedrag, lijkt het er op dat een

behandeling van gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten, die zich richt op het aanleren van nieuwe sociale vaardigheden, niet automatisch leidt tot een afname in agressief gedrag. Er zijn zelfs aanwijzingen dat het aanleren van sociale vaardigheden gecontraïndiceerd is voor personen die relatief hoog scoren op psychopathie omdat ze gebruikt kunnen worden voor het (nog beter) manipuleren van anderen (Quinsey, Harris, Rice, & Cormier, 1998). Agressief gedrag komt voor in combinatie met voldoende sociale vaardigheden en niet-agressief gedrag kan gepaard gaan met beperkte sociale vaardigheden. De behandeling van forensisch psychiatrische patiënten vereist om die reden een aparte aanpak voor het agressieve gedrag en het prosociale gedrag. Die aparte aanpak dient gebaseerd te zijn op basis van assessment voorafgaande aan de behandeling, waarbij onder andere onderzocht moet worden in hoeverre er een tekort is aan adequate sociale vaardigheden en/of uitbreiding van adequate sociale vaardigheden kan bijdragen tot een afname van het agressieve gedrag. Er zijn namelijk aanwijzingen dat forensisch psychiatrische patiënten te vaak en inadequaat ‘grenzenstellende’ gedrag (bijvoorbeeld kritiek geven) vertonen en te weinig ‘toenaderend’ gedrag (bijvoorbeeld iemand een compliment geven) (Hornsveld, 2005). Bij het assessment zal men overigens niet alleen moeten afgaan op wat de patiënt zelf rapporteert, maar ook wat door anderen wordt geobserveerd en wat in dossiers is vastgelegd.

Samengevat lijkt de OSAG een veelbelovend instrument voor het observeren van agressief en sociaal gedrag bij klinische forensisch psychiatrische patiënten met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. De hier gepresenteerde eerste evaluatie van de psychometrische eigenschappen wijzen er op dat deze voldoende tot goed zijn. In tegenstelling tot de FIOS en FP40 is de OSAG speciaal ontworpen voor de evaluatie van cognitief-gedragstherapeutische programma's voor de reductie van agressief gedrag. Zie voor een discussie over de resultaten: Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat (2007b).

12

BERMOND – VORST ALEXITHYMIA VRAGENLIJST (BVAQ)

Inleiding

Forensisch psychiatrische patiënten met een gedragsstoornis of anti-sociale persoonlijkheidsstoornis worden gekenmerkt door impulsiviteit, egoïsme, woede en weinig sociale angst (Hornsveld, Nijman, & Kraaimaat, 2008). Dit betekent dat deze patiënten in het dagelijks leven gauw geïrriteerd en agressief zijn, geen gevoelens van spijt kennen, meer geïnteresseerd zijn in korte dan in lange termijn doelen en een beperkt inzicht hebben in hun eigen gedrag.

Volgens Taylor (2004) refereert het begrip alexithymia aan tekorten in de cognitieve verwerking en regulatie van emoties. Het lijkt een persoonlijkheidstrekk te zijn die waarschijnlijk normaal verdeeld is over de hele bevolking, waarbij een hoog niveau van alexithymia als een risicofactor wordt gezien voor uiteenlopende somatische en psychiatrische stoornissen. Ondersteuning voor de validiteit van het begrip in normale populaties werd onder andere gevonden door Luminet, Bagby, Wagner, Taylor en Parker (1999). Met gebruikmaking van de Toronto Alexithymia Scale (TAS-20; Bagby, Parker, & Taylor, 1994; Bagby, Taylor, & Parker, 1994) vonden zij in een groep van 101 universiteitsstudenten, dat alexithymia positief correleerde met het Big Five domein Neuroticisme en negatief met de domeinen Extraversie en Openheid. Een onderzoek van Picardi, Toni en Caroppo (2005) bevestigde deze bevindingen in een groep van 215 Italiaanse universiteitsstudenten. Onderzoek van Zimmerman, Rossier, De Stakehofen en Gaillard (2005) in een groep van 136 Zwitserse studenten resulteerde echter in een significante correlatie tussen de TAS-20 en het persoonlijkheidsdomein Neuroticisme.

De BVAQ is ontworpen om de vijf dimensies van alexithymia te meten: moeite met [1] verbaliseren, [2] fantaseren, [3] identificeren, [4] emotionaliseren en [5] analyseren (Vorst & Bermond, 2001). De vragenlijst bestaat

uit twee parallelle delen (A en B), elk met 20 items. Elke dimensie wordt met vier items gemeten in deel A en deel B en dus met acht items bij de hele vragenlijst (AB). Hoge scores zijn indicatief voor een grote kans op alexithymia. Publicaties over deel B zijn verschenen onder de naam van Amsterdam Alexithymia Questionnaire (Bermond, Vorst, Vingerhoets, & Gerritsen, 1999; Sauvage & Loas, 2006).

Zech, Luminet, Rimé en Wagner (1999) vergeleken de psychometrische eigenschappen van de Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) met die van een Engelse versie van de Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst (BVAQ). In een onderzoek bij 290 Britse universiteitsstudenten (vrouwen en mannen) vonden ze een significant positieve correlatie tussen de totaalscore van de TAS-20 en deel B van de BVAQ ($r = .62, p < .0001$), wat een aanwijzing is dat beide instrumenten hetzelfde begrip meten. Een vergelijkbaar resultaat verkregen Vorst en Bermond (2001) bij een groep van 430 Nederlandse universiteitsstudenten (vrouwen en mannen). Deel A, deel B en de hele BVAQ correleerden respectievelijk .62, .60 en .64 met de totaalscore op een Nederlandse versie van de TAS-20. Bij een onderzoek van Zech et al. (1999) leverde een confirmatieve factor analyse van de vijf-subschalen structuur een betere fit op voor de deel B van een Engelse versie van de BVAQ vergeleken met de hele BVAQ of deel A. Vorst en Bermond (2001) vonden dat een exploratieve factor analyse van de 40-item versie een vergelijkbare vijf-subschalen structuur opleverde bij zowel een Nederlandse als een Engelse steekproef.

De psychometrische eigenschappen van de Toronto Alexithymia Scale (TAS) en de Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst (BVAQ) werden ook vergeleken door Berthoz, Ouhayoun, Perez-Diaz, Consoli en Jouvent (2000). Zij voerden een confirmatieve factoranalyse uit van beide vragenlijsten uit bij 437 Franse universiteitsstudenten (vrouwen en mannen) en concludeerden dat deel B van de BVAQ de beste fit opleverde. Wat betreft de TAS, raadden de auteurs het gebruik van een 26-item versie aan met items over het gebrek aan fantasie. Naar hun mening 'the revised 20-item version (without these items) fails to measure alexithymia as it was originally conceptualized'.

Personen met een hoge mate van alexithymia worden gekenmerkt door een beperkt vermogen te reflecteren op en te differentiëren tussen emoties (Taylor, 2004). Ze hebben problemen met het hanteren van die emoties en ze zijn slecht in het verbaal uiten van hun gevoelens. Hoewel het meeste onderzoek over alexithymia psychosomatische stoornissen

betreft, zijn er verschillende onderzoekers die menen dat dergelijke kenmerken ook van toepassing zijn op delinquenten (Zimmerman, 2006). Bij een groep van 40 adolescenten delinquenten en 20 controle personen (allen mannen) vonden Langevin en Hare (2001) dat alexithymia positief met psychopathie correleerde en dat delinquenten een hogere score op de TAS-20 hadden dan de controle personen. Deze resultaten werden bevestigd in een onderzoek van Zimmerman (2006) dat aantoonde dat 36 adolescenten delinquenten significant hoger op alexithymia gemeten met de TAS-20 scoorden dan 46 controle personen. De leeftijd van de 82 adolescenten varieerde van 14 tot 18 jaar en de delinquenten hadden delicten gepleegd zoals diefstal, mishandeling, roof en verkrachting. Een onderzoek van Moriarty, Stough, Tidmarsh, Eger en Dennison (2001) resulteerde echter niet in verschillende scores op de TAS-20 tussen 15 adolescenten seksuele delinquenten en een groep van 49 niet-delinquenten (allen mannen).

Alles bij elkaar lijkt de BVAQ een geschikt instrument voor het meten van alexithymia bij universiteitsstudenten, maar is het instrument nauwelijks onderzocht in laagopgeleide populaties als (V)MBO-leerlingen. Onze research en klinische ervaring heeft echter uitgewezen dat forensisch psychiatrische patiënten minder sociale angst en meer boosheid ervaren dan normalen. Ze vinden het moeilijk te discrimineren tussen dergelijke emoties en zijn niet in staat er adequaat over te communiceren. In het hieronder beschreven onderzoek worden de psychometrische eigenschappen van de BVAQ onderzocht bij gewelddadige forensische patiënten met een gedragsstoornis of een antisociale persoonlijkheidsstoornis als hoofddiagnose (mannen) en (V)MBO-leerlingen (vrouwen en mannen).

Methode

Deelnemers Het onderzoek werd uitgevoerd bij 110 mannelijke terbeschikkinggestelden (gemiddelde leeftijd = 33.45 jaar; $SD = 7.30$; bereik = 22-51 jaar) en 139 mannelijke patiënten op een forensisch psychiatrische polikliniek (gemiddelde leeftijd = 23.76 jaar; $SD = 9.44$; bereik = 16-56 jaar). De 320 (V)MBO-leerlingen (vrouwen en mannen) hadden een gemiddelde leeftijd van 17.82 jaar ($SD = 1.54$; bereik = 16-27 jaar). Zie voor meer informatie over de deelnemers aan het onderzoek: hoofdstuk 4.1.

Meetinstrumenten De *Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire* (BVAQ; Vorst-Bermond, 2001) omvat 40 items over omgang met gevoelens. Er zijn vijf subschalen, te weten: Verbaliseren (bijvoorbeeld: 'Ik vind het moeilijk mijn gevoelens onder woorden te brengen'), Fantaseren (bijvoorbeeld: 'Voor ik inslaap verzijn ik vaak allerlei gebeurtenissen, ontmoetingen en gesprekken'), Identificeren (bijvoorbeeld: 'Als ik van streek ben, dan weet ik of ik angstig of verdrietig of kwaad ben'), Emotionaliseren (bijvoorbeeld: 'Als er iets volstrekt onverwachts gebeurt, blijf ik rustig en onbewogen') en Analyseren (bijvoorbeeld: 'Ik verdiep me nauwelijks in mijn emoties'). De vragenlijst is onderverdeeld in twee subvragenlijsten met 20 items (deel A en deel B). Elke subschaal omvat vier items in de delen A en B, en acht items in de 40-item versie. Eén helft van de items van elke subschaal is positief geformuleerd (bijvoorbeeld: 'Ik vertel anderen graag over mijn emoties'), de andere helft negatief (bijvoorbeeld: 'Ik vind het moeilijk mijn gevoelens onder woorden te brengen'). Respondenten scoren de items met behulp van een vijfpuntsschaal van: 1 = helemaal mee eens tot 5 = helemaal mee oneens. Hoge scores zijn indicatief voor veel problemen met emoties.

Voor het onderzoek werden de volgende meetinstrumenten gebruikt: Psychopathy Checklist-Revised met vier subschalen (PCL-R; Vertommen, Verheul, De Ruiter, & Hildebrand, 2002), NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Hoekstra, Ormel, & De Fruyt, 1996), subschaal Dispositie van de Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg, Defares, & Spielberger, 1982), Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study (PFS-AV; Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat, 2007a), Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst (AVL-AV; Hornsveld, Muris, Kraaimaat, & Meesters, 2008), Novaco Anger Scale (NAS; Novaco, 1994) en Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat, 1999). Zie voor meer informatie over de gebruikte meetinstrumenten: hoofdstuk 4.2.

Procedure De vragenlijsten werden bij de patiënten individueel afgenomen voorafgaande aan een cognitief-gedragstherapeutisch groepsprogramma. Het invullen van de vragenlijsten werd vergoed met € 5. In de week dat de patiënten de vragenlijsten invulden, scoorde de afdelingsstaf de items van de observatieschaal.

Een subgroep van 45 poliklinische patiënten vulden de BVAQ twee keer in met interval van twee weken. De (V)MBO-leerlingen vulden de vragenlijsten klassikaal in. Het invullen werd vergoed met € 10.

TABEL 12.1

Gemiddelde scores en standaard deviaties van verschillende metingen bij klinische patiënten ($n = 110$), poliklinische patiënten ($n = 139$) en (V)MBO-leerlingen ($n = 320$).

Meet-instrumenten	Inhoud van de schaal	Klinische patiënten		Poliklinische patiënten		Leerlingen	
		M	SD	M	SD	M	SD
PCL-R	Psychopathie	21.50	7.23	18.87	5.57	—	—
	Interpersoonlijk	3.40	2.34	3.62	1.87	—	—
	Affectief	5.76	1.86	6.38	1.74	—	—
	Lifestyle	6.07	4.97	4.97	2.25	—	—
	Antisociaal	5.52	2.37	3.61	1.81	—	—
NEO-FFI	Neuroticisme	33.41	8.09	32.64	8.55	32.10	6.90
	Extraversie	40.85	5.17	40.59	5.54	43.71	5.35
	Openheid	36.51	5.78	34.33	5.45	34.95	5.07
	Altruïsme	40.50	4.45	39.06	5.53	40.68	4.86
	Consciëntieusheid	44.66	5.52	43.43	6.75	44.22	5.64
ZAV	Boosheidsdispositie	19.92	9.05	21.47	7.77	18.52	5.60
PFS-AV	Vijandigheid	31.16	9.32	35.10	11.16	27.20	5.90
AVL-AV	Agressief gedrag	28.66	7.24	34.76	10.23	29.94	8.52
	Woede	6.57	2.67	8.48	3.14	7.48	2.66
NAS	Woede	83.75	12.77	93.24	18.53	89.25	14.47
IOA Sociale angst	Kritiek geven	14.76	5.62	13.79	5.07	17.20	4.65
	Compliment maken	6.23	2.54	6.62	3.04	8.85	4.35
IOA Sociale vaardigheden	Kritiek geven	22.73	5.17	21.57	5.23	20.03	4.37
	Compliment maken	15.59	2.57	14.66	3.41	14.74	3.43

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

Resultaten

De gemiddelde scores en standaard deviaties worden voor alle meetinstrumenten weergegeven in Tabel 12.1.

Factorstructuur Een confirmatieve factoranalyse (AMOS 16.0) werd bij beide groepen uitgevoerd om Bermond, Vorst, Vingerhoets en Gerritsen's (1999) originele vijf-subschalen structuur te toetsen. Bij de gecombineerde patiëntengroep leverde de vijf-subschalen structuur van de oorspronkelijke vragenlijst met 40 items een onacceptabele fit op voor de data: $\chi^2/df = 2.38$, GFI = .65, CFI = .65 en RMSEA = .08 (Schermelleh-Engel, Moosbrugger, & Müller, 2003). Hoewel de vijf-subschalen structuur van de laatste 20 items (deel B) een betere fit opleverde dan de hele vragenlijst, produceerde deze korte versie van de BVAQ toch een onacceptabele fit: $\chi^2/df = 2.84$, GFI = .79, CFI = .74 en RMSEA = .09. Bij de groep (V)MBO-leerlingen werden overeenkomstige resultaten gevonden. Goodness of Fit Indexes gaven aan dat het vijf-subschalen model voor de hele vragenlijst geen acceptabele fit opleverde: $\chi^2/df = 2.76$, GFI = .70, CFI = .62 en RMSEA = .08. De vijf-subschalen structuur van deel B leverde ook geen acceptabele fit op: $\chi^2/df = 3.79$, GFI = .81, CFI = .67 en RMSEA = .09.

Interne consistentie, inter-item correlaties, item-totaal correlaties en test-hertest betrouwbaarheid Interne consistentie coëfficiënten, gemiddelde inter-item correlaties en gemiddelde item-totaal correlaties werden berekende voor de oorspronkelijke BVAQ met 40 items, voor deel B met 20 items en voor de verschillende subschalen bij drie groepen (klinische patiënten, poliklinische patiënten en (V)MBO-leerlingen). Wat betreft de hele BVAQ varieerde Cronbach's α van .78 tot .87, de gemiddelde inter-item correlaties van .09 tot .14 en de gemiddelde item-totaal correlaties van .26 tot .35. Voor de subschalen waren interne consistentie coëfficiënten tussen .51 en .86, gemiddelde inter-item correlaties tussen .11 en .45 en gemiddelde item-totaal correlaties tussen .24 en .62. Test-hertest betrouwbaarheid (vier weken interval) van de hele BVAQ bedroeg .70 voor de totaalscore en varieerde voor de verschillende subschalen tussen .39 en .67 (alle p 's < .01).

Interne consistentie coëfficiënten voor de totaalscore van deel B van de BVAQ waren tussen .65 en .77, gemiddelde inter-item correlaties tussen .09 en .15 en gemiddelde item-totaal correlaties tussen .24 en .35. Cronbach's

α 's voor de subschalen varieerden van .32 tot .80, gemiddelde inter-item correlaties van .10 tot .50 en gemiddelde item-totaal correlaties van .17 tot .61. Test-hertest correlaties (vier-weken interval) waren significant positief voor deel B van de BVAQ en de subschalen met uitzondering van de subschaal Identificeren (Tabel 12.2).

Correlaties tussen de scores op de hele BVAQ en op de subschalen varieerden van -.24 tot .72 bij de klinische patiënten, van -.21 tot .56 bij de poliklinische patiënten van .01 tot .70 voor de (V)MBO-leerlingen. Correlaties tussen de totaalscore en de subschaalscores van de deel B varieerden van -.24 tot .75 bij de klinische patiënten, van -.11 tot .43 bij de poliklinische patiënten en van .09 tot .62 bij de leerlingen (Tabellen 12.3 en 12.4).

Validiteit De concurrente validiteit van de BVAQ met 40 items en van deel B werd bepaald bij de klinische patiënten, poliklinische patiënten en (V)MBO-leerlingen door correlaties te berekenen tussen totaalscores en scores op verschillende andere meetinstrumenten. Bij de klinische patiënten werd een negatieve correlatie gevonden tussen de hele BVAQ aan de ene kant en Openheid, Altruïsme en Sociale vaardigheden aan de andere kant (Tabel 12.5). Bij de groep poliklinische patiënten correleerde de hele BVAQ positief met het facet Antisociaal van de PCL-R, met boosheidsdispositie (ZAV), vijandigheid (PFS-AV), woede (NAS) en agressie (AVL-AV). Opnieuw werden negatieve correlaties gevonden tussen de hele BVAQ en Openheid, Altruïsme en Sociale vaardigheden in situaties waarin een compliment gemaakt kan worden. Bij de groep leerlingen correleerde de BVAQ totaalscore echter alleen negatief met PFS-AV vijandigheid. Onderzoek naar de validiteit van deel B leverde vergelijkbare resultaten op (Tabel 12.5).

Vergelijking van totaalscores op hele BVAQ en deel B tussen groepen

De gemiddelde scores van de klinische en van de poliklinische patiënten werden vergeleken met die van de mannelijke (V)MBO-leerlingen en met elkaar. We controleerden statistisch voor leeftijd aangezien de leerlingen significant jonger waren dan de patiënten. De poliklinische patiënten bleken significant hoger te scoren op de hele BVAQ en op de subschalen met uitzondering van de subschaal Emotionaliseren. De klinische patiënten scoorden, gecontroleerd voor leeftijd, echter significant lager op vier van de vijf subschalen. De poliklinische patiënten scoorden ook significant hoger dan de leerlingen op deel B met uitzondering van de subschaal

TABEL 12.2

Interne consistentie coëfficiënten (Cronbach's alfa's), gemiddelde inter-item correlaties en gemiddelde item-totaal correlaties van de hele BVAQ en van deel B bij klinische patiënten ($n = 110$), poliklinische patiënten ($n = 139$) en (V)MBO-leerlingen ($n = 320$), en test-hertest betrouwbaarheid voor poliklinische patiënten ($n = 45$).

		Interne consistentie				Gemiddelde inter-item correlaties			Gemiddelde item-totaal correlaties			Test-hertest betrouwbaarheid
		Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	Leerlingen		Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	Leerlingen	Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	Leerlingen	Poliklinische patiënten
Hele BVAQ	Totaal	.87	.78	.85		.14	.09	.12	.35	.26	.32	.70**
	Verbaliseren	.77	.77	.69		.30	.30	.22	.48	.47	.38	.63**
	Fantaseren	.83	.71	.67		.39	.24	.21	.56	.41	.37	.56**
	Identificeren	.86	.70	.73		.45	.23	.25	.62	.40	.42	.39**
	Emotionaliseren	.62	.51	.63		.17	.11	.17	.33	.24	.32	.47**
	Analyseren	.84	.69	.73		.41	.22	.25	.58	.38	.42	.67**
Deel B	Totaal	.77	.65	.76		.15	.09	.14	.35	.24	.33	.69**
	Verbaliseren	.45	.57	.42		.17	.25	.16	.25	.36	.24	.46**
	Fantaseren	.76	.61	.54		.44	.28	.23	.56	.39	.25	.61**
	Identificeren	.75	.61	.59		.44	.28	.26	.55	.39	.37	.18
	Emotionaliseren	.50	.32	.51		.20	.10	.21	.30	.17	.31	.61**
	Analyseren	.80	.58	.68		.50	.26	.34	.61	.36	.47	.63**

Noot — BVAQ = Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst. * $p < .05$; ** $p < .01$.

TABEL 12.3

Correlaties tussen subschalen van de hele BVAQ en deel B bij klinische patiënten ($n = 110$) en poliklinische patiënten ($n = 139$).

		Klinische patiënten					Poliklinische patiënten					
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	
Hele BVAQ	(1) Totaal											
	(2) Verbaliseren	.54**					.36**					
	(3) Fantaseren	-.24*	-.09				-.06	-.07				
	(4) Identificeren	.47**	.50**	-.38**			.31**	.38**	-.21*			
	(5) Emotionaliseren	.59**	.42**	.03	.39**		.31**	.14	.13	.10		
	(6) Analyseren	.66**	.53**	-.24*	.72**	.61**	.56**	.41**	-.01	.47**	.41**	
Deel B	(1) Totaal											
	(2) Verbaliseren	.47**					.32**					
	(3) Fantaseren	-.24*	.01				-.11	-.02				
	(4) Identificeren	.44**	.33**	-.39**			.22**	.27**	-.22**			
	(5) Emotionaliseren	.63**	.41**	-.02	.46**		.35**	.21*	.09	.10		
	(6) Analyseren	.63**	.44**	-.29**	.75**	.64**	.43**	.27**	.11	.41**	.41**	

Noot — BVAQ = Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst. * $p < .05$; ** $p < .01$.

TABEL 12.4

Correlaties tussen subschalen van de hele BVAQ en deel B bij (V)MBO-leerlingen ($n = 320$).

		Leerlingen				
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hele BVAQ	(1) Totaal					
	(2) Verbaliseren	.27**				
	(3) Fantaseren	.30**	.01			
	(4) Identificeren	.57**	.31**	.22**		
	(5) Emotionaliseren	.52**	.13*	.37**	.37**	
	(6) Analyseren	.70**	.35**	.29**	.64**	.55**
Deel B	(1) Totaal					
	(2) Verbaliseren	.23**				
	(3) Fantaseren	.20**	.00			
	(4) Identificeren	.54**	.25**	.14*		
	(5) Emotionaliseren	.49**	.09	.27**	.40**	
	(6) Analyseren	.62**	.31**	.16**	.58**	.50**

Noot — BVAQ = Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst. * $p < .05$; ** $p < .01$.

Analyseren. De scores van de klinische patiënten op deel B verschilden niet van die van de leerlingen, maar de klinische patiënten scoorden wel significant hoger op de subschaal Fantaseren en significant lager op de subschaal Analyseren dan de leerlingen, indien gecontroleerd werd voor leeftijd (Tabel 12.6).

Samenvatting

De psychometrische eigenschappen van de Nederlandse Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst (BVAQ; Bermond, Vorst, Vingerhoets, & Gerritsen, 1999; BVAQ; Vorst & Bermond, 2001) werden onderzocht bij een groep forensische patiënten (klinische en poliklinische) en een groep (V)MBO-leerlingen. Helaas kon de vijf-subschalen structuur van de oorspronkelijke BVAQ met 40 items niet worden geconfirmeerd bij beide groepen. Hoewel de vijf-subschalen structuur van deel B een betere fit opleverde waren de Goodness of Fit Indexes nog steeds onacceptabel. Interne consistentie, gemiddelde inter-item correlaties, gemiddelde item-totaal correlaties en test-hertest betrouwbaarheid waren bij beide versies van de BVAQ en de vijf subschalen gemiddeld tot goed, maar de subschaal Fantaseren leverde teleurstellende resultaten op de in de patiëntengroep: correlaties van scores op de subschaal met de totaalscore waren negatief.

De validiteit van de hele BVAQ en van deel B kon voldoende worden aangetoond in de patiëntengroepen door betekenisvolle relaties met metingen voor persoonlijkheidsdomeinen als openheid en altruïsme, en probleemgedragingen als afwezigheid van sociale vaardigheden. Bij de (V)MBO-leerlingen resulteerde correlaties van de totaalscore op de hele BVAQ en deel B met verschillende andere metingen slechts in een significante correlatie met vijandigheid. Zoals verwacht scoorden de poliklinische patiënten hoger op de BVAQ dan de (V)MBO-leerlingen, maar de klinische patiënten scoorden, gecontroleerd voor leeftijd, lager op de subschalen, met uitzondering van de subschaal Fantaseren. Onze voorlopige conclusie is dat de korte versie van de BVAQ (deel B) te verkiezen is boven de oorspronkelijke BVAQ met 40 items aangezien we geen grote verschillen vonden tussen beide versies. We vonden geen empirische ondersteuning voor de vijf-subschalen structuur bij beide versies. De BVAQ lijkt niet geschikt voor een vergelijking betreffende alexithymia van klinische patiënten met normale personen. Zie voor een discussie over de resultaten: Hornsveld, Kraaimaat, & Zwets (2012).

TABEL 12.5

Correlatie tussen de hele BVAQ en deel B en scores op andere meet-instrumenten bij klinische patiënten ($n = 110$), poliklinische patiënten ($n = 139$) en (V)MBO-leerlingen ($n = 320$).

Meet-instrumenten	Inhoud van de schaal	Hele BVAQ			Deel B		
		Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	Leerlingen	Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	Leerlingen
	Psychopathie	-.01	.07	—	.03	.15	—
	Interpersoonlijk	-.16	-.10	—	-.12	-.04	—
	Affectief	-.03	-.05	—	-.03	.02	—
	Lifestyle	.08	.14	—	.12	.17	—
	Antisociaal	.11	.20*	—	.19	.26**	—
NEO-FFI	Neuroticisme	-.10	-.02	-.01	-.14	-.03	-.01
	Extraversie	-.07	-.15	-.04	-.03	-.14	-.05
	Openheid	-.41**	-.23**	-.05	-.36**	-.17	-.05
	Altruïsme	-.28**	-.28**	.01	-.28**	-.26**	-.01
	Consciëntieusheid	-.16	-.01	.01	-.17	.02	-.00
ZAV	Boosheidsdispositie	.06	.20*	-.02	.06	.22*	.03
PFS-AV	Vijandigheid	.17	.21*	-.22**	.16	.27**	-.18**
AVL-AV	Agressief gedrag	.09	.23**	-.04	.07	.28*	-.01
	Woede	.02	.11	-.03	.02	.19*	-.01
NAS	Woede	.12	.19*	.01	.12	.25**	.03
IOA Sociale angst	Kritiek geven	-.01	-.04	.02	-.02	-.05	.02
	Compliment maken	.04	-.06	-.10	.02	-.05	-.12*
IOA Sociale vaardigheden	Kritiek geven	-.22*	-.15	-.04	-.19	-.12	-.01
	Compliment maken	-.26**	-.25**	.09	-.20*	-.25**	.07

Noot — BVAQ = Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst; NEO-FFI = NEO Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst, PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL-AV = Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst; NAS = Novaco Anger Scale; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen. * $p < .05$; ** $p < .01$.

TABEL 12.6

Vergelijking van scores op hele BVAQ en op deel B tussen klinische patiënten ($n = 110$), poliklinische patiënten ($n = 139$) en mannelijke (V)MBO-leerlingen ($n = 160$), gecontroleerd voor leeftijd.

		M (SD)			Vergelijkingen	
		Klinische patiënten	Poliklinische patiënten	Mannelijke (V)MBO-leerlingen	Klinische patiënten vs. leerlingen	Poliklinische patiënten vs. leerlingen
Hele BVAQ	Totaal	108.49 (21.36)	120.08 (17.79)	113.89 (16.16)	$F(2, 267) = 4.64^*$	$F(2, 296) = 4.99^{**}$
	Verbaliseren	22.02 (6.77)	25.86 (6.83)	23.93 (5.62)	$F(2, 267) = 3.68^*$	$F(2, 296) = 4.22^*$
	Fantaseren	26.85 (7.73)	25.59 (6.49)	22.93 (5.77)	$F(2, 267) = 15.48^{**}$	$F(2, 296) = 7.40^{**}$
	Identificeren	18.05 (7.53)	21.59 (6.29)	20.82 (4.86)	$F(2, 267) = 6.70^{**}$	$F(2, 296) = 3.44^*$
	Emotionaliseren	22.52 (5.32)	23.97 (4.93)	24.16 (4.96)	$F(2, 267) = 4.06^*$	$F(2, 296) = 3.60^*$
	Analyseren	19.01 (7.33)	22.99 (5.90)	22.04 (5.43)	$F(2, 267) = 8.16^{**}$	$F(2, 296) = 1.82$
Deel B	Totaal	54.69 (11.18)	59.68 (10.03)	56.40 (9.27)	$F(2, 267) = 2.19$	$F(2, 296) = 4.37^*$
	Verbaliseren	11.18 (3.31)	13.28 (3.51)	12.06 (3.23)	$F(2, 267) = 2.73$	$F(2, 296) = 5.02^{**}$
	Fantaseren	13.81 (4.13)	12.60 (3.79)	11.43 (3.37)	$F(2, 267) = 17.01^{**}$	$F(2, 296) = 5.51^{**}$
	Identificeren	9.71 (3.19)	10.92 (3.30)	10.14 (2.93)	$F(2, 267) = 0.65$	$F(2, 296) = 4.34^*$
	Emotionaliseren	10.93 (3.13)	11.83 (3.04)	11.55 (2.88)	$F(2, 267) = 1.67$	$F(2, 296) = 2.71$
	Analyseren	9.06 (4.13)	11.05 (3.38)	11.22 (3.69)	$F(2, 267) = 10.00^{**}$	$F(2, 296) = 1.05$

Noot — BVAQ = Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst. * $p < .05$, ** $p < .01$

13

INSTRUMENTEN, SCORING, FACTOREN OF SUBSCALEN, NORMEN

13.1 Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study (PFS-AV)*

Auteurs Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat (2007a)

Instructie Deze vragenlijst omvat 12 plaatjes. Het is de bedoeling dat u plaatje voor plaatje bekijkt en u zich bij elk plaatje verplaatst in de persoon tegen wie iets wordt gezegd. Daarna kunt u op het antwoordformulier voor elk plaatje opschrijven hoe u in die situatie zou reageren.

Bijvoorbeeld: Twee mannen lopen op straat en botsen bijna tegen elkaar op. De ene man zegt tegen de andere man: 'kunt u niet uitkijken, u liep bijna tegen me op'. Sommige mensen zullen dan reageren door te zeggen: 'neem me niet kwalijk, ik was met mijn gedachten elders'. Andere roepen: 'heb je soms stront in je ogen'. Hoe zou u reageren in die situatie?

Items Zie de drie hierna volgende pagina's.

Scoring Mate van vijandigheid: 1 = Afwezig, 2 = Minimaal, 3 = Enigszins, 4 = Matig, 5 = Sterk, 6 = Zeer sterk, 7 = Extreem. De totaalscore is de som van de scores op alle 12 items.



1



2



3



4

* Een A4-versie van de vragenlijst is te vinden op www.Agressiehanteringstherapie.nl/Meetinstrumenten.



5



6



9



10



7



8



11



12

TABEL 13.1.1

Gemiddelden en standaarddeviaties voor forensisch psychiatrische patiënten, langgestraften en (V)MBO-leerlingen (mannen, tenzij anders vermeld).

Populatie	n		Leeftijd			PFS-AV score		
			M	SD	Bereik	M	SD	Bereik
Gewelddadige terbeschikkinggestelden	110		30.5	9.4	14-56	32.0	10.1	15-60
Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten	175		23.1	8.8	13-51	34.9	11.2	13-70
Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten	58		43.0	12.9	19-76	30.3	5.5	18-45
Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten	63		37.4	10.6	19-60	30.0	5.7	19-41
Poliklinische en klinische gewelddadige patiënten (meisjes)	40		17.8	3.1	14-25	31.5	7.7	16-53
Langgestraften	101		32.4	9.5	19-59	31.6	9.7	14-81
(V)MBO-leerlingen	160		17.4	1.1	16-21	28.9	5.9	17-50
(V)MBO-leerlingen (meisjes)	159		18.3	1.8	16-27	25.5	5.4	16-50
HAVO- en VWO-leerlingen (jongens en meisjes)	93		16.1	0.8	15-18	27.6	5.9	15-46

TABEL 13.1.2

Normen PFS-AV voor forensisch psychiatrische patiënten
(mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Gewelddadige terbeschikking-gestelden (n = 110)	Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten (n = 175)	Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten (n = 58)	Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten (n = 63)	Poliklinische en klinische gewelddadige patiënten (meisjes) (n = 40)
18	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1
21	2	1	1	1	1
22	2	1	2	1	1
23	2	2	2	2	2
24	2	2	2	2	2
25	3	2	2	2	2
26	3	3	3	3	2
27	4	3	3	4	3
28	5	3	3	5	3
29	5	4	4	6	4
30	5	4	5	6	5
31	6	4	5	7	5
32	6	5	6	7	6
33	6	5	7	7	7
34	6	5	8	7	7
35	7	6	8	8	8
36	7	6	8	8	8
37	8	7	9	9	8
38	8	7	9	9	8
39	8	7	10	10	9
40	8	7	10	10	9
41	8	8	10	10	9

Ruwe score	Gewelddadige terbeschikking-gestelden (n = 110)	Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten (n = 175)	Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten (n = 58)	Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten (n = 63)	Poliklinische en klinische gewelddadige patiënten (meisjes) (n = 40)
42	9	8	10	10	9
43	9	8	10	10	10
44	9	8	10	10	10
45	9	9	10	10	10
46	9	9			10
47	9	9			10
48	9	9			10
49	10	9			10
50	10	9			10
51	0	9			
52	10	10			
53	10	10			
54	10	10			

TABEL 13.1.3

Normen PFS-AV voor langgestraften en (V)MBO-leerlingen
(mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Langgestraften (n = 101)	(V)MBO- leerlingen (n = 160)	(V)MBO- leerlingen (meisjes) (n = 159)	HAVO- en VWO- leerlingen (jongens en meisjes) (n = 93)
18	1	1	1	1
19	1	1	1	1
20	1	1	2	1
21	1	1	2	2
22	2	1	3	2
23	2	2	4	2
24	3	2	5	3
25	3	3	5	3
26	3	4	6	4
27	3	4	7	5
28	4	5	7	6
29	4	6	8	7
30	5	6	9	8
31	5	7	9	8
32	6	7	9	9
33	6	8	9	9
34	6	8	10	9
35	7	9	10	9
36	8	9	10	9
37	8	9	10	10
38	8	10	10	10
39	9	10	10	10
40	9	10	10	10
41	9	10	10	10
42	9	10	10	
43	9	10		

Ruwe score	Langgestraften (n = 101)	(V)MBO- leerlingen (n = 160)	(V)MBO- leerlingen (meisjes) (n = 159)	HAVO- en VWO- leerlingen (jongens en meisjes) (n = 93)
44	10	10		
45	10	10		
46	10			
47	10			
48	10			
49	10			
50	10			

13.2 Boosheid Lichamelijke Signalen Lijst (BLS)*

Auteurs Zwets, Hornsveld, Kraaimaat, Kanters, Muris, Langstraat, & Van Marle (2014)

Instructie Iedereen raakt weleens gespannen door het gedrag van een ander, zoals bijvoorbeeld tijdens een ruzie. In deze vragenlijst staan enkele uitspraken die gaan over wat u aan uw lichaam voelt wanneer u **tijdens** dat soort situaties boos wordt. Achter elke uitspraak staat een vijfpunt-schaal die loopt van 'Niet' tot 'Heel erg'. Het is de bedoeling dat u op deze schaal aangeeft in welke mate u **over het algemeen** deze lichamelijke reacties ervaart **tijdens** situaties waarin u boos wordt door een ander. U zet achter elke uitspraak slechts één kruisje. **Het gaat om situaties waarin u gespannen raakt omdat een ander u boos maakt.**

Een voorbeeld:

	Niet	Een beetje	Nogal	Erg	Heel erg
Als ik door iemand gespannen raak, gaan mijn handen tintelen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Als u vindt dat deze lichamelijke reactie overeenkomt met hetgeen u ervaart wanneer u gespannen bent, zet dan een kruisje in het meest rechtse hokje. Als u vindt dat deze lichamelijke reactie helemaal niet overeenkomt met hetgeen u ervaart wanneer u gespannen bent, dan zet u een kruisje in het meest linkse hokje.

* Een A4-versie van de vragenlijst is te vinden op www.Agressiehanteringstherapie.nl/Meetinstrumenten.

Items

- 1 Als ik door iemand gespannen raak voel ik **mijn hart sneller kloppen.**
- 2 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **mijn handen meer gaan zweten.**
- 3 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **ik het gevoel krijg dat ik verstijf.**
- 4 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **ik licht in mijn hoofd word.**
- 5 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **mijn ademhaling onregelmatig wordt.**
- 6 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **mijn lichaam gaat beven.**
- 7 Als ik door iemand gespannen raak voel ik **een adrenalinestoot door mijn lijf gaan.**
- 8 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **mijn hoofd warmer wordt dan normaal.**
- 9 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **ik sneller ga ademen.**
- 10 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **ik meer ga zweten.**
- 11 Als ik door iemand gespannen raak voel ik dat **mijn spieren zich aanspannen.**
- 12 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **mijn handen gaan trillen.**
- 13 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **mijn lichaam warmer wordt dan normaal.**
- 14 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **mijn hart harder gaat kloppen.**
- 15 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **ik mijn kaakspieren aanspan.**
- 16 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **ik dieper ga ademen.**
- 17 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **ik een droge mond krijg.**
- 18 Als ik door iemand gespannen raak merk ik dat **ik mijn vuisten ga ballen.**

Scoring Gespannenheid: 1 = Niet, 2 = Een beetje, 3 = Nogal, 4 = Erg, 5 = Heel erg. Totalscore is de som van de scores op alle 18 items.

13.3 Houding jegens Vrouwen Lijst (HVL/AWI)*

Auteurs Hornsveld, Timonen, Kraaimaat, Zwets, & Kanters (2014)

Instructie Deze vragenlijst bevat 12 uitspraken. Lees elke uitspraak zorgvuldig. Kruis vervolgens aan welke uitspraak uw mening het beste weergeeft. Let er op dat u geen regels overslaat.

- Kruis het vakje **helemaal oneens** aan als u de uitspraak absoluut onwaar vindt.
- Kruis het vakje **oneens** aan of als u de uitspraak grotendeels onwaar vindt.
- Kruis het vakje **neutraal aan** als u niet kunt beslissen, of als u de uitspraak ongeveer even waar als niet waar vindt.
- Kruis het vakje **eens** aan als u de uitspraak grotendeels waar vindt.
- Kruis het vakje **helemaal eens** aan als u de uitspraak absoluut waar vindt.

Geef hierna beknopt aan waarom u dit vindt door de zin af te maken:
Ik vind dit omdat:

Voorbeeld: Als u het bijvoorbeeld helemaal eens bent met de uitspraak 'vrouwen mogen niet deelnemen aan het verkeer', dan kruist u 'Helemaal eens' aan. Vervolgens beschrijft u kort waarom u dit vindt. Bijvoorbeeld: Ik vind dit omdat: 'vrouwen een gevaar op de weg zijn'.

Helemaal oneens	Oneens	Neutraal	Eens	Helemaal eens
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ik vind dit omdat: *vrouwen een gevaar op de weg zijn*

Kruis slechts één mogelijkheid aan bij elke uitspraak. Beantwoord alle uitspraken. Als u een antwoord wilt veranderen, maak dan uw eerste keuze ongeldig door deze helemaal zwart te maken en kruis dan alsnog uw juiste keuze aan.

* Een A4-versie van de vragenlijst is te vinden op www.Agressiehanteringstherapie.nl/Meetinstrumenten.

Items

- 1 Het is de plicht van een vrouw om de seksuele verlangens van haar man te bevredigen.
- 2 Vieze moppen vertellen is iets voor mannen.
- 3 Het is erger als een vrouw dronken is, dan als een man dat is.
- 4 Vrouwen moeten zich minder zorgen gaan maken over hun rechten en meer over hoe ze een goede moeder en echtgenote kunnen zijn.
- 5 Vrouwen moeten zich bezig houden met het opvoeden van de kinderen in plaats van carrière proberen te maken.
- 6 Als een vrouw dronken is, dan mag je van alles met haar doen.
- 7 Sommige vrouwen hebben eerst een flinke beurt nodig voordat ze weten dat de man de baas is.
- 8 Het enige dat lesbiennes nodig hebben is een flinke beurt.
- 9 De was strijken is werk voor vrouwen.
- 10 Een vrouw die met veel mannen seks heeft is een slet.
- 11 Vrouwen horen niet thuis in het leger.
- 12 Het is ongepast als een vrouw een man ten huwelijk vraagt.

Scoring Masculiene attitude jegens vrouwen: 1 = Helemaal niet, 2 = Minimaal, 3 = Enigszins, 4 = Gemiddeld, 5 = Sterk, 6 = Erg sterk, 7 = Extreem. De totaalscore is de som van de score op alle 12 items.

Factoren

- 1 Seksistisch gedrag van mannen: items 1, 2, 6, 7, 8, 9, 10.
- 2 Ongepast gedrag van vrouwen: items 3, 12.
- 3 Plichten van vrouwen: items 4, 5, 11.

13.4 Aangepaste Versie van het Sociomorele Reflectie Meetinstrument (SRM-AV)*

Auteurs Hornsveld, Kraaimaat, & Zwets (2012)

Instructies Op de volgende bladzijden vind je een lijst met uitspraken. Geef voor elke uitspraak van de lijst aan hoe (on)belangrijk je die vindt en geef vervolgens een toelichting in je eigen woorden in welke mate je het ermee oneens/eens bent. Om aan te geven hoe (on)belangrijk je een uitspraak vindt kun je de volgende antwoordmogelijkheden gebruiken:

- ▶ Erg onbelangrijk
- ▶ Onbelangrijk
- ▶ Neutraal
- ▶ Belangrijk
- ▶ Erg belangrijk

Bijvoorbeeld: Hoe belangrijk is het dat mensen stoppen voor een stoplicht dat op rood staat?

Als je dit belangrijk vindt, kruis je 'belangrijk' aan en schrijf je op *waarom* je dat belangrijk vindt, bijvoorbeeld: 'omdat anders het verkeer op elkaar botst'.

Kruis aan:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erg onbelangrijk	Onbelangrijk	Neutraal	Belangrijk	Erg belangrijk

Waarom is het erg onbelangrijk / onbelangrijk / neutraal / belangrijk / erg belangrijk (wat je hebt aangekruist)?

Omdat het verkeer anders op elkaar botst

Zo werk je de hele lijst af. Werk zo rustig mogelijk door. Er zijn geen goede of foute antwoorden; het gaat erom hoe je er zelf over denkt.

* Een A4-versie van de vragenlijst is te vinden op www.Agressiehanteringstherapie.nl/Meetinstrumenten.

Items

- 1 Hoe belangrijk is het dat je beloften aan je vrienden nakomt?
- 2 Wat vind je van het nakomen van beloften aan mensen in het algemeen? Hoe belangrijk is het dat mensen beloften nakomen aan iemand die ze nauwelijks kennen?
- 3 Wat vind je van het nakomen van een belofte aan kinderen? Hoe belangrijk is het dat ouders beloften aan hun kinderen nakomen?
- 4 Hoe belangrijk is het dat mensen in het algemeen eerlijk zijn?
- 5 Hoe belangrijk is dat kinderen hun ouder(s) soms helpen?
- 6 Hoe belangrijk is het dat iemand blijft leven, zelfs als die persoon dat zelf niet wil?
- 7 Hoe belangrijk is het dat mensen niet stelen?
- 8 Hoe belangrijk is het dat men de wet gehoorzaamt?
- 9 Hoe belangrijk is het dat rechters mensen die de wet overtreden een straf opleggen?
- 10 Hoe belangrijk vind je het dat anderen je met respect behandelen?
- 11 Stel dat twee kinderen een ander kind pesten. Hoe belangrijk is het ervoor te zorgen dat die kinderen leren respect voor elkaar te hebben?
- 12 Hoe belangrijk vind je het dat anderen niet over je roddelen?
- 13 Hoe belangrijk is het dat mensen hun mening op een directe manier geven?
- 14 Stel dat iemand met een handicap de straat niet over durft te steken. Hoe belangrijk is het die persoon met oversteken te helpen?
- 15 Hoe belangrijk is het mensen met een lichamelijke handicap te helpen als dat nodig is?
- 16 Stel dat je vriend zijn vriendin in het bijzijn van anderen uitscheldt voor 'kutwif'. Hoe belangrijk is het dat die anderen hem daarop aanspreken?
- 17 Stel dat twee mannen een andere man mishandelen terwijl omstanders toekijken. Hoe belangrijk is het dat de omstanders die twee mannen aanspreken op hun gedrag?
- 18 Stel dat je merkt dat een vriend van je in harddrugs dealt. Hoe belangrijk is het dat dealen verboden is?
- 19 Stel dat twee lesbische vrouwen zoenen elkaar op straat. Hoe belangrijk is het dat lesbische vrouwen niet gediscrimineerd worden?
- 20 Stel dat een kind dagelijks geconfronteerd wordt met ruziemakende ouders. Hoe belangrijk is het dat ouders rekening met hun kinderen houden door hen niet bij die ruzies te betrekken?

Scoring Mate van belangrijkheid: 1 = Erg onbelangrijk, 2 = Onbelangrijk, 3 = Neutraal, 4 = Belangrijk, 5 = Erg belangrijk. Totaalscore is de som van de scores op alle 20 items.

Reacties op uitspraken:

Onrijp niveau

Fase 1 Unilateraal en fysicalistisch; score: 1

- ▶ Rechtvaardiging vanwege een autoriteitsfiguur
- ▶ Rechtvaardiging vanwege de meest kenmerkende rol van de betreffende persoon of personen
- ▶ Stellige beweringen in absolute termen
- ▶ Zwart-wit redeneringen
- ▶ Rechtvaardiging vanwege straf

Overgangsfase 1–2; score: 2

Fase 2 Uitwisselend en instrumenteel, moraliteit door interactie met anderen; score: 3

- ▶ Quid Pro Quo
- ▶ Volstreekte gelijkheid of ongelijkheid in relaties
- ▶ Hantering van verworven vrijheden als concrete rechten
- ▶ Rechtvaardiging op grond van eigen voorkeuren
- ▶ Beroep op pragmatische behoeften
- ▶ Rekenen op praktische voordelen of verplichtingen in de toekomst

Overgangsfase 2–3; score: 4

Rijp niveau

Fase 3 Wederzijds en prosociaal, score: 5

- ▶ Besef van de betekenis van interpersoonlijke relaties
- ▶ Sterke betrokkenheid met het emotionele welbevinden van anderen
- ▶ Besef van consequenties bij schending van normatieve verwachtingen
- ▶ Besef van prosociale bedoelingen als kenmerk van normaal sociaal gedrag
- ▶ Normatieve en prosociale waarden voor relaties in het algemeen
- ▶ Hanteren van waarden die refereren aan het geweten

Overgangsfase 3–4; score: 6

Fase 4 Systematisch en standaard, score: 7

- ▶ Beroep op waarde als vereiste van het functioneren van de maatschappij of van maatschappelijke instellingen
- ▶ Beroep op basale maatschappelijke rechten en waarden
- ▶ Beroep op overwegingen als reputatie en integriteit
- ▶ Rechtvaardiging van normatieve waarden omdat alternatieven schadelijk zijn voor de maatschappij
- ▶ Rechten en plichten die de maatschappij het individu verschuldigd is
- ▶ Maatschappelijke normen ten aanzien van het individuele geweten

Morele rijpheid: Totaalscore is de som van de scores op alle 20 items.

Factoren

- 1 Fatsoenlijk gedrag van anderen verwachten: items 1, 2, 3, 7, 8, 9, 10, 11, 12
- 2 Anderen aanspreken op hun wangedrag: items 16, 17, 18, 19
- 3 Zelf fatsoenlijk omgaan met anderen: items 4, 5, 6, 20
- 4 Helpen van hulpbehoevenden: items 13, 14, 15

TABEL 13.4.1

Normen SRM-AV voor mannelijke terbeschikkinggestelden en voetbalsupporters.

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden (n = 80)	Voetbal-supporters (n = 40)	Ruwe score	Terbeschikking-gestelden (n = 80)	Voetbal-supporters (n = 40)
29	1	1	63	8	7
31	1	1	65	9	8
33	1	1	67	9	8
35	2	1	69	9	8
37	2	2	71	9	8
39	2	2	73	9	9
41	2	3	75	9	9
43	3	3	77	10	9
45	4	4	79	10	9
47	5	4	81	10	9
49	5	4	83	10	10
51	6	5	85	10	10
53	6	5	87	10	10
55	6	5	89	10	10
57	6	6	91	10	10
59	6	7	93	10	10
61	8	7			

13.5 Novaco Anger Scale – Provocation Inventory (NAS-PI) *

Auteur Novaco (1994)

Instructie NAS De uitspraken in deze lijst beschrijven wat mensen denken, voelen en doen. In welke mate zijn deze uitspraken op u van toepassing? Geef voor elke uitspraak aan of deze [1] nooit waar, [2] soms waar, of [3] altijd waar is voor u. Gebruik hiervoor de schaal rechts van de uitspraak en omcirkel het cijfer (1, 2 of 3) dat hoort bij uw antwoord op de uitspraak.

Items NAS

- 1 Dingen die mij ergeren merk ik meteen op.
- 2 Als iets mij eenmaal kwaad gemaakt heeft, blijf ik daaraan denken.
- 3 Iedere week ontmoet ik wel iemand die ik niet mag.
- 4 Ik weet dat mensen achter mijn rug om over mij praten.
- 5 Sommige mensen vinden mij een driftkop.
- 6 Als ik boos word, duurt het uren voor ik er over heen ben.
- 7 Mijn spieren voelen strak en gespannen.
- 8 Ik loop rond met een slecht humeur.
- 9 Ik ben gauw aangebrand en opvliegend van aard.
- 10 Als iemand tegen mij begint te schreeuwen, schreeuw ik terug.
- 11 Ik moest wel eens grof zijn tegen mensen die mij lastig vielen.
- 12 Ik heb de neiging om met dingen te gaan smijten.
- 13 Als iemand iets zegt dat beledigend is voor mij, dan luister ik gewoon niet meer.
- 14 Ik kan niet slapen wanneer mij onrecht is aangedaan.
- 15 Als ik niet om iemand geef, doet het mij niets als ik die persoon kwets.
- 16 Je kunt erop vertrouwen dat mensen doen wat ze zeggen.
- 17 Als ik kwaad word, dan word ik écht kwaad.
- 18 Als ik nadenk over iets dat mij kwaad maakt, dan word ik alleen maar kwader.
- 19 Ik voel me geïrriteerd en niet in staat te ontspannen.
- 20 Het ergert mij als iemand mij stoort.
- 21 Als iemand mij hindert, ga ik daar meteen tegen in en denk er pas later over na.
- 22 Als iemand mij niet aanstaat, geef ik die persoon een uitbrander.
- 23 Als ik razend word, ben ik in staat om iemand een klap te geven.
- 24 Als ik kwaad word, ga ik met dingen gooien of slaan.
- 25 Als iemand mij niet rechtvaardig behandelt, maak ik mij daar druk over.
- 26 Als iemand mij kwaad maakt, ben ik geneigd dat die persoon betaald te zetten.
- 27 Als iemand zich dreigend naar mij uitlaat, zorg ik ervoor dat die persoon daar spijt van krijgt.
- 28 Mensen doen of ze eerlijk zijn, terwijl ze in werkelijkheid iets te verbergen hebben.
- 29 Als ik kwaad word, zou ik het liefst dingen stuk smijten.
- 30 Sommige mensen kunnen boos worden en dan hun boosheid snel vergeten, maar bij mij duurt het uren voor ik er over heen ben.
- 31 Het kost mij moeite in slaap te vallen of te slapen.
- 32 Er zijn veel kleine dingen die mij dwarszitten.
- 33 Ik heb een onstuimig temperament dat zich bij het minste of geringste aandient.
- 34 Sommige mensen moet duidelijk gemaakt worden dat ze beter kunnen verdwijnen.
- 35 Als iemand mij eerst een klap geeft, dan sla ik terug.
- 36 Als ik kwaad ben op iemand dan reageer ik dat af op wie er maar in de buurt is.
- 37 Als ik eenmaal kwaad ben, dan kost het mij moeite mijn aandacht bij iets te houden.
- 38 Ik heb het gevoel dat het leven erg hard voor mij is.
- 39 Als ik iemand niet aardig vind, dan zie ik niet in waarom ik aardig zou zijn voor die persoon.
- 40 Als iemand iets aardigs voor mij doet, dan vraag ik mij gewoonlijk af wat daar achter zit.
- 41 Het maakt mij razend als iemand mij voor schut zet.
- 42 Als ik woedend ben op iemand dan doe ik alsof die persoon lucht is voor mij.
- 43 Ik krijg hoofdpijn van mensen die mij hinderen.
- 44 Het stoort mij als mensen dingen op de verkeerde manier doen.
- 45 Als ik kwaad word, verlies ik voor ik het weet mijn zelfbeheersing.
- 46 Wanneer ik eenmaal met iemand begin te redetwisten, houd ik daar pas mee op als hij ermee ophoudt.
- 47 Sommige mensen moeten eens een flink pak slaag krijgen.
- 48 Als iemand mij kwaad maakt, roddel ik over die persoon.

* Een A4-versie van de vragenlijst is te vinden op www.Agressiehanteringstherapie.nl/Meetinstrumenten.

Scoring

De totaalscore is de som van de scores op alle 48 items.

Subschalen

Cognitie: items 1, 2, 3, 4, 13, 14, 15, 16, 25, 26, 27, 28, 37, 38, 39, 40

Arousal: items 5, 6, 7, 8, 17, 18, 19, 20, 29, 30, 31, 32, 41, 42, 43, 44

Gedrag: items 9, 10, 11, 12, 21, 22, 23, 24, 33, 34, 35, 36, 45, 46, 47, 48

Instructie PI De volgende uitspraken beschrijven situaties waarin iemand kwaad kan worden. De cijfers rechts van de uitspraak geven de mate aan waarin iemand in zo'n situatie kwaad wordt. Geef voor elke situatie aan hoe kwaad u in die situatie zou worden door het passende cijfer te omcirkelen.

Items

- 1 In het bijzijn van anderen bekritiseerd worden op iets dat u gedaan heeft.
- 2 Zien dat iemand een kleinere of jongere persoon of iemand met minder macht kleineert of intimideert.
- 3 U probeert uw aandacht bij iets te houden, maar iemand blijft lawaai maken.
- 4 Mensen die doen alsof ze alles weten.
- 5 Vertraagd worden door de fouten van iemand anders.
- 6 U wacht op uw beurt en iemand kruipt voor.
- 7 U krijgt geen erkenning voor het werk dat u goed doet.
- 8 U kijkt naar een bepaald programma op de televisie, iemand loopt langs en zet de televisie op een andere zender.
- 9 Mensen die echt niet naar u luisteren terwijl u met hen praat.
- 10 Koude soep of groenten krijgen bij het avondeten.
- 11 Iemand die over uw schouder meekijkt terwijl u zit te werken.
- 12 Teveel moeten betalen voor een reparatie.
- 13 U haast zich ergens naar toe en wordt opgehouden door het verkeer.
- 14 Mensen die denken dat ze beter zijn dan u.
- 15 U hebt een kop koffie in uw handen en iemand botst tegen u aan.
- 16 Iemand drijft de spot met de kleding die u draagt.
- 17 U wordt apart genomen en op uw fouten gewezen terwijl anderen, die hetzelfde hebben gedaan als u, de dans ontspringen.
- 18 U treft regelingen om iets te doen samen met iemand anders die zich dan op het laatste moment terugtrekt.

- 19 Mensen die denken dat ze altijd gelijk hebben.
- 20 U bent nog maar net wakker en iemand begint u het leven zuur te maken.
- 21 Iemand die zonder uw toestemming in uw spullen zit te snuffelen.
- 22 Beschuldigd worden van iets dat u niet gedaan hebt.
- 23 U hebt iets aan iemand uitgeleend en krijgt het maar niet terug.
- 24 Iemand die u altijd tegenspreekt.
- 25 Het is etenstijd, u hebt honger en iemand bakt u een poets.

Scoring

1 = Helemaal niet kwaad

2 = Een beetje kwaad

3 = Behoorlijk kwaad

4 = Erg kwaad

De totaalscore is de som van de scores op alle 25 items.

TABEL 13.5.1

Gemiddelden en standaarddeviaties van leeftijd en NAS-PI totaalscores bij verschillende populaties (mannen, tenzij anders vermeld).

Populatie	NAS-PI			
	N	Leeftijd M (SD)		Totaalscore M (SD)
Terbeschikkinggestelden	156	33.11 (7.69)		83.06 (13.80)
Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten	194	22.50 (8.86)		92.28 (17.94)
Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten	63	37.32 (11.55)		84.21 (15.57)
Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten	60	40.50 (14.46)		85.17 (16.80)
Langgestraften	100	32.35 (9.50)		87.74 (16.78)
(V)MBO-leerlingen	160	17.35 (1.08)		89.65 (14.24)
(V)MBO-leerlingen (vrouwen)	160	18.32 (1.78)		89.23 (14.70)
HAVO/VWO-leerlingen (vrouwen en mannen)	93	16.11 (.79)		—

TABEL 13.5.2

Normen NAS Totaalscore (mannen).

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden	Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten	Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten	Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten
60	1	1	1	1
61	1	1	1	1
62	1	1	2	2
63	1	1	2	2
64	2	1	2	2
65	2	1	2	2
66	2	1	2	2
67	2	2	2	2
68	2	2	2	2
69	2	2	2	2
70	3	2	3	2
71	3	2	3	2
72	3	2	3	3
73	3	2	3	3
74	3	2	3	3
75	4	2	3	3
76	4	3	4	4
77	4	3	4	4
78	4	3	4	4
79	5	3	5	4
80	5	3	5	4
81	5	3	5	5
82	5	4	5	5
83	6	4	6	5
84	6	4	6	5
85	6	4	6	5
86	7	4	6	5
87	7	4	7	6
88	7	5	7	6
89	7	5	7	7
90	7	5	7	7

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden	Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten	Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten	Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten
91	8	5	7	7
92	8	6	7	7
93	8	6	8	8
94	9	6	8	8
95	9	7	8	8
96	9	7	8	9
97	9	7	8	9
98	9	7	9	9
99	9	7	9	9
100	9	8	9	9
101	10	8	9	9
102	10	8	10	9
103	10	8	10	9
104	10	8	10	9
105	10	9	10	10
106	10	9	10	10
107	10	9	10	10
108	10	9	10	10
109	10	9	10	10
110	10	9	10	10
111	10	9	10	10
112	10	9	10	10
113	10	9	10	10
114	10	9	10	10
115	10	10	10	10
116	10	10	10	10
117	10	10	10	10
118	10	10	10	10

TABEL 13.5.3

Normen NAS-PI Totaalscore (mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Langgestraften	(V)MBO-leerlingen	(V)MBO-leerlingen (meisjes)
60	1	1	1
61	1	1	1
62	1	1	1
63	1	1	1
64	1	1	1
65	1	1	1
66	1	1	1
67	1	1	1
68	2	1	1
69	2	1	2
70	2	1	2
71	2	2	2
72	2	2	2
73	2	2	2
74	3	2	2
75	3	2	2
76	3	3	3
77	4	3	3
78	4	3	3
79	4	3	3
80	4	3	3
81	4	4	3
82	5	4	4
83	5	4	4
84	5	4	4
85	5	5	5
86	5	5	5
87	5	5	5

Ruwe score	Langgestraften	(V)MBO-leerlingen	(V)MBO-leerlingen (meisjes)
88	5	5	6
89	6	5	6
90	6	6	6
91	6	6	7
92	7	7	7
93	7	7	7
94	7	7	7
95	7	7	8
96	8	7	8
97	8	8	8
98	8	8	8
99	8	8	8
100	9	8	8
101	9	8	9
102	9	9	9
103	9	9	9
104	9	9	9
105	9	9	9
106	10	9	9
107	10	9	9
108	10	10	9
109	10	10	10
110	10	10	10

13.6 Agressie Vragenlijst (AVL)*

Auteurs Meesters, Muris, Bosma, Schouten, & Beuving (1996)
en Hornsveld, Muris, Kraaimaat & Meesters (2009)

Instructie Op de volgende bladzijden vindt u een lijst met uitspraken. Geef voor elke uitspraak van de lijst aan in welke mate u het ermee oneens/eens bent. U kunt hiervoor de volgende antwoordmogelijkheden gebruiken:

- ▶ Helemaal mee oneens
- ▶ Tamelijk mee oneens
- ▶ Weet niet
- ▶ Tamelijk mee eens
- ▶ Helemaal mee eens

Bijvoorbeeld: Als u het er tamelijk mee eens bent dat u zich niet gauw bedreigd voelt, omcirkelt het cijfer 4 op de volgende manier:

	Helemaal mee oneens	Tamelijk mee oneens	Weet niet	Tamelijk mee eens	Helemaal mee eens
Ik voel me niet gauw bedreigd.	1	2	3	4	5

Zo werkt u de hele lijst af. Werk zo rustig mogelijk door. Er zijn geen goede of foute antwoorden; het gaat erom wat u er zelf van vindt.

Items van de Agressie Vragenlijst (AVL)

- 1 Ik heb wel eens iemand die ik ken bedreigd.
- 2 Ik voel me soms net een kruitvat dat op ontploffen staat.
- 3 Als iemand mij slaat, sla ik terug.
- 4 Mijn vrienden vinden me nogal ruzieachtig.
- 5 Als ik flink getreiterd word, kan het gebeuren dat ik iemand sla.

* Een A4-versie van de vragenlijst is te vinden op www.Agressiehanteringstherapie.nl/Meetinstrumenten.

- 6 Ik wantrouw onbekenden die overdreven vriendelijk tegen me doen.
- 7 Ik heb soms het gevoel dat men me achter mijn rug om uitlacht.
- 8 Het kost me moeite mijn kalmte te bewaren.
- 9 Zo nu en dan kan ik de neiging iemand te slaan niet onderdrukken.
- 10 Ik ben gelijkmatig van humeur.
- 11 Sommige vrienden vinden me een driftkop.
- 12 Ik verga soms van de jaloezie.
- 13 Ik kan geen goede reden bedenken waarom ik ooit iemand zou slaan.
- 14 Ik raak iets vaker dan gemiddeld bij vechtpartijtjes betrokken.
- 15 Ik word snel kwaad, maar ben ook snel weer afgekoeld.
- 16 Soms schiet ik uit mijn slof zonder dat daar aanleiding toe is.
- 17 Het lijkt alsof anderen altijd meer geluk hebben.
- 18 Ik ben wel eens zo door iemand opgejut dat we slaags raakten.
- 19 Als ik geweld moet gebruiken om voor mijn rechten op te komen, dan doe ik dat.
- 20 Ik ben wel eens zo kwaad geworden, dat ik dingen stuk gemaakt heb.
- 21 Ik weet dat 'vrienden' achter mijn rug om over me praten.
- 22 Als mensen me ergeren, zeg ik soms wel wat ik van ze vind.
- 23 Ik zeg het mijn vrienden ronduit als ik het niet met ze eens ben.
- 24 Als iemand bijzonder aardig doet, vraag ik me af wat hij van me wil.
- 25 Ik krijg altijd ruzie als mensen het niet met me eens zijn.
- 26 Als ik gedwarsboomd word, laat ik mijn ergernis merken.
- 27 Ik merk dat ik het vaak niet met anderen eens ben.
- 28 Soms heb ik het gevoel dat het leven me oneerlijk bedeed heeft.
- 29 Ik vraag me af waarom ik me soms zo verbitterd voel.

Scoring 1 = Helemaal mee oneens, 2 = Tamelijk mee oneens, 3 = Weet niet, 4 = Tamelijk mee eens, 5 = Helemaal mee eens. De totaalscore is de som van de scores op alle 29 items, waarbij items 10 en 13 gespiegeld worden gescoord.

Factoren

- 1 Fysiek agressief gedrag: items 1, 3, 5, 9, 13, 14, 18, 19, 20
- 2 Verbaal agressief gedrag: items 4, 22, 23, 25, 27
- 3 Woede: items 2, 8, 10, 11, 15, 16, 26
- 4 Vijandigheid: items 6, 7, 12, 17, 21, 24, 28, 29

Items van de Aangepaste Versie van de Agressie Vragenlijst (AVL-AV)

- 1 Ik heb wel eens iemand die ik ken bedreigd.
- 2 Mijn vrienden vinden me nogal ruzieachtig.
- 3 Het kost me moeite mijn kalmte te bewaren.
- 4 Zo nu en dan kan ik de neiging iemand te slaan niet onderdrukken.
- 5 Ik word snel kwaad, maar ben ook snel weer afgekoeld.
- 6 Soms schiet ik uit mijn slof zonder dat daar aanleiding toe is.
- 7 Het lijkt alsof anderen altijd meer geluk hebben.
- 8 Ik ben wel eens zo door iemand opgejut dat we slaags raakten.
- 9 Ik krijg altijd ruzie als mensen het niet met me eens zijn.
- 10 Ik merk dat ik het vaak niet met anderen eens ben.
- 11 Soms heb ik het gevoel dat het leven me oneerlijk bedeed heeft.
- 12 Ik vraag me af waarom ik me soms zo verbitterd voel.

Scoring

- 1 = Helemaal mee oneens
 2 = Tamelijk mee oneens
 3 = Weet niet
 4 = Tamelijk mee eens
 5 = Helemaal mee eens
- De totaalscore is de som van de scores op alle 12 items.

Factoren

- 1 Fysieke agressie: items 1, 4, 8
- 2 Verbale agressie: items 2, 9, 10
- 3 Woede: items 3, 5, 6
- 4 Vijandigheid: items 7, 11, 12

TABEL 13.6.1

Gemiddelden en standaarddeviaties van leeftijd en AVL-AV scores bij verschillende populaties (mannen, tenzij anders vermeld).

Populatie	n	Leeftijd		Totaal		Fysieke Agressie		Verbale Agressie		Woede		Vijandigheid	
		M (SD)	(SD)	M (SD)	(SD)	M (SD)	(SD)	M (SD)	(SD)	M (SD)	(SD)		
Terbeschikkinggestelden	152	32.92	(7.54)	28.40	(7.72)	8.59	(3.01)	6.01	(2.23)	6.55	(2.73)	7.24	(3.05)
Poliklinische algemeen geweldadige patiënten	194	22.50	(8.86)	32.96	(10.27)	9.30	(3.32)	7.31	(2.91)	8.08	(3.03)	8.27	(3.10)
Poliklinische huiselijk geweldadige patiënten	63	37.32	(11.55)	30.80	(9.34)	8.60	(3.16)	6.74	(2.41)	7.49	(2.87)	7.97	(3.34)
Poliklinische seksueel geweldadige patiënten	60	40.50	(14.46)	28.67	(9.80)	6.38	(3.16)	6.27	(2.54)	7.08	(3.12)	8.93	(3.70)
Langgestraften	100	32.35	(9.50)	28.52	(8.26)	8.06	(3.22)	6.28	(2.16)	6.69	(2.51)	7.50	(2.92)
(V)MBO-leerlingen	160	17.35	(1.08)	30.44	(8.41)	7.60	(3.07)	6.94	(2.56)	7.33	(2.59)	8.48	(3.07)
(V)MBO-leerlingen (vrouwen)	160	18.32	(1.78)	29.49	(8.53)	6.57	(3.03)	6.67	(2.28)	7.63	(2.73)	8.62	(3.01)
HAVO/VWO-leerlingen (vrouwen en mannen)	93	16.11	(.79)	26.70	(6.81)	6.74	(2.70)	5.52	(1.99)	6.92	(2.61)	7.52	(2.74)

TABEL 13.6.2

Normen AVL-AV Totaalscore (mannen).

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden	Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten	Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten	Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten
14	1	1	1	1
15	1	1	1	1
16	1	1	1	2
17	1	1	1	2
18	2	1	1	2
19	2	2	1	2
20	2	2	2	3
21	2	2	2	3
22	3	2	2	3
23	4	2	2	3
24	4	3	2	4
25	4	3	4	4
26	4	3	4	5
27	5	4	5	6
28	6	4	5	6
29	6	4	5	6
30	6	5	6	6
31	7	5	6	7
32	8	6	6	7
33	8	6	7	7
34	9	6	7	8
35	9	6	7	8
36	9	7	8	9
37	9	7	8	9

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden	Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten	Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten	Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten
38	10	7	9	9
39	10	8	9	9
40	10	8	9	9
41	10	8	9	10
42	10	9	9	10
43	10	9	10	10
44	10	9	10	10
45	10	9	10	10
46	10	9	10	10
47	10	10	10	10
48	10	10	10	10
49	10	10	10	10
50	10	10	10	10

TABEL 13.6.3

Normen AVL-AV Totaalscore (mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Langgestraften	(V)MBO-leerlingen	(V)MBO-leerlingen (meisjes)	HAVO/VWO-leerlingen (jongens en meisjes)
14	1	1	1	1
15	1	1	1	1
16	1	1	1	1
17	1	1	1	1
18	2	2	2	2
19	2	2	2	2
20	2	2	2	2
21	2	2	2	3
22	3	2	2	3
23	3	3	3	3
24	4	3	3	4
25	4	3	4	5
26	5	4	4	6
27	5	4	5	7
28	6	4	6	7
29	6	5	6	8
30	7	5	6	8
31	7	6	7	8
32	7	6	7	8
33	7	7	7	9
34	8	7	8	9
35	9	8	8	10
36	9	8	9	10
37	9	9	9	10
38	9	9	9	10
39	9	9	9	10
40	10	10	10	10
41	10	10	10	10
42	10	10	10	10
43	10	10	10	10
44	10	10	10	10
45	10	10	10	10
46	10	10	10	10

TABEL 13.6.4

Normen AVL-AV Fysieke Agressie (mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden	Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten	Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten	Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten
3	1	1	1	3
4	2	2	2	4
5	2	2	4	5
6	3	3	4	6
7	4	3	6	7
8	5	4	6	8
9	6	5	8	9
10	7	6	8	9
11	8	8	9	10
12	9	9	10	10
13	10	9	10	10
14	10	10	10	10
15	10	10	10	10

TABEL 13.6.5

Normen AVL-AV Fysieke Agressie (mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Langgestraften	(V)MBO-leerlingen	(V)MBO-leerlingen (meisjes)	HAVO/VWO-leerlingen (jongens en meisjes)
3	2	2	2	2
4	2	2	3	3
5	2	3	5	4
6	4	4	6	6
7	5	6	7	7
8	6	7	8	8
9	7	8	9	9
10	8	9	9	10
11	9	10	10	10
12	10	10	10	10
13	10	10	10	10
14	10	10	10	10
15	10	10	10	10

TABEL 13.6.6

Normen AVL-AV Verbale Agressie (mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden	Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten	Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten	Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten
3	2	2	1	2
4	4	2	3	4
5	5	3	4	4
6	7	5	5	6
7	8	6	7	7
8	9	7	9	8
9	10	8	9	9
10	10	9	9	10
11	10	9	10	10
12	10	10	10	10
13	10	10	10	10
14	10	10	10	10
15	10	10	10	10

TABEL 13.6.7

Normen AVL-AV Verbale Agressie (mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Langgestraften	(V)MBO-leerlingen	(V)MBO-leerlingen (meisjes)	HAVO/VWO-leerlingen (jongens en meisjes)
3	2	2	1	2
4	2	3	2	4
5	4	4	4	6
6	6	5	6	6
7	8	6	7	8
8	9	8	9	9
9	10	9	9	10
10	10	10	10	10
11	10	10	10	10
12	10	10	10	10
13	10	10	10	10
14	10	10	10	10
15	10	10	10	10

TABEL 13.6.8

Normen AVL-AV Woede (mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden	Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten	Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten	Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten
3	2	1	1	2
4	3	2	2	3
5	4	3	4	4
6	6	4	4	5
7	7	5	6	6
8	8	6	7	7
9	9	7	8	8
10	10	8	9	9
11	10	9	10	9
12	10	10	10	10
13	10	10	10	10
14	10	10	10	10
15	10	10	10	10

TABEL 13.6.9

Normen AVL-AV Woede (mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Langgestraften	(V)MBO-leerlingen	(V)MBO-leerlingen (meisjes)	HAVO/VWO-leerlingen (jongens en meisjes)
3	2	1	1	2
4	3	2	2	3
5	4	3	3	4
6	5	4	4	5
7	7	6	6	7
8	8	7	7	8
9	9	9	8	9
10	10	10	9	9
11	10	10	10	10
12	10	10	10	10
13	10	10	10	10
14	10	10	10	10
15	10	10	10	10

TABEL 13.6.10

Normen AVL-AV Vijandigheid (mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden	Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten	Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten	Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten
3	2	1	2	2
4	3	2	2	2
5	4	2	3	2
6	5	4	4	3
7	6	4	4	4
8	7	6	5	5
9	8	7	8	6
10	9	8	8	7
11	10	9	9	7
12	10	10	10	8
13	10	10	10	9
14	10	10	10	10
15	10	10	10	10

TABEL 13.6.11

Normen AVL-AV Vijandigheid (mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Langgestraften	(V)MBO-leerlingen	(V)MBO-leerlingen (meisjes)	HAVO/VWO-leerlingen (jongens en meisjes)
3	2	1	1	1
4	2	2	2	2
5	3	2	2	3
6	5	3	3	4
7	6	5	4	6
8	7	6	5	7
9	8	7	6	8
10	9	8	8	9
11	10	9	9	9
12	10	9	10	10
13	10	10	10	10
14	10	10	10	10
15	10	10	10	10

13.7 Observatieschaal voor Agressief Gedrag (OSAG)*

Auteurs Hornsveld, Nijman, Hollin, & Kraaimaat (2007b)

Instructie In sociale situaties kunnen patiënten reageren met sociaal competent of agressief gedrag. De vragen in deze observatieschaal hebben betrekking op verschillende aspecten van agressief en sociaal competent gedragingen gedurende afgelopen week:

- 1 emoties of stemmingen gedurende afgelopen week
- 2 vorm van agressieve gedragingen
- 3 aanleidingen tot agressieve gedragingen
- 4 sancties die zijn gehanteerd
- 5 vorm van sociaal competente gedragingen

In de schaal worden gedragingen genoemd, elk gevolgd door vier uitspraken over de frequentie waarmee het wordt vertoond. De uitspraken variëren van 'niet' tot 'vaak'. U beoordeelt elk gedrag door een kruisje te zetten bij de frequentie die u het meest van toepassing vindt. Let daarbij op het volgende:

- ▶ ga zowel bij agressief als assertief gedrag uit van de normen en waarden zoals die in het gewone leven buiten de instelling gelden
- ▶ beoordeel het gedrag van de patiënt alleen over afgelopen week
- ▶ geef uw beoordeling aan door een kruisje te zetten, bijvoorbeeld zo:

	Niet	Zelden	Soms	Vaak
Eet met mes en vork	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Een A4-versie van de observatieschaal is te vinden op www.Agressiehanteringstherapie.nl/Meetinstrumenten.

Voorbeelden van verbaal agressief gedrag:

[a] vloeken: godverdomme, shit, kanker, tering, wat een klote tent is het hier; [b] schelden: klootzak, kutwijf, krijg de tering, kankerlijder en [c] dreigen: ik krijg je wel, ik weet je te vinden, je zal er nog van merken.

Voorbeelden van non-verbaal agressief gedrag:

[a] dreigen: middelvinger omhoog, vuisten ballen, strak aankijken, naar je wijzen.

Items

1 Emoties/stemmingen

01 angstig:

02 boos:

03 geprikkeld:

04 gespannen:

05 rustig:

06 somber:

07 teleurgesteld:

08 vijandig:

09 woedend:

2 Agressief gedrag

Gericht op instelling:

10 staf: verbaal: negeren:

11 klagen:

12 vloeken:

13 schelden:

14 dreigen:

15 voorwerp: fysiek: schoppen:

16 gooien:

17 vernielen:

Gericht op medepatiënt(en)

18 persoon: verbaal: schelden:

19 dreigen:

3 Aanleidingen

Conflict(en) ging(en) over

20 huisregel:

21 afspraak:

22 voortgang TBS/behandeling:

23 beperkende maatregel:

24 persoonlijke kwestie:

25 andere reden(en):

4 Sancties voor patiënt

26 patiënt krijgt kritiek op zijn gedrag:

27 patiënt moet excuses aanbieden:

28 patiënt wordt naar kamer gestuurd:

5 Sociaal competent gedrag

Gericht op staf

29 legt op een adequate manier contact:

30 beëindigt situaties met tact:

31 weigert vriendelijk doch beslist:

32 geeft constructief kritiek:

33 geeft gemeente complimenten:

34 spreekt met waardering over zichzelf:

35 komt met goede voorstellen:

Gericht op medepatiënt(en)

36 geeft constructief kritiek:

37 geeft duidelijk zijn mening:

38 geeft gemeente complimenten:

39 spreekt met waardering over zichzelf:

40 komt met goede voorstellen:

Scoring Frequentie van gedrag: 1 = Niet, 2 = Zelden, 3 = Soms, 4 = Vaak. De totaalscore is de som van de scores op alle 40 items, waarbij item 5 gespiegeld wordt gescoord.

Normen HzG-patiënten zijn patiënten die op het punt stonden om aan *Held zonder geweld* (HzG) deel te nemen.

TABEL 13.7.1

Gemiddelden en standaarddeviaties per OSAG-subschaal.

Subschaal	Patiënten (n = 177)		HzG-patiënten (n = 116)	
	M	(SD)	M	(SD)
Leeftijd	39,1	(9,3)	33,2	(7,6)
Irritatie/boosheid	11,1	(3,8)	12,3	(3,5)
Angst/somberheid	9,8	(2,8)	9,6	(3,0)
Agressief gedrag	15,9	(5,1)	16,3	(5,7)
Sociaal gedrag	30,8	(7,9)	33,7	(6,9)
Aanleiding	13,1	(4,7)	12,4	(4,6)
Sanctie	5,9	(2,3)	6,2	(2,6)

TABEL 13.7.2

Normen voor OSAG-subschalen Irritatie/boosheid en Angst/somberheid.

Ruwe score	Irritatie/boosheid		Angst/somberheid	
	Patiënten (n = 177)	HzG-patiënten (n = 116)	Patiënten (n = 177)	HzG-patiënten (n = 116)
4	1		1	1
5	1	1	1	1
6	1	1	1	2
7	2	1	2	3
8	3	1	3	4
9	4	2	4	5
10	4	3	5	6
11	5	4	6	7
12	6	5	7	8
13	7	6	8	9
14	8	7	9	10
15	8	7	10	10
16	9	8	10	10
17	10	9		
18	10	10		
19	10	10		

TABEL 13.7.3

Normen voor OSAG-subschalen Agressief gedrag en Sociaal gedrag.

Ruwe score	Agressief gedrag		Sociaal gedrag	
	Patiënten (n = 177)	HzG-patiënten (n = 116)	Patiënten (n = 177)	HzG-patiënten (n = 116)
10	1	1		
11	2	2		
12	3	3	1	1
13	4	4	1	1
14	4	5	1	1
15	5	5	1	1
16	6	6	1	1
17	7	7	1	1
18	7	7	1	1
19	8	8	1	1
20	8	8	1	1
21	9	8	2	1
22	9	8	2	1
23	9	9	2	1
24	10	9	2	1
25	10	9	3	2
26	10	10	3	2
27	10	10	3	2
28	10	10	4	2
29	10	10	4	3
30	10	10	4	3
31	10	10	5	3
32	10	10	5	4
33	10	10	6	5
34		10	6	5
35		10	7	5

Ruwe score	Agressief gedrag		Sociaal gedrag	
	Patiënten (n = 177)	HzG-patiënten (n = 116)	Patiënten (n = 177)	HzG-patiënten (n = 116)
37		10	8	7
38		10	8	7
39		10	9	8
40		10	9	8
41			10	9
42			10	9
43			10	9
44			10	10
45			10	10
46			10	10
47			10	10
48			10	10

TABEL 13.7.4

Normen voor OSAG-subschalen Aanleiding en Sanctie.

Ruwe score	Aanleiding		Sanctie	
	Patiënten (n = 177)	HZG-patiënten (n = 116)	Patiënten (n = 177)	HZG-patiënten (n = 116)
3			1	1
4			2	1
5			3	1
6	1	1	4	2
7	1	2	7	3
8	1	2	8	4
9	2	3	9	5
10	3	4	10	10
11	4	4	10	10
12	5	5	10	10
13	6	6		
14	6	6		
15	7	7		
16	7	8		
17	8	8		
18	9	9		
19	9	9		
20	9	10		
21	10	10		
22	10	10		
23	10	10		
24	10	10		

13.8 Bermond-Vorst Alexithymia Vragenlijst (BVAQ)***Auteurs** Bermond & Vorst (1996)

Instructie Op de volgende bladzijden vindt u een lijst met uitspraken. Onder iedere uitspraak staat een vijfpuntsschaal die loopt van 'Geheel van toepassing' tot 'Volstrekt niet van toepassing'. Het is de bedoeling dat u op deze antwoordschaal aangeeft in welke mate uw persoonlijke manier van reageren overeenkomt met wat in de uitspraak staat. U zet onder elke uitspraak slechts één kruisje.

Een voorbeeld:

Het zien van jonge poesjes geeft me een gevoel van vertedering.

Geheel van toepassing Volstrekt niet van toepassing

Als u vindt dat deze opmerking in het geheel met uw manier van reageren overeenstemt, dan zet u een kruisje in het meest linkse hokje. Als u vindt dat deze opmerking in het geheel niet met uw manier van reageren overeenstemt, dan zet u een kruisje in het meest rechtse hokje. Als u vindt dat uw manier van reageren wat minder uitgesproken is dan hierboven beschreven is, dan zet u het kruisje iets meer naar het midden. Het midden van de schaal gebruikt u alleen indien u de beschreven reactie in de uitspraak volstrekt niet kunt beoordelen.

Items deel A

- Ik vind het moeilijk mijn gevoelens onder woorden te brengen.
- Voor ik inslaap verzijn ik vaak allerlei gebeurtenissen, ontmoetingen en gesprekken.
- Als ik van streek ben, dan weet ik of ik angstig of verdrietig of kwaad ben.
- Als er iets volstrekt onverwachts gebeurt, blijf ik rustig en onbewogen.
- Ik verdiep me nauwelijks in mijn emoties.
- Ik vertel anderen graag over mijn emoties.
- Ik heb weinig dagdromen en fantasieën.

* Een A4-versie van de vragenlijst is te vinden op www.Agressiehanteringstherapie.nl/Meetinstrumenten.

- 8 Als ik gespannen ben, blijft het mij onduidelijk door welk emotioneel gevoel dat komt.
- 9 Als ik zie dat iemand vreselijk moet huilen, blijf ik onbewogen.
- 10 Emoties moet je proberen te doorgronden.
- 11 Zelfs met een vriend of vriendin vind ik het moeilijk om over mijn gevoelens te praten.
- 12 Ik gebruik mijn fantasie vaak.
- 13 Als dingen mij teveel worden begrijp ik meestal waar dat aan ligt.
- 14 Als vrienden om me heen vreselijk ruzie maken, raak ik geëmotioneerd.
- 15 Als ik me vervelend voel, ga ik mij niet nog eens extra kwellen door me af te vragen waarom ik dat gevoel heb.
- 16 Als ik wil vertellen hoe rot ik me voel kan ik daar makkelijk de juiste woorden voor vinden.
- 17 Voor sprookjes en bizarre verhalen heb ik weinig interesse.
- 18 Als ik me prettig voel blijft het mij onduidelijk of ik opgeruimd of opgetogen of blij ben.
- 19 Vaak borrelen de emoties zo maar in me naar boven.
- 20 Als ik niet lekker in m'n vel zit, probeer ik te achterhalen waarom ik mij zo voel.

Items deel B

- 21 Mensen zeggen vaak dat ik meer over mijn gevoelens moet vertellen.
- 22 Fantaseren doe ik zelden.
- 23 Ik weet niet wat er allemaal in me omgaat.
- 24 Ook als anderen laaiend enthousiast over iets zijn, blijf ik onbewogen.
- 25 Aan emoties valt weinig te begrijpen.
- 26 Als ik door iets uit mijn doen geraakt ben, praat ik met anderen over mijn gevoelens.
- 27 Ik bedenk graag gekke fantasierijke verhalen.
- 28 Als ik me rot voel dan weet ik of ik bevreesd of somber of bedroefd ben.
- 29 Onverwachte gebeurtenissen overspoelen me vaak met emoties.
- 30 Ik vind dat je contact moet houden met je gevoelens.
- 31 Ik kan mijn gevoelens verwoorden.
- 32 Fantaseren over irreële zaken of gebeurtenissen vind ik zonde van mijn tijd.
- 33 Als ik mezelf in de weg loop, blijft het mij onduidelijk of ik verdrietig of bang of ongelukkig ben.
- 34 Tegenvallers aanvaard ik emotieloos.
- 35 Ik vind het maar raar dat anderen zo vaak hun emoties analyseren.

- 36 Als ik met mensen praat heb ik het eerder over m'n dagelijkse bezigheden dan over m'n gevoelens.
- 37 Als ik weinig om handen heb, zit ik te dagdromen.
- 38 Als ik in een zonnige stemming ben, weet ik of ik enthousiast of vrolijk of uitgelaten ben.
- 39 Als ik een ander vreselijk zie huilen, voel ik de droefheid in me opkomen.
- 40 Als ik gespannen ben, wil ik precies weten waar dat gevoel vandaan komt.

Scoring

1 = Meest linkse vakje aangekruist

2 = Op een na linkse vakje aangekruist

3 = Midden aangekruist

4 = Op een na rechtse vakje aangekruist

5 = Meest rechtse vakje aangekruist

De totaalscore van A+B versie is de som van de scores op alle 40 items.

De totaalscore van deel B is de som van de scores op de items 21 t/m 40.

TABEL 13.8.1

Gemiddelden en standaarddeviaties van leeftijd, BVAQ totaalscores en BVAQ, deel B totaalscores bij verschillende populaties (mannen, tenzij anders vermeld).

Populatie	BVAQ				BVAQ, deel B		
	<i>n</i>	Leeftijd <i>M (SD)</i>	Totaalscore <i>M (SD)</i>		<i>n</i>	Leeftijd <i>M (SD)</i>	Totaalscore <i>M (SD)</i>
Terbeschikkinggestelden	121	32.81 (7.28)	108.77 (21.27)		106	33.19 (7.08)	54.02 (11.30)
Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten	139	23.76 (9.44)	120.08 (17.72)		139	23.76 (9.44)	59.29 (9.62)
Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten	63	37.32 (11.55)	111.44 (17.67)		63	37.32 (11.55)	55.41 (9.71)
Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten	60	40.50 (14.46)	112.71 (18.80)		60	40.50 (14.46)	55.97 (9.66)
Langgestraften	100	32.35 (9.50)	117.01 (20.74)		100	32.35 (9.50)	58.73 (10.85)
(V)MBO-leerlingen	160	17.35 (1.08)	113.89 (16.16)		160	17.35 (1.08)	56.40 (9.22)
(V)MBO-leerlingen (vrouwen)	160	18.32 (1.78)	118.94 (22.66)		160	18.32 (1.78)	59.50 (12.24)
HAVO/VWO-leerlingen (vrouwen en mannen)	93	16.11 (.79)	—		93	16.11 (.79)	—

TABEL 13.8.2

Normen BVAQ Totaalscore (mannen).

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden	Poliklinische algemeen geweldddadige patiënten	Poliklinische huiselijk geweldddadige patiënten	Poliklinische seksueel geweldddadige patiënten
75	1	1	1	1
76	1	1	1	1
77	1	1	1	1
78	1	1	1	1
79	1	1	1	1
80	1	1	1	1
81	1	1	1	1
82	1	1	1	1
83	1	1	1	1
84	2	1	1	2
85	2	1	1	2
86	2	1	1	2
87	2	1	1	2
88	2	1	2	2
89	2	1	2	2
90	2	1	2	2
91	3	1	2	2
92	3	1	2	2
93	3	1	2	2
94	3	1	2	2
95	3	1	2	2
96	4	1	2	2
97	4	1	2	3
98	4	2	3	3
99	4	2	3	3
100	4	2	3	3
101	5	2	3	3

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden	Poliklinische algemeen geweldddadige patiënten	Poliklinische huiselijk geweldddadige patiënten	Poliklinische seksueel geweldddadige patiënten
102	5	2	3	3
103	5	3	3	3
104	5	3	4	3
105	5	3	4	3
106	5	3	4	4
107	6	3	4	4
108	6	3	4	4
109	6	3	5	4
110	6	3	5	5
111	6	4	5	5
112	6	4	5	5
113	7	4	6	6
114	7	4	7	6
115	7	4	7	6
116	7	4	8	6
117	7	5	8	7
118	7	5	8	7
119	8	6	8	7
120	8	6	8	7
121	8	6	8	7
122	8	7	8	8
123	8	7	8	9
124	9	7	8	9
125	9	7	9	9
126	9	7	9	9
127	9	7	9	9
128	9	8	9	9

TABEL 13.8.2 — VERVOLG

Normen BVAQ Totaalscore (mannen).

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden	Poliklinische algemeen gewelddadige patiënten	Poliklinische huiselijk gewelddadige patiënten	Poliklinische seksueel gewelddadige patiënten
129	9	8	9	9
130	9	8	9	9
131	9	8	10	9
132	9	8	10	9
133	9	9	10	9
134	9	9	10	9
135	9	9	10	10
136	9	9	10	10
137	9	9	10	10
138	10	9	10	10
139	10	9	10	10
140	10	9	10	10
141	10	9	10	10
142	10	9	10	10
143	10	9	10	10
144	10	9	10	10
145	10	10	10	10
146	10	10	10	10
147	10	10	10	10
148	10	10	10	10
149	10	10	10	10
150	10	10	10	10

TABEL 13.8.3

Normen BVAQ Totaalscore (mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Langgestraften	(V)MBO-leerlingen	(V)MBO-leerlingen (meisjes)
75	1	1	1
76	1	1	1
77	1	1	1
78	1	1	1
79	1	1	1
80	1	1	1
81	1	1	1
82	1	1	1
83	1	1	1
84	1	1	1
85	1	1	1
86	1	1	1
87	1	1	1
88	1	1	1
89	2	1	1
90	2	1	1
91	2	2	1
92	2	2	1
93	2	2	1
94	2	2	2
95	2	2	2
96	2	2	2
97	2	2	2
98	2	2	2
99	3	3	3
100	3	3	3
101	3	3	3
102	3	3	3

TABEL 13.8.3 — VERVOLG

Normen BVAQ Totaalscore (mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Langgestraften	(V)MBO-leerlingen	(V)MBO-leerlingen (meisjes)
103	3	3	3
104	3	3	4
105	3	3	4
106	3	3	4
107	3	4	4
108	3	4	4
109	4	4	5
110	4	4	5
111	4	4	5
112	4	5	5
113	4	5	5
114	5	5	6
115	5	6	6
116	5	6	6
117	5	6	6
118	6	6	6
119	6	7	6
120	6	7	7
121	7	7	7
122	7	8	7
123	7	8	7
124	7	8	7
125	8	8	7
126	8	9	7
127	8	9	7
128	9	9	7
129	9	9	8
130	9	9	8

Ruwe score	Langgestraften	(V)MBO-leerlingen	(V)MBO-leerlingen (meisjes)
131	9	9	8
132	9	9	8
133	9	10	8
134	9	10	8
135	9	10	8
136	9	10	8
137	10	10	8
138	10	10	8
139	10	10	9
140	10	10	9
141	10	10	9
142	10	10	9
143	10	10	9
144	10	10	9
145	10	10	9
146	10	10	9
147	10	10	9
148	10	10	9
149	10	10	9
150	10	10	9
152	10	10	9
153	10	10	10
154	10	10	10
155	10	10	10

TABEL 13.8.4

Normen BVAQ, deel B Totalscore (mannen).

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden	Poliklinische algemeen geweldadige patiënten	Poliklinische huiselijk geweldadige patiënten	Poliklinische seksueel geweldadige patiënten
40	1	1	1	1
41	1	1	1	1
42	1	1	1	1
43	1	1	2	2
44	1	1	2	2
45	2	1	2	2
46	2	1	2	2
47	2	1	3	3
48	3	2	3	3
49	3	2	3	3
50	3	2	4	3
51	3	3	4	4
52	3	3	5	4
53	3	4	5	4
54	4	4	5	4
55	4	4	5	5
56	5	5	6	5
57	5	5	7	6
58	5	5	7	6
59	6	6	7	6
60	6	7	7	8
61	7	7	8	8
62	7	7	8	8
63	8	7	9	8
64	8	8	9	9
65	9	8	9	9

Ruwe score	Terbeschikking-gestelden	Poliklinische algemeen geweldadige patiënten	Poliklinische huiselijk geweldadige patiënten	Poliklinische seksueel geweldadige patiënten
66	9	8	10	9
67	9	8	10	10
68	10	9	10	10
69	10	9	10	10
70	10	9	10	10
71	10	9	10	10
72	10	9	10	10
73	10	10	10	10
74	10	10	10	10
75	10	10	10	10

TABEL 13.8.5

Normen BVAQ, deel B Totalscore (mannen, tenzij anders vermeld).

Ruwe score	Langgestraften	(V)MBO-leerlingen	(V)MBO-leerlingen (meisjes)
40	1	1	1
41	1	1	1
42	1	1	1
43	1	1	1
44	1	2	1
45	2	2	1
46	2	2	2
47	2	2	2
48	2	2	2
49	3	3	2
50	3	3	3
51	3	3	3
52	3	4	4
53	3	4	4
54	4	5	4
55	4	5	5
56	5	5	5
57	5	6	6
58	5	6	6
59	6	7	6
60	6	8	7
61	7	8	7
62	7	8	7
63	8	9	7
64	8	9	7
65	9	9	7

Ruwe score	Langgestraften	(V)MBO-leerlingen	(V)MBO-leerlingen (meisjes)
66	9	9	8
67	9	10	8
68	10	10	8
69	10	10	8
70	10	10	8
71	10	10	9
72	10	10	9
73	10	10	9
74	10	10	9
75	10	10	10
76	10	10	10
77	10	10	10
78	10	10	10
79	10	10	10
80	10	10	10

LITERATUUR

- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., Camp, N., Becker, J. V., & Rathner, J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Annals of Sex Research, 2*, 135–153.
- Abel, G. G., Jordan, A., Rouleau, J. L., Emerick, R., Barboza-Whitehead, S., & Osborn, C. (2004). Use of visual reaction time to assess male adolescents who molest children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 16*, 255–265.
- Adida, M., Clark, L., Pomietto, P., Kaladjian, A., Besnier, N., Azorina, J., Jeanningrosa, R., & Goodwin, G. M. (2008). Lack of insight may predict impaired decision making in manic patients. *Bipolar Disorders, 10*, 829–837.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (2005). The influences of attitudes on behavior. In D. Albarracín, B. T. Johnson, & Zanna, M. P. (Eds.), *The Handbook of Attitudes* (pp. 173–221). New York: Psychology Press.
- 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.
- Akerman, G., & Beech, A. R. (2012). A systematic review of measures of deviant sexual interest and arousal. *Psychiatry, Psychology and Law, 19*, 118–143. doi: 10.1080/13218719.2010.547161
- Akkerman-Bouwsema, G., Biesbroek, B., Lancel, M., & Gerlsma, C. (2015). De bruikbaarheid van agressievragenlijsten in de Nederlandse forensisch-psychiatrische praktijk. *Gedragstherapie, 48*, 282–300.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Ed.). Washington DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV-TR). Washington, DC: Author.
- Anderson, C. A., & Bushman, B. J. (2002). Human aggression. *Annual Review of Psychology, 53*, 27–51.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3rd edition). Cincinnati, OH: Anderson.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (2010). *The Psychology of Criminal Conduct* (5th edition). New Providence, NJ: Matthew Bender & Company.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior, 17*, 19–52.
- Andrews, P., & Meyer, R. G. (2003). Marlow-Crowne Social Desirability Scale and short form C: forensic norms. *Journal of Clinical Psychology, 59*, 483–492. doi: 10.1002/jclp.10136.
- 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.
- Arboleda-Florez, Crisanti, A., Rose, S., & Holley, H. (1994). Measuring aggression on psychiatric inpatient units: Development and testing of the Calgary General Hospital Aggression Scale. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 38*, 183–204.
- Arbuckle, J. L. (2009). *Amos 18 user's guide*. Crawfordville, FL: Amos Development Corporation.
- Arkowitz, S., & Vess, J. (2003). An evaluation of the Bumbly RAPE and MOLESTscales as measures of cognitive distortions with civilly committed sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment, 15*, 237–249.
- Arrindell, W. A. (1993). The fear of fear concept: Evidence in favour of multi-dimensionality. *Behaviour Research and Therapy, 31*, 507–518. doi: 10.1016/0005-7967(93)90065-3
- Ax, A. F. (1953). The physiological differentiation between fear and anger in humans. *Psychosomatic Medicine, 15*, 433–442.
- Babchishin, K. M., Nunes, K. L., & Hermann, C. A. (2013). The validity of implicit association test (IAT) measures of sexual attraction to children: A meta-analysis. *Archives of Sexual Behavior, 42*, 487–499. doi: 10.1007/s10508-012-0022-8
- Bagby, R. M., Parker, J. D. A., & Taylor, G. J. (1994). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 23–32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (1994). The 20-Item Toronto Alexithymia Scale: II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research, 38*, 33–40.
- Baker, F. B., & Kim, S. (2004). *Item Response Theory: Parameter Estimation Techniques* (2nd ed.). Boca Raton, FL: CRC Press.
- Baker, R. D., & Hall, J. N. (1988). REHAB: a new assessment instrument for chronic psychiatric patients. *Schizophrenia Bulletin, 14*, 97–111.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Banse, R., Schmidt, A. F., & Clarbour, J. (2010). Indirect measures of sexual interest in child sex offenders: A multimethod approach. *Criminal Justice and Behavior, 37*, 319–335. doi: 10.1177/0093854809357598
- 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>
- Basinger, K. S., Gibbs, J. C., & Fuller, D. (1995). Context and the measurement of moral judgement. *International Journal of Behavioral Development, 18*, 537–556.
- Bech, P. (1994). Measurement by observation of aggressive behavior and activities in clinical situations. *Criminal Behaviour and Mental Health, 4*, 290–302.

- Bech, P. & Mak, M. (1995). Measurements of impulsivity and aggression. In E. Hollander & D. J. Stein (Eds.), *Impulsivity and aggression* (pp. 25-41). Chichester, UK: Wiley.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Manual for the Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beech, A., Friendship, C., Erikson, M., & Hanson, R. K. (2002). The relationship between static and dynamic risk factors and reconviction in a sample of U.K. child abusers. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *14*, 155-167.
- Bell, M., Fiszdon, J., Richardson, R., Lysaker, P., & Bryson, G. (2007). Are self-reports valid for schizophrenia patients with poor insight? Relationship of unawareness of illness to psychological self-report instruments. *Psychiatry Research*, *151*, 37-46.
- Bermond, B., Vorst, H. C., Vingerhoets, A. J., & Gerritsen, W. (1999). The Amsterdam Alexithymia Scale: Its psychometric values and correlations with other personality traits. *Psychotherapy & Psychosomatics*, *68*, 241-251.
- Berthoz, S., Ouhayoun, B., Perez-Diaz, Consoli, S. M., Jouvent, R. (2000). Comparison of the psychometric properties of two self-report questionnaires measuring alexithymia: Confirmatory analysis of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *European Review of Applied Psychology*, *50*, 359-368.
- Blackburn, R. (1982). *The Special Hospital Assessment of Personality and Socialization*. Unpublished manuscript.
- Blackburn, R. (1993). *The psychology of criminal conduct*. Chichester, UK: Wiley.
- Blair, R. J. R. (2001). Neurocognitive models of aggression, the antisocial personality disorders, and psychopathy. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, *71*, 727-731.
- Blair, R. J. R. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *The British Journal of Psychiatry*, *182*, 5-7. doi: 10.1192/bjp.182.1.5
- Bloch, S., Lemeignan, M., & Aguilera, N. (1991). Specific respiratory patterns Distinguish among human basic emotions. *International Journal of Psychophysiology*, *11*, 141-154. doi: 10.1016/0167-8760(91)90006-J
- 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.
- Boerhout, C., & Van der Weele, K. (2007). Psychomotorische therapie en agressie-regulatie: een pilotonderzoek. *Tijdschrift voor Vaktherapie*, *2*, 11-19.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). *Risk-Need-Responsivity model for offender assessment and rehabilitation*. Ottawa, CA: Public Safety Canada.
- Bouman, T. K. (1994). De 'Beck Depression Inventory' (BDI). *Gedragstherapie*, *27*, 69-71.
- Brand, E. F. J. M., & Emmerik, J. L. van (2001). *Handboek Forensisch Psychiatrische Profielen: Handleiding FP40*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Browne, K., & Howells, K. (1996). Violent offenders. In C. R. Hollin (Ed.), *Working with Offenders. Psychological Practice in Offender Rehabilitation* (pp. 188-210). Chichester, UK: Wiley.

- Bryant, F. B., & Smith, B. D. (2001). Refining the architecture of aggression: A measurement model for the Buss-Perry Aggression Questionnaire. *Journal of Research in Personality*, *35*, 138-167. doi: 10.1006/jrpe.2000.2302
- Bumby, K. M. (1996). Assessing the cognitive distortions of child molesters and rapists: Development and validation of the MOLEST and RAPE Scales. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *8*, 37-54.
- Buss, A. H., & Durkee, A. (1957). An inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting Psychology*, *21*, 343-349.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The Aggression Questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 452-459
- Campbell, M. A., French, S., & Gendreau, P. (2009). The prediction of violence in adult offenders. A meta-analytic comparison of instruments and methods of assessment. *Criminal Justice and Behavior*, *36*, 567-590. doi: 10.1177/0093854809333610
- Campos, J. A. D. B., Zucoloto, M. L., Bonafé, F. S. S., Jordani, P. C., & Maroco, J. (2011). Reliability and validity of self-reported burnout in college students: A cross randomized comparison of paper-and-pencil vs. online administration. *Computers in Human Behavior*, *27*, 1875-1883. doi: 10.1016/j.chb.2011.04.011
- Carlo, G., Eisenberg, N., & Knight, G. P. (1992). An objective measure of adolescents' prosocial moral reasoning. *Journal of Research on Adolescence*, *2*, 331-349.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267-283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267
- Cates, D. S., & Shontz, F. C. (1996). The effects of time pressure on social cognitive problem-solving by aggressive and nonaggressive boys. *Child Study Journal*, *26*, 163-191.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The body sensations questionnaire and the agoraphobic cognitions questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *52*, 1090-1097. doi: 10.1037/0022-006x.52.6.1090
- Ciardha, C. Ó., & Gormley (2009). Comparing two implicit cognitive measures of sexual interest: A pictorial modified Stroop task and the Implicit Association Test. In D. Thornton & D. R. Laws (Eds.), *Cognitive approaches to the assessment of sexual interest in sexual offenders* (pp. 177-202). Chichester, UK: Wiley.
- Cima, M., & Raine, A. (2009). Distinct characteristics of psychopathy relate to different subtypes of aggression. *Personality and Individual Differences*, *47*, 835-840. doi: 10.1016/j.paid.2009.06.031
- Cima, M. J., Raine, A., Meesters, C., & Popma, A. (2013). Validation of the Dutch Reactive Proactive Questionnaire (RPQ): Differential correlates of reactive and proactive aggression from childhood to adulthood. *Aggressive Behavior*, *39*, 99-113. doi: 10.1002/ab.21458

- Coie, J. D., & Dodge, K. A. (1997). Aggression and antisocial behavior. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology* (5th edition), 3: *Social, emotional, and personality development* (N. Eisenberg, volume editor) (pp. 779-862). Chichester, UK: Wiley.
- Colby, A., & Kohlberg, L. (1987). *The measurement of moral judgment* (Vol.1). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Colby, A., Kohlberg, L., Spechier, B., Hewer, A., Candee, D., Gibbs, J., & Power, C. (1987). *The measurement of moral judgement* (Vol. 2). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Cooke, D. J., & Philip, L. (2001). To treat or not to treat? An empirical perspective. In C. R. Hollin (Ed.), *Handbook of Offender Assessment and Treatment* (pp. 17-34). Chichester, UK: Wiley.
- Cornell, D. G., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G., & Pine, D. (1996). Psychopathy of instrumental and reactive offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 783-790.
- Correctional Services Accreditation Panel (2010). *The Correctional Services Accreditation Panel Report, 2009-2010*. Ministry of Justice: www.justice.gov.uk.
- Costa Jr., P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Craig, L. A., Thornton, D., Beech, A., & Browne, K. D. (2007). The relationship of statistical and psychological risk markers to sexual reconviction in child molesters. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 314-329.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of Social-Information-Processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115, 74-101.
- Crick, N. R., & Dodge, K. A. (1996). Social information processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993-1002.
- Crowne, D. P., & Marlowe, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Damasio, A. R. (1996). The somatic marker hypothesis and the possible functions of the prefrontal cortex. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London B: Biological Sciences*, 351, 1413-1420. doi: 10.1098/rstb.1996.0125
- Davis, C. G., Thake, J., & Vilhena, N. (2010). Social desirability biases in self-reported alcohol consumption and harms. *Addictive Behaviors*, 35, 302-311. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.11.001
- 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., Bouman, Y., & De Vries Robbé, M. (2009). *SAPROF (Guidelines for the assessment of protective factors for violence risk)*. Utrecht, NL: 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. (2013). Innovatie in risicotaxatie van geweld: De HCR-20^{V3}. *Gedragstherapie*, 46, 107-118.
- 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: 10.1177/1079063214550
- Diamond, P. M., & Magaletta, P. R. (2006). The short-form Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ-SF): A validation study with federal offenders. *Assessment*, 13, 227-240.
- Diamond, P. M., Wang, E. W., & Buffington-Vollum, J. (2005). Factor structure of the Buss-Perry Aggression Questionnaire (BPAQ) with mentally ill male prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 32, 546-564.
- Digman, J. M. (1994). Historical antecedents of the Five-Factor Model. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp.13-18). Washington, DC: American Psychological Association.
- Dodge, K. A. (1986). A social information processing model of social competence in children. In M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota Symposium on Child Psychology* (Vol. 18) (pp. 77-125). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Dodge, K. A., & Coie, J. D. (1987). Social-information-processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 1146-1158. doi:10.1037%2F0022-3514.53.6.1146
- Dodge, K. A., Lochman, J. E., Harnish, J. D., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 37-51. doi: 10.1037/0021-843X.106.1.37
- 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. doi: 10.1037/0021-843X.99.4.385
- Douglas, K. S., Hart, S. D., Webster, C. D., & Belfrage, H. (2013). *HCR-20^{V3}: Assessing risk for violence- User guide*. Burnaby, Canada: Mental Health, Law, and Policy Institute, Simon Fraser University.
- Douglas, K. S., & Skeem, J. L. (2005). Violence risk assessment. Getting specific about being dynamic. *Psychology, Public Policy, and Law*, 11, 347-383. doi: 10.1037/1076-8971.11.3.347
- Drenth, P. J. D., & Sijtsma, K. (2006). *Testtheorie. Inleiding in de theorie van de psychologische test en zijn toepassingen*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition*, 25, 582-602.
- Eckhardt, C. I., Samper, R., Suhr, L., & Holtzworth-Munroe, A. (2012). Implicit attitudes toward violence among male perpetrators of intimate partner violence: A preliminary investigation. *Journal of Interpersonal Violence*, 27, 471-491. doi: 10.1177/0886260511421677

- Ekman, P., Levenson, R. W., & Friesen, W. V. (1983). Autonomic nervous system activity distinguishes among emotions. *Science*, *221*, 1208-1210. doi: 10.1126/science.6612338
- Epps, K. J., Haworth, R., & Swaffer, T. (1993). Attitudes toward women and rape among male adolescents convicted of sexual versus nonsexual crimes. *The Journal of Psychology*, *127*, 501-506.
- Evenson, R. C., & Dong, W. C., (1987). The Missouri Inpatient Behavior Scale. *Journal of Clinical Psychology*, *43*, 100-110.
- Eysenck, H. J., & Gudjonsson, G. H. (1989). *The causes and cures of criminality*. New York: Plenum Press.
- Fraboni, M., & Cooper, D. (1989). Further validation of three short forms of the Marlowe-Crowne Scale of Social Desirability. *Psychological Reports*, *65*, 595-600.
- Fernandez, Y., Harris, A. J. R., Hanson, R. K., & Sparks, J. (2012). *Stable-2007 Coding Manual: Revised 2012*. Ottawa, Canada: Public Safety Canada.
- Fisher, L., & Smith, G. (1999). Statistical adequacy of the Abel assessment for interest in paraphilias. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *11*, 195-205.
- Flood, M., & Pease, B. (2009). Factors influencing attitudes to violence against women. *Trauma, Violence, & Abuse*, *10*, 125-142. doi: 10.1177/1524838009334131
- Forbes, G. B., & Adams-Curtis, L. E. (2001). Experiences with sexual coercion in college males and females: Role of family conflict, sexist attitudes, acceptance of rape myths, self-esteem, and Big-Five personality factors. *Journal of Interpersonal Violence*, *16*, 865-889. doi: 10.1177/088626001016009002
- Forbes, G. B., Adams-Curtis, L. E., Pakalka, A. H., & White, K. B. (2006). Dating aggression, sexual coercion, and aggression-supporting attitudes among college men as a function of participation in aggressive high school sports. *Violence against women*, *12*, 441-455. doi: 10.1177/1077801206288126.
- Fossati, A., Maffei, C., Acquarini, E., & Di Ceglie, A. (2003). Multigroup confirmatory component and factor analyses of the Italian version of the Aggression Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, *19*, 54-65.
- Fowles, D. C., & Dindo, L. (2006). A dual-deficit model of psychopathy. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 14-34). New York: Guilford.
- 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.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Gannon, T. A., Ward, T., & Collie, R. (2007). Cognitive distortions in child molesters: theoretical and research developments over the past two decades. *Aggression and Violent Behavior*, *12*, 402-416. doi: 10.1016/j.avb.2006.09.005
- Gao, Y., Raine, A., & Schug, R. A. (2012). Somatic aphasia: Mismatch of body sensations with autonomic stress reactivity in psychopathy. *Biological Psychology*, *90*, 228-233. doi: 10.1016/j.biopsycho.2012.03.015
- Gavaghan, M. P., Arnold, K. D., & Gibbs, J. C. (1983). Moral judgment in delinquents and nondelinquents: Recognition versus production measures. *Journal of Psychology*, *114*, 267-274.
- Gawronski, B., & Bodenhausen, G. V. (2006). Associative and propositional processes in evaluation: an integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, *132*, 692-731. doi: 10.1037/0033-2909.132.5.692
- Gibbs, J. C. (2003). *Moral development & reality: Beyond the theories of Kohlberg and Hoffman*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Gibbs, J. C., Basinger, K. S. & Fuller, D. (1992). *Moral maturity: Measuring the Development of Sociomoral Reflection*. New Jersey: Erlbaum.
- Glasgow, D. V. (2009). The development of a self-report assessment of paedophile sexual interest incorporating a viewing time validity measure. In D. Thornton & D. R. Laws (Eds.), *Cognitive approaches to the assessment of sexual interest in sexual offenders* (pp. 59-84). Chichester, UK: Wiley.
- Goldstein, A. P., Glick, B., & Gibbs, J. C. (1998). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, IL: Research Press.
- Goleman, D. (1995). *Emotional intelligence*. New York, NY: Bantam Books.
- Gottman, J. M., Jacobson, N. S., Rushe, R. H., Shortt, J. W., Babcock, J., LaTaillade, J. J., & Waltz, J. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, *57*, 47-52. doi: 10.1037/0893-3200.9.3.227
- Grann, M., Långström, N., Tengström, A., & Kullgren, G. (1999). Psychopathy (PCL-R) predicts violent recidivism among criminal offenders with personality disorders in Sweden. *Law and Human Behavior*, *23*, 205-217.
- Graybill, D., & Heuvelman, L. (1993). Validity of the Children's Picture Frustration Study: A social-cognitive perspective. *Journal of Personality Assessment*, *60*, 379-389.
- Greene, J. D. (2005). Cognitive neuroscience and the structure of the moral mind. In P. Laurence, S. Carruthers, & S. Stich (Eds.), *The innate mind: Structure and contents*. New York: Oxford University Press.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 1464-1480.
- Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., & Banaji, M. R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, *97*, 17-41. doi: 10.1037/a0015575
- Gress, C. L. Z., & Laws, R. D. (2009). Measuring sexual deviance: Attention-based measures. In A. R. Beech, L. A. Craig, & K. D. Browne (Eds.), *Assessment and treatment of sex offenders: A handbook* (pp. 109-128). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

- Grillon, C., & Baas, J. (2003). A review of the modulation of the startle reflex by affective states and its application in psychiatry. *Clinical Neurophysiology*, *114*, 1557-1579. doi: 10.1016/S1388-2457(03)00202-5
- Gross, J. J. (1998). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, *74*, 224-237. doi: 10.1037/0022-3514.74.1.224
- Hafkenscheid, A. (1991). Psychometric evaluation of the Nurses Observation Scale for Inpatient Evaluation in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *83*, 46-52.
- Haidt, J. (2007). The New Synthesis in Moral Psychology. *Science*, *316*, 998-1002.
- Hansen, A. L., Johnsen, B. H., Thornton, D., Waage, L., & Thayer, J. F. (2007). Facets of psychopathy, heart rate variability and cognitive function. *Journal of Personality Disorders*, *21*, 568-582. doi: 10.1521/pedi.2007.21.5.568
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A meta-analysis of sexual offender recidivism studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *66*, 348-362.
- Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2012) *Acute-2007 Coding Manual*. Ottawa, Canada: Public Safety Canada.
- Hanson, R. K., & Thornton, D. (2000). Improving risk assessments for sex offenders: a comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior*, *24*, 119-136.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto, CA: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2003). *Manual for the Psychopathy Checklist Revised (PCL-R) 2nd edition*. Toronto, Canada: Multi Health Systems.
- Hare, R. D., & Neumann, C. S. (2006). The PCL-R assessment of psychopathy: Development, structural properties, and new directions. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 58-88). New York: Guilford.
- Harris, J. A. (1995). Confirmatory factor analysis of the Aggression Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, *33*, 991-993.
- Harris, J. A. (1997). A further evaluation of the Aggression Questionnaire: Issues of validity and reliability. *Behaviour Research and Therapy*, *35*, 1047-1053.
- Harris, A. J. R., Phenix, A., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2003). *STATIC-99 Coding Rules Revised-2003*. Ottawa, Canada: Solicitor General Canada.
- Harris, G. T., & Rice, M. E. (1996). The science in phallometric measurement of male sexual interest. *Current Directions in Psychological Science*, *5*, 156-160.
- Harris, G. T., Rice, M. E., Quinsey, V. L., & Chaplin, T. C. (1996). Viewing Time as a measure of sexual interest among child molesters and normal heterosexual men. *Behaviour Research and Therapy*, *34*, 389-394.
- Hart, S. D., Michie, C., & Cooke, D. J. (2007). Precision of actuarial risk assessment instruments. Evaluating the 'margins of error' of group v. individual predictions of violence. *British Journal of Psychiatry*, *190* (suppl. 49), s60-s65. doi: 10.1192/bjp.190.5s60

- Haynes, S. N., & O'Brien, W. H. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. New York: Plenum.
- Hecker, J. E., King, M. W., & Scoular, R. J. (2009). The Startle Probe Reflex: An alternative approach to the measurement of sexual interest. In D. Thornton & D. R. Laws (Eds.), *Cognitive approaches to the assessment of sexual interest in sexual offenders* (pp. 203-224). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Hendriks, V. (2011). Meten en meetinstrumenten. In I. Franken & W. van den Brink (Red.), *Handboek Verslaving* (pp. 245-274). Utrecht: De Tijdstroom.
- 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.
- Hoekstra, H. A., Ormel, J., & Fruyt, F. de (1996). *Handleiding NEO Persoonlijkheidsvragenlijsten*. Lisse NL: Swets Test Services.
- Hofstede, G. (1980). Motivation, leadership, and organization: Do American theories apply abroad? *Organizational Dynamics*, *9*, 42-63.
- Hofstede, G., Hofstede, G. J., & Minkov, M. (2010). *Cultures and organizations: Software of the mind, intercultural cooperation and its importance for survival*. New York: McGraw-Hill.
- Holden, R. R. (2007). Socially desirable responding does moderate personality scale validity both in experimental and non-experimental contexts. *Canadian Journal of Behavioural Science*, *39*, 184-201. doi: 10.1037/cjbs2007015
- Holden, R. R., & Book, A. S. (2012). Faking does distort self-report personality assessment. In M. Ziegler, C. MacCann, & R. D. Roberts (Eds.), *New perspectives on faking in personality assessment* (pp. 71-84). New York: Oxford University Press.
- Holden, R. R., & Passey, J. (2010). Socially desirable responding in personality assessment: Not necessarily faking and not necessarily substance. *Personality and Individual Differences*, *49*, 446-450. doi: 10.1016/j.paid.2010.04.015
- 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.
- 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.
- Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N., & Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence. Part I: Maritally violent versus nonviolent men. *Aggression and Violent Behavior*, *2*, 65-99.
- Hörmann, H., & Moog, W. (1957). *Der Rosenzweig P-F test: Form für Erwachsene*. Göttingen, GE: Verlag für Psychologie Dr. C. J. Hogrefe.
- Hornsveld, R. H. J. (2004). *Held zonder geweld 1: Behandeling van agressief gedrag*. Rijswijk: Challenger Press, www.Agressiehanteringstherapie.nl.

- Hornsveld, R. H. J. (2005). Evaluation of Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients. *Psychology, Crime and Law*, *11*, 403-410.
- Hornsveld, R. H. J. (2007). *Assessment and treatment of violent forensic psychiatric patients with a conduct or an antisocial personality disorder in the Netherlands*. Nijmegen, NL: Radboud University.
- Hornsveld, R. H. J., Bulten, B. H., Vries, E. T. de, Kraaiaaat, F. W. (2008). Violent forensic psychiatric inpatients and violent detainees in the Netherlands. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology*, *19*, 407-419. doi: 10.1080/14789940802190145
- Hornsveld, R. H. J., & De Vries, E. T. (2009). *Held zonder geweld 2: Behandeling van agressief gedrag*. Rijswijk: Challenger Press, www.Agressiehanteringstherapie.nl.
- Hornsveld, R. H. J., Hollin, C. R., Nijman, H. L. I., & Kraaiaaat, F. W. (2007). Violent forensic psychiatric patients: Individual differences and consequences for treatment. *International Journal of Forensic Mental Health*, *6*, 15-27.
- Hornsveld, R. H. J., Kanters, T., Zwets, A. J., Kraaiaaat, F. W., & Van Veen, W. (2014). De structuur van de Sexual Violence Risk-20 (SVR-20) in seksueel gewelddadige terbeschikkinggestelden. *Gedragstherapie*, *47*, 59-72
- Hornsveld, R. H. J., Kraaiaaat, F. W. (2012). Alexithymia in Dutch violent forensic psychiatric outpatients. *Psychology, Crime and Law*, *18*, 833-846. doi: 10.1080/1068316X.2011.568416
- Hornsveld, R. H. J., Kraaiaaat, 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*, *25*, 684-704. doi: 10.1080/14789949.2014.947308
- Hornsveld, R. H. J., Kraaiaaat, F. W., Muris, P., Zwets, A. J., & Kanters, T. (2015). Aggression Replacement Training for violent young men in a forensic psychiatric outpatient clinic. *Journal of Interpersonal Violence*, *30*, 3174-3191. doi: 10.1177/0886260514555007
- Hornsveld, R. H. J., Kraaiaaat, F. W., & Zwets, A. J. (2012). The Adapted Version of the Sociomoral Reflection Measure (SRM-AV) in Dutch forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, *11*, 218-226. doi: 10.1080/14999013.2012.723667
- Hornsveld, R. H. J., Kraaiaaat, F. W., Zwets, A. J., & Kanters, T. (2017). Beyond Aggression Replacement Training: Cognitive-behavioral programs for (sexually) violent forensic psychiatric inpatients in the Netherlands. *Wiley's Handbook of Violence and Aggression, Chapter 82*. doi: 10.1002/9781119057574.whbvao82
- Hornsveld, R. H. J., Muris, P. E. H. M., & Kraaiaaat, F. W. (2011). The Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (1994 version) in Dutch forensic psychiatric patients. *Psychological Assessment*, *23*, 937-944. doi: 10.1037/a0024018
- Hornsveld, R. H. J., Muris, P., Kraaiaaat, F. W., & Meesters, C. (2009). The Aggression Questionnaire in Dutch violent forensic psychiatric patients and secondary vocational students. *Assessment*, *16*, 181-192. doi: 10.1177/1073191108325894

- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., Hollin, C. R., & Kraaiaaat, F. W. (2007a). An adapted version of the Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV) for the measurement of hostility in violent forensic psychiatric patients. *Criminal Behaviour and Mental Health*, *17*, 45-56.
- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., Hollin, C. R. & Kraaiaaat, F. W. (2007b). Development of the Observation Scale for Aggressive Behavior (OSAB) for Dutch forensic psychiatric inpatients with an antisocial personality disorder. *International Journal of Law and Psychiatry*, *30*, 480-491.
- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., Hollin, C. R., & Kraaiaaat, F. W. (2008). Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients: Method and clinical practice. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *52*, 222-233. doi: 10.1177/0306624X07303876
- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., & Kraaiaaat, F. W. (2008). Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients: First results. *Psychology, Crime and Law*, *14*, 1-18.
- Hornsveld, R. H. J., Nijman, H. L. I., Lammers, S. M. M., Van Dam-Baggen, C. M. J., & Kraaiaaat, F.W. (2002). *Attributie Vragenlijst*. Rijswijk, NL: Eigen beheer.
- Hornsveld, R. H. J., Timonen, B., Kraaiaaat, F. W., Zwets, A. J., & Kanters, T. (2014). The Attitudes toward Women Inventory (AWI) in Dutch violent forensic psychiatric inpatients. *Journal of Forensic Psychology Practice*, *14*, 383-397. doi: 10.1080/15228932.2014.964105
- Hornsveld, R., Van Dam-Baggen, R., Leenaars, E., & Jonkers, Ph. (2004). Agressiehanteringstherapie voor forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: ontwikkeling en praktijk. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, *30*, 22-38.
- Houston, R. J., Stanford, M. S., Villemarette Pittman, N. R., Conklin, S. M., & Helfritz, L. E. (2003). Neurobiological correlates and clinical implications of aggressive subtypes. *Journal of Forensic Neuropsychology*, *3*, 67-87. doi: 10.1300/J15V03N04_05
- Hoyle, R. H. (1995). The structural equation modeling approach: Basic concepts and fundamental issues. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 1-15). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jackson, D. N. (1989). *Personality research form manual (3rd ed.)*. Port Huron, MI: Sigma Assessment Systems.
- Jones, S. E., Miller, J. D., & Lynam, D. R. (2011). Personality, antisocial behavior, and aggression: A meta-analytic review. *Journal of Criminal Justice*, *39*, 329-337. doi: 10.1016/j.jcrimjus.2011.03.004
- Jones, J. P., Thomas-Peter, B. A., & Trout, A. (1999). Normative data for the Novaco Anger Scale from a non-clinical sample and implications for clinical use. *British Journal of Clinical Psychology*, *38*, 417-424.
- Johnson, R., Gilchrist, E., Beech, A. R., Weston, S., Takriti, R., Freeman, R. (2006). A psychometric typology of U.K. domestic violence offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, *21*, 1270-1285. doi: 10.1177/0886260506291655

- Kalmus, E., & Beech, A. R. (2005). Forensic assessment of sexual interest: A review. *Aggression and Violent Behavior, 10*, 193-218. doi: 10.1016/j.avb.2003.12.002
- Kampmann, I. L., Emmelkamp, P. M. G., Hartanto, D., Brinkman, W. P., Zijlstra, B. J. H., & Morina, N. (2016). Exposure to virtual social interactions in the treatment of social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 77*, 147-156. doi: 10.1016/j.brat.2015.12.016
- Kane, T.A., Staiger, P.K., & Ricciardelli, L.A. (2000). Attitudes, aggression, and interpersonal dependency. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 16-29. doi: 10.1177/088626000015001002
- 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
- Kanters, T., Hornsveld, R. H. J., Nunes, K. L., Zwets, A. J., Muris, P., & Van Marle, H. J. C. (2017). The Sexual Violence Risk-20: Factor structure and psychometric properties. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*. doi: 10.1080/14789949.2017.1284887
- Kanters, T., Hornsveld, R. H. J., Nunes, K. L., Zwets, A. J., Buck, N. M. L., Muris, P., & Van Marle, H. J. C. (2016). Aggression and social anxiety are associated with sexual offending against children. *International Journal of Forensic Mental Health, 15*, 265-273. doi: 10.1080/14999013.2016.1193073
- Karpman, B. (1941). On the need of separating psychopathy into two distinct clinical types: The symptomatic and the idiopathic. *Journal of Criminal Psychopathology, 3*, 112-137.
- Kassinove, H., & Tafrate, R. C. (2002). *Anger management: The complete treatment guidebook for practitioners*. Atascadero, CA: Impact Publishers.
- Kay, S. R., Wolkenfeld, F., & Murrill, L. M. (1988). Profiles of aggression among psychiatric patients. I. Nature and Prevalence. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 539-546.
- Kelsey, K. R., Rogers, R., & Robinson, E. V. (2015). Self-report measures of psychopathy: What is their role in forensic assessments? *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 37*, 380-391. doi: 10.1007/s10862-014-9475-5
- 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: 10.1177/107906321454958
- Koch, M., Van den Berg, J. W., & Smid, W. J. (2014). *Acute-2007 Score handleiding*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- 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.

- Konopasky, R. J., & Konopasky, A. W. B. (2000). Remaking penile plethysmography. In D. R. Laws, S. M. Hudson, & T. Ward (Eds.), *Remaking relapse prevention with sex offenders: A sourcebook* (pp. 257-284). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kroner, D. G., & Weekes, J. R. (1996). Balanced inventory of desirable responding: Factor structure, reliability, and validity with an offender sample. *Personality and Individual Differences, 21*, 323-333.
- 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.
- Lilienfeld, S. O., & Widows, M. (2005). *Professional manual for the psychopathic personality inventory-revised (PPI-R)*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources.
- Lindqvist, J. K., Dåderman, A. M., & Hellström, A. (2003). Swedish adaptations of the Novaco Anger Scale-1998, the Provocation Inventory, and the State-Trait Anger Expression Inventory-2. *Social Behavior and Personality, 31*, 773-788.
- Lindqvist, J. K., Dåderman, A. M., & Hellström, A. (2005). Internal reliability and construct validity of the Novaco Anger Scale-1998-S in a sample of violent prison inmates in Sweden. *Psychology, Crime & Law, 11*, 223-237. doi: 10.1080/10683160500036863
- 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.
- Lochman, J. E., & Wells, K. C. (2004). The coping power program for preadolescent aggressive boys and their parents: Outcome effects at the 1-year follow-up. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 571-578. doi: 10.1037/0022-006X.72.4.571
- 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.
- Lorber, M. F. (2004). Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 130*, 531-552. doi: 10.1037/0033-2909.130.4.531
- Loza, W. (1996). *Self-Appraisal Questionnaire (SAQ): A tool for assessing violent and nonviolent recidivism*. Unpublished manuscript.
- Loza, W., & Green, K. (2003). The Self-Appraisal Questionnaire. A self-report measure for predicting recidivism versus clinician-administered measures: A 5-year follow-up study. *Journal of Interpersonal Violence, 18*, 781-797. doi: 10.1177/0886260503253240

- Luminet, O., Bagby, R. M., Wagner, H., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. Relation between alexithymia and the Five-Factor Model of personality: A facet-level analysis. *Journal of Personality Assessment*, 73, 345-358.
- Lykken, D. T. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Markowitz, F. E. (2001). Attitudes and family violence: Linking intergenerational and cultural theories. *Journal of Family Violence*, 16, 205-218.
- Marshall, W. L., & Fernandez, Y. M. (2000). Phallometric testing with sexual offenders: Limits to its value. *Clinical Psychology Review*, 20, 807-822.
- Mathie, N. L., & Wakeling, H. C. (2011). Assessing social desirable responding and its impact on self-report measures among sexual offenders. *Psychology, Crime & Law*, 17, 215-237. doi: 10.1080/10683160903113681
- Mauss, I. B., & Robinson, M. D. (2009). Measures of emotion: A review. *Cognition & Emotion*, 23, 209-237. doi: 10.1080/02699930802204677
- McCraty, R., Atkinson, M., Tiller, W. A., Rein, G., & Watkins, A. D. (1995). The effects of emotions on short-term power spectrum analysis of heart rate variability. *The American Journal of Cardiology*, 76, 1089-1093. doi: 10.1016/S0002-9149(99)80309-9
- McGuire, J. (2006). General offending behaviour programmes: concept, theory, and practice. In C. R. Hollin & E. J. Palmer (Eds.), *Offending behaviour programmes: development, application and controversies* (pp. 69-111). Chichester, UK: Wiley.
- Meesters, C., Muris, P., Bosma, H., Schouten, E., & Beuving, S. (1996). Psychometric evaluation of the Dutch version of the Aggression Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 839-843.
- Mills, J. F., & Kroner, D. G. (1999). *Measures of Criminal Attitudes and Associates* (MCAA). Unpublished instrument and user's guide.
- Mills, J. F., & Kroner, D. G. (2005). An investigation into the relationship between socially desirable responding and offender self-report. *Psychological Services*, 2, 70-80. doi: 10.1037/1541-1559.2.1.70
- Mills, J. F., & Kroner, D. G. (2006). Impression management and self-report among violent offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 178-192. doi: 10.1177/0886260505282288
- Mills, J. F., & Kroner, D. G., & Forth, A. E. (1998) Novaco Anger Scale: Reliability and validity within an adult criminal sample. *Assessment*, 5, 237-248. doi: 10.1177/107319119800500304
- Mills, J. F., Loza, W., & Kroner, D. G. (2003). Predictive validity despite social desirability: Evidence for the robustness of self-report among offenders. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13, 140-150.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisso, T., & Banks S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford: Oxford University Press.

- Morey, L. C. (1991). *Personality assessment inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Moriarty, N., Stough, C., Tidmarsh, P., Eger, D., & Dennison, S. (2001). Deficits in emotional intelligence underlying adolescent sex offending. *Journal of Adolescence*, 24, 743-751. doi: 10.1006/jado.2001.0441
- Morren, M., & Meesters, C. (2002). Validation of the Dutch version of the Aggression Questionnaire in adolescent male offenders. *Aggressive Behavior*, 28, 87-96.
- Mosher, D. L., & Anderson, R. D. (1986). Macho personality, sexual aggression, and reactions to guided imagery of realistic rape. *Journal of Research in Personality*, 20, 77-94.
- Mosher, D. L., & Sirkin, M. (1984). Measuring a macho personality constellation. *Journal of Research in Personality*, 18, 150-163.
- Motiuk, M. S., Motiuk, L. L., & Bonta, J. (1992). A comparison between self-report and interview-based interventions in offender classification. *Criminal Justice and Behavior*, 19, 143-159.
- Nakano, K. (2001). Psychometric evaluation of the Japanese adaptation of the Aggression Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 853-858.
- Nederhof, A. (1985). Methods of coping with social desirability bias: a review. *European Journal of Social Psychology*, 15, 263-280.
- 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.
- Nemiah, J. C., Freyberger, H., & Sifneos, P. E. (1976). Alexithymia: A view of the psychosomatic process. In O. Hill (Ed.), *Modern trends in psychosomatic medicine* (pp. 430-439). London: Butterworth.
- 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.
- Nijman, H. L. I. (1999). *Aggressive behavior of psychiatric inpatients: Measurement, prevalence, and determinants*. Maastricht. Datawyse/Universitaire Pers Maastricht.
- Nijman, H., Bjørkly, S., Palmstierna, T., & Almvik, R. (2006). Assessing aggression of psychiatric patients: Methods of measurement and its prevalence. In D. Richter & R. Whittington (Eds.), *Violence in mental health settings. Causes, consequences, management* (pp. 11-23). New York: Springer.
- Nijman, H. L. I., Van Nieuwenhuizen, Ch., & De Kruyk, C. (2004). Behavioral changes during forensic psychiatric (TBS) treatment in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, 27, 79-85.
- Novaco, R. W. (1975). *Anger control: The development and evaluation of an experimental treatment*. Lexington, MA: Lexington Books.
- Novaco, R. W. (1976). The functions and regulation of the arousal of anger. *American Journal of Psychiatry*, 133, 1124-1128.

- Novaco, R. W. (1985). Anger and its therapeutic regulation. In M. A. Chesney & R. H. Rosenman (Eds.), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders* (pp. 203-225). Washington, DC: Hemisphere Publishing.
- Novaco, R. W. (1994). Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder* (pp. 21-59). Chicago: University of Chicago Press.
- Novaco, R. W. (2003). *The Novaco Anger Scale and Provocation Inventory: Manual*. Los Angeles, CA: Western Psychological Services.
- Novaco, R. W. (2007). Anger dysregulation. In T. A. Cavell & K. T. Malcolm (Eds.), *Anger, aggression, and interventions for interpersonal violence* (pp. 3-54). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Novaco, R. W., & Taylor, J. L. (2004). Assessment and aggression in male offenders with developmental disabilities. *Psychological Assessment*, 16, 42-50.
- Nunes, K. L., Hanson, R. K., Firestone, P., Moulden, H. M., Greenberg, D. M., & Bradford, J. M. (2007). Denial predicts recidivism for some sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 19, 91-105.
- Olver, M. E., Kingston, D. A., Nicholaichuk, T. P., & Wong, S. C. P. (2014). A psychometric examination of treatment change in a multisite sample of treated Canadian federal sexual offenders. *Law and Human Behavior*, 38, 544-559. doi: 10.1037/lhb0000086
- Palmer, E. J. (2003). An overview of the relationship between moral reasoning and offending. *Australian Psychologist*, 38, 165-174. doi: 10.1080/00050060310001707177
- Palmer, E. J., & Hollin, C. R. (1999). Social competence and sociomoral reasoning in young offenders. *Applied Cognitive Psychology*, 13, 79-87.
- Parrott, D. J., & Zeichner, A. (2003). Effects of hypermasculinity on physical aggression against women. *Psychology of Men & Masculinity*, 4, 70-78. doi: 10.1037/1524-9220.4.1.70
- Paulhus, D. L. (1984). Two-component models of socially desirable responding. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 598-609.
- Paulhus, D. L. (1988). *Manual for the Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR-7)*. Toronto/Buffalo: Multi-Health Systems.
- Paulhus, D. L. (2002). Socially desirable responding: The evolution of a construct. In H. I. Braun, D. N. Jackson, & D. E. Wiley (Eds.), *The role of constructs in psychological and educational measurement* (pp. 49-60). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Paunonen, S. V., & LeBel, E. P. (2012). Socially Desirable Responding and its elusive effects on the validity of personality assessment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 103, 158-175.

- Picardi, A., Toni, A., & Caroppo, E. (2005). Stability of alexithymia and its relationships with the 'big five' factors, temperament, character, and attachment style. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 74, 371-378.
- Polaschek, D. L. L., & Reynolds, N. (2001). Assessment and treatment: Violent offenders. In C. R. Hollin (Ed.), *Handbook of Offender Assessment and Treatment* (pp. 415-431). Chichester, UK.
- Powers, M. B., & Emmelkamp, P. M. G. (2008). Virtual reality exposure therapy for anxiety disorders: a meta-analysis. *Journal of anxiety disorders*, 22, 561-569. doi: 10.1016/j.janxdis.2007.04.006
- Prentky, R. A., Barbaree, H. A., & Janus, E. S. (2015). *Sexual predators: Society, risk, and the law*. London: Routledge.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (1998). *Violent offenders: Appraising and managing risk*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, A., & Liu, J. (2006). The reactive-proactive aggression questionnaire, differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior*, 32, 159-171. doi: 10.1002/ab.20115
- Rettenberger, M., Matthes, A., Boer, D. P., & Eher, R. (2011). The predictive accuracy of risk factors in the Sexual Violence Risk-20 (SVR-20). *Criminal Justice and Behavior*, 38, 1009-1027. doi: 10.1177/0093854811416908
- Reynolds, W. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe-Crowne social desirability scale. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 119-125.
- 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.
- Rosenzweig, S. (1978). *Aggressive behavior and the Rosenzweig Picture-Frustration Study*. New York: Praeger.
- 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
- Salbach-Andrae, H., Klinkowski, N., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2009). Agreement between youth-reported and parent-reported psychopathology in a referred sample. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 136-143. doi: 10.1007/s00787-008-0710-z
- Saunders, D. G. (1992). A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 264-275.

- Sauvage, L. & Loas, G. (2006). Criterion validity of Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire-20 Form B: A study of 63 alcoholic subjects. *Psychological Reports, 98*, 243-236.
- Scarpa, A., & Raine, A. (1997). Psychophysiology of anger and violent behavior. *Psychiatric Clinics of North America, 20*, 375-394. doi: 10.1016/S0193-953X(05)70318-X
- Scarpa, A., & Raine, A. (2000). Violence associated with anger and impulsivity. In J. Borod (Ed.), *The neuropsychology of emotion* (pp. 320-339). New York, NY: Oxford University Press.
- Schermelleh-Engel, K., Moosbrugger, H., & Müller, H. (2003). Evaluating the fit of Structural Equation Models: Test of significance and descriptive Goodness-of-Fit measures. *Methods of Psychological Research Online, 8*, 23-74.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. New York: W. W. Norton.
- Schwartz, G. E., Weinberger, D. A., & Singer, J. A. (1981). Cardiovascular differentiation of happiness, sadness, anger, and fear following imagery and exercise. *Psychosomatic Medicine, 43*, 343-364.
- Scott, R. L., & Tetreault, L. A. (1978). Attitudes of rapists and other violent offenders toward women. *The Journal of Social Psychology, 127*, 375-380.
- Singh, J. P., Grann, M., & Fazel, S. (2011) A comparative study of violence risk assessment tools: A systematic review and metaregression analysis of 68 studies involving 25,980 participants. *Clinical Psychology Review, 31*, 499-513. doi: 10.1016/j.cpr.2010.11.009
- Smid, W. J., Koch, M., & Van den Berg, J. W. (2014). *Static-99R Scorehandleiding (herziene uitgave 2014)*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Spence, J. T. & Helmreich, R. (1972). The Attitudes toward Women Scale: An objective instrument to measure attitudes toward the rights and roles of women in contemporary society. *Catalog of Selected Documents in Psychology, 2*, 66.
- Spence, J.T., Helmreich, R., & Stapp, J. (1973). A short version of the Attitudes toward Women Scale (AWS). *Bulletin of the Psychonomic Society, 2*, 219-220.
- Spielberger, C. D. (1980). *Preliminary Manual for the State-Trait Anger Scale (STAS)*. Tampa, FL: University of South Florida.
- Spielberger, C. D. (1999). *State-Trait Anger Expression-2. Professional manual*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources Inc.
- 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.
- Stams, G. J., Brugman, D., Dekovic, M., Rosmalen, L. van, Van der Laan, P., & Gibbs, J. C. (2006). The moral judgment of juvenile delinquents: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Child Psychology, 24*, 697-713.
- Stemmler, G., Heldmann, M., Pauls, C. A., & Scherer, T. (2001). Constraints for emotion specificity in fear and anger: The context counts. *Psychophysiology, 38*, 275-291.

- Strahan, R., & Gerbasi, K. C. (1972). Short, homogeneous versions of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology, 28*, 191-193.
- Sturmeijer, P., & McMurrin, M. (2011). *Forensic Case Formulation*. Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Taylor, G. J. (2004). Alexithymia: 25 years of theory and research. In I. Nyklicek, L. Temoshok, & A. Vingerhoets (Eds.), *Emotion expression and health: Advances in theory, assessment and clinical applications* (pp. 137-153). New York: Brunner-Routledge.
- 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
- Thornton, D., & Laws, D. R. (2009). *Cognitive approaches to the assessment of sexual interest in sexual offenders*. Chichester, UK: Wiley.
- Tierney, D. W., & McCabe, M. P. (2001). An evaluation of self-report measures of cognitive distortions and empathy among Australian sex offenders. *Archives of Sexual Behavior, 30*, 495-519.
- Tiggelaar, L., & Koster, K. (2008). Penisplethysmografie als effectevaluatiemaat voor libidoremmende medicatie. *Tijdschrift voor Seksuologie, 32*, 121-127.
- Timmerman, I. G. H., Vastenburg, N. C., & Emmelkamp, P. M. G. (2001). The Forensic Inpatient Observation Scale (FIOS): Development and validity. *Criminal Behavior and Mental Health, 11*, 144-162.
- Tully, R. J., Chou, S., & Browne, K. D. (2013). A systematic review on the effectiveness of sex offender risk assessment tools in predicting sexual recidivism of adult male sex offenders. *Clinical Psychology Review, 33*, 287-316. doi: 10.1016/j.cpr.2012.12.002
- Turiel, E. (1998). The development of morality. In W. Damon (Ed.), *Handbook of child psychology*, fifth edition, volume 3 (pp. 863-932). New York: Wiley.
- Tyson, P. D. (1998). Physiological arousal, reactive aggression, and the induction of an incompatible relaxation response. *Aggression and Violent Behavior, 3*, 143-158. doi: 10.1016/S1359-1789(97)00002-5
- Van Dam-Baggen, C. M. J., & Kraaimaat, F. W. (1999). Assessing social anxiety: The Inventory of Interpersonal Situations (IIS). *European Journal of Psychological Assessment, 15*, 25-38. doi: 10.1027//1015-5759.15.1.25
- Van Dam-Baggen, C. M. J., & Kraaimaat, F. W. (2000). *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA). Handleiding (2de geheel herziene druk)*. Lisse, NL: Swets Test Services.
- Van den Berg, J. W., Smid, W. J., & Koch, M. (2014). *Stable-2007 Scorehandleiding*. Utrecht: De Forensische Zorgspecialisten.
- Van der Gaag, M., & Wilken, J. P. (1994). *Handleiding REHAB: Een maat van psychiatrische invaliditeit*. Lisse, NL: Swets Test Services.

- Van der Ploeg, H. M., Defares, P. B., & Spielberger, C. D. (2000). *Handleiding bij de Zelf Beoordelings Vragenlijst, ZBV*. Lisse, NL: Swets & Zeitlinger.
- Van der Ploeg, H. M., & Spielberger, C. D. (1982). *Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst, ZAV*. Lisse, NL: Swets and Zeitlinger.
- Van Gemmert, N., & Van Schijndel, S. (2011). *Forensische zorg in getal 2006–2010*. Den Haag: Ministerie van Justitie & Veiligheid.
- Van Hunsel, F., & Cosyns, P. (2002). Biomedische diagnostiek bij plegers van seksueel geweld. *Tijdschrift voor Seksuologie*, *26*, 55-67.
- Vanman, E. J., Mejia, V. Y., Dawson, M. E., Schell, A. M., & Raine, A. (2003). Modification of the startle reflex in a community sample: Do one or two dimensions of psychopathy underlie emotional processing? *Personality and Individual Differences*, *35*, 2007-2021. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00052-7
- Van Marle, H.J.C. (2000). Forensic Services in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, *23*, 515-531. doi: 10.1016/S0160-2527(00)00049-2
- Van Marle, H. J. C. (2002). The Dutch Entrustment Act (TBS): It's principles and innovations. *International Journal of Forensic Mental Health*, *1*, 83-92. doi: 10.1080/14999013.2002.10471163
- Van Vugt, E., Gibbs, J., Stams, G. J., Bijleveld, C., Hendriks, J., & Van der Laan, P. (2011). Moral development and recidivism: A meta-analysis. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, *55*, 1234-1250. doi: 10.1177/0306624X10396441
- Vertommen, H., Verheul, R., De Ruiter, C., & Hildebrand, M. (2002). *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist (PCL-R)*. Lisse, NL: Swets Test Publishers.
- Vorst, H. C. M., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *Personality and Individual Differences*, *30*, 413-434.
- Walters, G. D. (1995). The Psychological Inventory of Criminal Thinking Styles: Part I. Reliability and preliminary validity. *Criminal Justice and Behavior*, *22*, 307-325.
- Walters, G. D. (2005). How many factors are there on the PICTS? *Criminal Behaviour and Mental Health*, *15*, 237-283.
- Walters, G. D. (2006). Risk-appraisal versus self-report in the prediction of criminal justice outcomes: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, *33*, 279-304. doi: 10.1177/0093854805284409
- Ward, T., & Beech, A. R. (2015). Dynamic risk factors: a theoretical dead-end? *Psychology, Crime & Law*, *21*, 100-113. doi: 10.1080/1068316X.2014.917854
- Washington State Institute for Public Policy (2004). *Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders*. Available: <http://wsipp.wa.gov/pub.asp?docid=04-01-1201>
- Whitehead, A. (2005). Man to man violence: How masculinity may work as a dynamic risk factor. *The Howard Journal*, *44*, 411-422.

- Widiger, T. A., Trull, T. J., Clarkin, J. F., Sanderson, C., & Costa, Jr., P. T. (1994). A description of the DSM-III-R and DSM-IV personality disorders with the five-factor model of personality. In P. T. Costa, Jr. & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp.41-56). Washington, DC: American Psychological Association.
- Williams, T. Y., Boyd, J. C., Cascardi, M. A., & Poythress, N. (1996). Factor structure and convergent validity of the Aggression Questionnaire in an offender population. *Psychological Assessment*, *8*, 398-403.
- Wilson, R. J., & Miner, M. H. (2016). measurement of male sexual arousal and interest using penile plethysmography and viewing time. In D. R. Laws & W. O'Donohue (Eds.), *Treatment of Sex Offenders* (pp. 107-131). Cham, CH: Springer. doi: 10.1007/978-3-319-25868-3_5
- Winkler, D., Pjrek, E., Konstantinidis, A., Praschak-Rieder, N., Willeit, M., Stastny, J., & Kasper, S. (2006). Anger attacks in seasonal affective disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *9*, 215-219. doi: 10.1017/S1461145705005602
- Wistedt, B., Rasmussen, A., Pedersen, L., Malm, U., Träskman-Bendz, L., Wakelin, J., & Bech, P. (1990). The development of an observer-scale for measuring social dysfunction and aggression. *Pharmacopsychiatry*, *23*, 249-252.
- Woodworth, M., & Porter, S. (2002). In cold blood: Characteristics of criminal homicides as a function of psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, *111*, 436-445. doi: 10.1037//0021-843X.111.3.436
- Yudofsky, S. C., Silver, J. M., Jackson, W., Endicott, J. & Williams, D. (1986). The Overt Aggression Scale for the objective rating of verbal and physical aggression. *American Journal of Psychiatry*, *143*, 35-39.
- Zamble, E., & Quinsey, V. L. (1997). *The Criminal Recidivism Process*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Zech, E., Luminet, O., Rimé, B., & Wagner, H. (1999). Alexithymia and its measurement: Confirmatory factor analyses of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire. *European Journal of Personality*, *13*, 511-532.
- Zillmann, D. (1984). Cognition-excitation interdependencies in aggressive behavior. *Aggressive Behavior*, *14*, 51-64. doi: 10.1002/1098-2337(1998)14:1<51:AID-AB248-0140107>3.0.CO;2-C
- Zimmerman, G. (2006). Delinquency in male adolescents: The role of alexithymia and family structure. *Journal of Adolescence*, *29*, 321-332.
- Zimmerman, G., Rossier, J., Meyer de Stadelhofen, F., & Gaillard, F. (2005). Alexithymia assessment and relations with dimensions of personality. *European Journal of Psychological Assessment*, *21*, 23-33.
- Zook, A., & Sipp, G. J. (1985). Cross-validation of a short form of the Marlowe-Crowne Social Desirability Scale. *Journal of Clinical Psychology*, *41*, 236-238.

- Zwets, A. J., Hornsveld, R., Kraaiaat, 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. (2014). 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., 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

OVER DE AUTEUR

Dr. Ruud H.J. Hornsveld was van 1997 tot 2013 als klinisch psycholoog/wetenschappelijk onderzoeker werkzaam in de forensische psychiatrie. Thans is hij verbonden aan de afdeling Psychiatrie van Universitair Medisch Centrum Rotterdam. Hij publiceert regelmatig in (inter)nationale vaktijdschriften en verzorgde tot voor kort presentaties en workshops tijdens (inter)nationale congressen en symposia. Voor zijn dissertatie ontving hij in 2008 de prof. dr. P. E. Boekeprijs. Deze studie werd gesubsidieerd door het Ministerie van Justitie en Veiligheid. Ruud is supervisor van de Vereniging voor Gedragstherapie en Cognitieve therapie (VGCT) en biedt supervisie aan psychologen in opleiding tot gezondheidszorgpsycholoog of klinisch psycholoog.

E-mail Ruud.Hornsveld@Ziggo.nl

Website www.Agressiehanteringstherapie.nl

DANK

Floor W. Kraaiaat, Peter E.H.M. Muris, Henk L.I. Nijman en Almar J. Zwets wil ik bedanken voor hun bijdrage aan deze publicatie.

RUUD H. J. HORNSVELD