

Voorkomen van recidive bij geweldsdelinquenten: wat werkt

Corine de Ruiter · Violaine C. Veen

Samenvatting De prevalentie van geweldsdelicten in Nederland laat de afgelopen decennia een duidelijke stijging zien. Het voorkomen van recidive bij deze groep daders is dan ook een beleidsprioriteit. In de loop der jaren zijn behandelinterventies voor geweldplegers ontwikkeld, zoals Aggression Replacement Training en Anger Management. Uit meta-analyses naar de effectiviteit van cognitief-gedragstherapeutische interventies voor geweldplegers blijkt dat deze een gemiddelde effectgrootte van rond .80 weten te bereiken, wat als een groot effect wordt beschouwd. Effectieve interventies voldoen aan de principes van de psychologie van crimineel gedrag, zoals geformuleerd door Andrews en Bonta. Centraal in dit model staan het risico-, behoefte- en responsiviteitsprincipe. Dit houdt in dat op gedragsverandering gerichte interventies moeten worden aangewend bij matig- tot hoog-risico delinquenten; dat de interventie gericht dient te zijn op verandering van criminogene behoeften, zoals middelenmisbruik en procriminele opvattingen; en dat de interventie aansluit bij de leerstijl van de delinquent, gestructureerd is en concreet.

Inleiding

In deze bijdrage beschrijven we de resultaten van een inventarisatie van effectieve interventiemethoden voor het terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten. Eerst definiëren we geweld, aan de hand van

prevalentiegegevens voor Nederland. Vervolgens geven we een overzicht van de internationale literatuur naar effectstudies bij deze dadergroep. Het accent ligt op meta-analyses en systematische review-artikelen. Alvorens we ingaan op de resultaten zullen we de uitgangspunten van de zogenaamde ‘What Works’-benadering van crimineel gedrag uiteenzetten. Deze benadering fungeert als een belangrijk theoretisch en empirisch uitgangspunt in de behandeling van delinquenten.

Wat werkt: de psychologie van crimineel gedrag

Lange tijd is men er binnen de gedragswetenschappen van uitgegaan dat behandeling van delinquenten niet leidt tot vermindering van recidive. Van grote invloed is het artikel van Martinson (1974) geweest, waarin hij stelde dat systematisch onderzoek naar het effect van behandeling bij delinquenten resulteerde in de conclusie dat niets leidde tot vermindering van recidive: ‘nothing works’. Pas in het midden van de jaren tachtig kwam de kentering, doordat onderzoekers door middel van meta-analyses grote aantallen studies tegelijk gingen onderzoeken en met elkaar gingen vergelijken. Het bleek dat er wel degelijk behandelmethoden zijn die resulteren in vermindering van recidive (zie onder meer Andrews et al., 1990; Antonowicz & Ross, 1994; Lipsey, 1992). Met name de grote meta-analyse van Lipsey (1992), waarin hij 443 studies betrok naar de effecten van behandeling op de recidive van jeugdige delinquenten, was belangrijk. Hoewel het gemiddelde behandel-effect niet zo groot was, kon hij gezien het grote aantal studies en personen dat hij in zijn meta-analyse betrok, met overtuiging de nulhypothese verwerpen dat niets werkt.

Corine de Ruiteren, PROF. DR. C. DE RUITER is verbonden aan het Trimbos Center for Violence Prevention, Trimbos-instituut, Postbus 725, 3500 AS Utrecht. E-mail: cruiter@trimbos.nl.
DRS. V.C. VEEN is promovenda aan de Universiteit Leiden, Faculteit Sociale Wetenschappen, afdeling Orthopedagogiek.

Bij een meta-analyse wordt een effectgrootte berekend (Cohen, 1977). Deze effectgrootte is het percentuele verschil in recidive tussen de behandelde en de niet-behandelde groep. Over het algemeen leidde behandeling tot een effectgrootte van 10-12% (Lösel, 1996, 1998). Dit wil zeggen dat indien recidive bij de niet-behandelde groep 50% is, deze bij de behandelde groep 40% is. Uit de meta-analyses bleek echter ook dat er grote verschillen waren in effectgrootte tussen verschillende onderzoeken, waarbij sommige behandelingen zelfs een negatieve effectgrootte hadden. Zuivere gevangenisstraf zonder behandeling leidt in ieder geval niet tot vermindering van recidive (Cooke & Philip, 2001). Ook psychodynamisch georiënteerde behandelingen lijken weinig invloed op recidive te hebben (Antonowicz & Ross, 1994; Gendreau & Goggin, 1996).

Hierop is door Andrews bekeken welke factoren in de behandeling van essentieel belang waren, wilden zij effectief zijn in het verminderen van recidive (Andrews, 1989; Andrews et al., 1990). Zij vonden dat effectieve behandeling moet voldoen aan drie principes:

1. het *risicoprincipe*, dat stelt dat de intensiteit van de behandeling moet worden aangepast aan het recidiverisico van de delinquent;
2. het *behoefteprincipe*, dat stelt dat het veranderen van dynamische risicofactoren het doel van de behandeling moet zijn;
3. het *responsiviteitsprincipe*, dat stelt dat de behandeling moet worden gegeven op een manier die aansluit bij de mogelijkheden en kenmerken van de delinquent.

Zij noemden dit model de Psychology of Criminal Conduct (PCC). Later hebben zij het *behandelintegriteitsprincipe* als vierde principe toegevoegd. Dit principe stelt dat men ervoor moet waken dat de behandeling wordt gegeven zoals bedoeld is. Indien onderzoeken voldeden aan deze vier principes leidde dit tot een gemiddelde verhoging van de effectgrootte van .15 naar .30 (Andrews et al., 1990).

Risicoprincipe

Dit principe stelt aan de orde wie er behandeld moet worden. Crimineel gedrag is geassocieerd met een set van risicofactoren. Lipsey (1992) vond in zijn meta-analyse van onderzoeken naar recidive bij jeugdige delinquenten, net als Andrews et al. (1990) in hun meta-analyse van onderzoeken bij jeugdige en volwassen delinquenten, een grotere effectgrootte bij de behandeling van delinquenten met een hoog recidiverisico in vergelijking met delinquenten met een laag recidiverisico. Delinquenten met een laag recidiverisico hebben al een 'vloereffect' bereikt en gedragsinterventie kan daar niet veel aan verbeteren.

Volgens het risicoprincipe moet de intensiteit van de behandeling worden afgestemd op het recidiverisico, waarbij personen met een laag risico een lage behandelingsintensiteit behoeven en personen met een hoog risico een hoge behandelingsintensiteit. Zoals verschillende auteurs stellen: 'If it ain't broke, don't fix it' (Andrews, 1995, p. 54) en 'One should not take a sledgehammer to crack a nut' (Lösel, 1993, p. 421). De hoogte van het recidiverisico dient men voorafgaand aan de behandeling te bepalen aan de hand van gestructureerde, empirisch gevalideerde risicotaxatiemethoden. Hierbij gebruikt men actuariële gegevens, maar wordt ook aandacht besteed aan veranderbare risicofactoren en factoren die het recidiverisico juist verminderen (protectieve factoren). Hiervoor is inmiddels een aantal risicotaxatie-instrumenten beschikbaar, ook voor het Nederlandse taalgebied. Uit onderzoek blijkt dat dergelijke gestructureerde methoden een betere voorspelling geven dan een zuiver op het klinisch oordeel gebaseerde inschatting van het recidiverisico (Douglas, Cox, & Webster, 1999; De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos, & Van de Ven, 2004; De Vogel, De Ruiter, Van Beek, & Mead, 2004; Philipse, 2005).

Behoefteprincipe

Dit principe stelt aan de orde wat het doel van de behandeling moet zijn, wil zij effectief zijn in het verminderen van recidive. Het recidiverisico wordt bepaald door factoren die statisch en stabiel zijn (bijvoorbeeld: jonge leeftijd bij het eerste geweldsdelict, sekse) en door factoren die veranderbaar, ofwel dynamisch zijn. Doel van de behandeling is het reduceren van de dynamische risicofactoren, ook wel criminogene behoeften genoemd. Zoals Andrews het verwoordt: 'If recidivism reflects antisocial thinking, don't target self esteem, target antisocial thinking. If recidivism reflects difficulties in keeping a job, don't target getting a job, target keeping a job' (Andrews, 1989, p. 13). Het behoefteprincipe refereert dus niet aan vraaggestuurd werken, maar aan gerichte interventie op criminogene risicofactoren. Volgens het behoefteprincipe heeft elke delinquent zijn eigen set van factoren die tot crimineel gedrag leiden.

Criminogene behoeften kan men verdelen in algemene en specifieke criminogene behoeften. Algemene criminogene behoeften zijn behoeften die bij de meeste delinquenten een rol spelen. Specifieke behoeften zijn van belang voor een subgroep delinquenten of voor een individu. Dynamische risicofactoren kunnen onderscheiden worden in acute en stabiele dynamische risicofactoren. Acute dynamische factoren zijn factoren die van invloed zijn op de timing van het delict, maar die niet de recidive op de lange termijn voorspellen (Harris & Rice, 1997).

Acute factoren zijn van belang bij het bepalen wanneer een delinquent een groter risico vormt om te recidiveren in de nabije toekomst. Het niet hebben van werk en inkomsten kan bijvoorbeeld een risicofactor zijn voor vermogensdelicten. Stabieler dynamische factoren vormen meestal de behandeldoelen voor gedragsinterventies, terwijl acute dynamische variabelen dienen als waarschuwingssignaal voor direct delictgevaar.

Tot slot kunnen protectieve factoren een rol spelen in de behandeling (Lösel, 1996). Deze factoren zouden moeten worden geoptimaliseerd. In 2004 ontwikkelden De Vogel, De Ruiter en Bouman de Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk (SAPROF). Deze bevat zeventien factoren die wetenschappelijk bewezen samenhangen met een verminderd recidiverisico. Voorbeelden van protectieve factoren zijn: religie/levensbeschouwing, empathie, een prosociaal netwerk en een positieve houding ten aanzien van toezicht en interventie.

Andrews (1996) bespreekt de 'Big Four' als belangrijkste algemene dynamische risicofactoren. Ten eerste noemt hij antisociale cognities als belangrijke risicofactor. Hieronder vallen antisociale houdingen, waarden, overtuigingen, rationalisaties en cognitief-emotionele toestanden (zoals woede, wanhoop, wrok en verzet). Ten tweede noemt hij een antisociaal netwerk als risicofactor voor recidive. Ten derde wijst hij op een verleden van antisociaal gedrag. Ten vierde onderscheidt hij een antisociaal persoonlijkheidscomplex, waaronder valt een agressief, egocentrisch, impulsief en/of ongevoelig temperament, psychopathie, een zwakke socialisatie (binding met de maatschappij) en zwakke probleemoplossende vaardigheden en zelfcontrolevaardigheden. Ook verslaving en problematisch middelengebruik is een belangrijke risicofactor (Gendreau, Little, & Goggin, 1995). Het blijkt dat deze algemene risicofactoren ook een rol spelen bij delinquenten met psychische stoornissen en bij seksuele delinquenten (Bonta, Hanson, & Law, 1998; Hanson & Harris, 2000; Hanson & Bussière, 1998; Müller-Isberner & Hodgins, 2000).

Andrews et al. (1990) ontwikkelden op grond van deze risicofactoren de volgende algemene behandeldoelen:

1. reduceren van antisociale attitudes, antisociale cognities, antisociale vrienden en kennissen en middelenmisbruik;
2. vergroten van affectie voor en communicatie met familieleden, identificatie met prosociale rolmodellen, zelfcontrolevaardigheden en probleemoplossende vaardigheden;
3. vervangen van liegen, stelen en agressief gedrag door meer prosociale alternatieven;
4. wijzigen van de kosten en baten van crimineel en niet-crimineel gedrag en wel op die manier dat niet-crimineel gedrag te prefereren valt.

Ook stelt Andrews (1995) dat het essentieel is de delinquent te leren hoe hij risicovolle situaties kan herkennen en om een concreet plan te ontwerpen en te oefenen dat een oplossing biedt in dergelijke situaties (vergelijk het terugvalpreventieplan; Van Beek, 1999). Deze algemene behandeldoelen worden aangevuld met behandeldoelen, voortvloeiend uit specifieke dynamische risicofactoren. Specifieke dynamische risicofactoren zijn individueel, maar zij kunnen ook gelden voor een subgroep van delinquenten. Denk aan delinquenten met persoonlijkheidsstoornissen (Quinsey, Coleman, Jones, & Altrows, 1997; Antonowicz & Ross, 1994), met As-I stoornissen, verslaafden en delinquenten die een specifiek soort delict hebben gepleegd, zoals seksuele delinquenten en partnermishandelaars (Hanson & Bussière, 1998; Hanson & Harris, 2000).

Responsiviteitsprincipe

Dit principe benadrukt dat de vorm waarin de behandeling wordt aangeboden, essentieel is voor de effectiviteit ervan. Aansluiten bij de mogelijkheden en beperkingen (de leerstijl) van de delinquent is essentieel. Hierbij kan men een onderscheid maken tussen algemene en individuele afwegingen voor een bepaalde vorm van behandeling. Uit de meta-analyses blijkt dat methoden gebaseerd op de gedragstherapie of de cognitieve gedragstherapie het meest effectief zijn in het veranderen van criminogene behoeften (Lösel, 1995; Andrews et al., 1990; Antonowicz & Ross, 1994). De behandeling dient gestructureerd te zijn en uit te gaan van concrete, meetbare behandeldoelen (Lipsey, 1992). Deze methoden zijn met name effectief indien deelnemers een actieve rol spelen in de behandeling, er gebruik wordt gemaakt van rollenspelen en behandelaren een modellerende functie vervullen. De nadruk dient te liggen op het trainen van specifieke vaardigheden, zoals sociale vaardigheden en probleemoplossingsstrategieën, en deelnemers dienen de kans te krijgen hun vaardigheden te oefenen in de praktijk. Vandaar dat behandeling in de maatschappij volgens een aantal auteurs te prefereren is boven behandeling in een gesloten setting (Andrews et al., 1990).

Gezien de complexiteit van delinquent gedrag is het noodzakelijk dat er gebruik wordt gemaakt van verschillende methoden en werkwijzen om verandering te bewerkstelligen op de verschillende risicofactoren (Lösel, 1995). Een multimodale behandeling die aansluit bij de individuele delinquent vereist dat per individu een behandelplan wordt opgesteld, waarin expliciet beschreven wordt welke criminogene factoren op welke wijze zullen worden veranderd en hoe deze verandering zal worden gemeten. Om terugval in de toekomst te voorkomen is het vervolgens van belang aandacht te besteden

aan terugvalpreventie en nazorg (Lösel, 1996). Bij terugvalpreventieprogramma's stelt men een uitgebreide delictketen op, waarin de aanloop tot het delict beschreven wordt. Hierna ontwerpt de patiënt op verschillende momenten in de delictketen gedragsalternatieven (Van Beek, 1999). Vrijwillige deelname aan de behandeling lijkt niet noodzakelijk voor het welslagen ervan, ook behandeling onder dwang of drang is effectief. Aandacht voor de motivatie van delinquenten kan echter wel bijdragen tot een effectievere behandeling (Stewart & Picheca, 2001).

Persoons- en delictkenmerken kunnen een rol spelen bij de vorm waarin de behandeling wordt geboden. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan delinquenten met een beperkte belastbaarheid, bijvoorbeeld wegens zwakbegeerdheid, of een kwetsbaarheid voor psychose. In het geval van behandeling van seksuele delinquenten wordt beargumenteerd dat groepstherapie met andere seksuele delinquenten ontkenning van het delictgedrag tegengaat (Di Fazio, 1999). Maar groepsbehandeling kan ook gevaren in zich hebben, bijvoorbeeld doordat delinquenten van elkaars delictketens 'leren' (Andrews, 1995). Tot slot merkt onder andere Andrews (1996) op dat bij delinquenten die in staat zijn tot zelfreflectie en die goed zijn in het interpersoonlijk contact, een minder gestructureerde therapievorm ook effectief kan zijn. Dit is echter een kleine groep.

Behandelintegriteit

Wanneer is vastgesteld wat werkt, is het vervolgens van belang de factoren te identificeren die verzekeren dat de behandeling ook gegeven wordt op de manier waarop zij bedoeld is, de zogenaamde 'treatment integrity'. Meta-analyses hebben aangetoond dat de wijze waarop de behandeling gegeven wordt, cruciaal is voor het effect ervan. Vandaar dat behandelintegriteit kan worden beschouwd als het vierde principe (Lipsey, 1995; Cooke & Philip, 2001). Dit principe is alleen van belang als eerst aan de andere principes is voldaan. Indien de behandeling inhoudelijk niet effectief is, vergroot een hoge mate van behandelintegriteit uiteraard niet het effect ervan (Cooke & Philip, 2001).

Hollin (1995) noemt drie fenomenen die een bedreiging vormen voor de behandelintegriteit. Ten eerste afdrijven van het programma (*programme drift*), waarmee hij doelt op het proces waarbij de doelen en uitgangspunten van het programma onsystematisch veranderen over de tijd. De nadruk van een behandelprogramma kan bijvoorbeeld meer komen te liggen op het voldoen aan administratieve eisen in plaats van op het eigenlijke (langtermijn)behandeldoel. Ten tweede spreekt Hollin over programma-omdraaiing (*programme reversal*). Dit

gebeurt als de behandeldoelen direct worden ondermijnd of bedreigd, bijvoorbeeld doordat stafleden agressief gedrag vertonen, terwijl het behandel doel voor de delinquenten is om hun agressie onder controle te krijgen. Tot slot wijst Hollin nog op niet-nakoming van het programma (*treatment non-compliance*). Hiervan is sprake indien de inhoud van het programma of de doelen van een sessie worden veranderd of weggelaten, zonder dat daarbij rekening wordt gehouden met de theoretische principes die aan het behandelprogramma ten grondslag liggen.

Om de hierboven genoemde bedreigingen van de behandelintegriteit tegen te gaan en de behandeling zo effectief mogelijk te laten zijn, komen uit de literatuur de volgende aspecten als belangrijk naar voren. Allereerst moet de behandeling gebaseerd zijn op een theoretisch model (Harris & Rice, 1997), waarbij een cognitief gedragsmodel het meest effectief bleek (Antonowicz & Ross, 1994). Vervolgens dient de behandeling duidelijk en in detail beschreven te staan in een handleiding of protocol (Hollin, 1995). De instelling waarbinnen de behandeling gegeven wordt, moet toegewijd zijn aan het welslagen ervan; zij moet prioriteit geven aan de behandeling en deze niet laten overschaduwden door bijvoorbeeld het beveiligingsaspect (Harris & Rice, 1997; Gendreau & Goggin, 1996). Ook dienen er voldoende faciliteiten aanwezig te zijn voor het geven van de behandeling (Cooke & Philip, 2001). Cooke en Philip (2001) wijzen daarnaast op het belang van een alternatief plan voor het geval er sessies uitvallen. Dit met het oog op de setting waarin de behandeling plaatsvindt. Het kan zo zijn dat er zaken voorvallen, waardoor bijvoorbeeld iedereen ingesloten zit en niet aan programma's kan deelnemen.

De persoon van de behandelaar speelt een essentiële rol in de effectiviteit van de behandeling. Behandelaren hebben een cruciale rol in het bewaken van de behandelingsintegriteit, vandaar dat de juiste selectie van stafleden belangrijk is. Hierbij spelen kennis, motivatie, ervaring en de houding ten opzichte van de behandeling een rol. Gezien de populatie in forensisch psychiatrische instellingen is ook een gedegen kennis van de vormen van psychopathologie die veel voorkomen bij forensische patiënten, een vereiste. Daarnaast moeten behandelaren oog hebben voor de regels die er in de instelling gelden en moeten zij duidelijk en eerlijk zijn tegen hun cliënten (Andrews, 1989). Steun aan en super- en intervisie van de behandelaren is van groot belang om burn-out en vermindering van motivatie te voorkomen. Supervisie waarborgt tevens dat het behandelprogramma op de juiste wijze wordt geïmplementeerd (Hollin, 1995; Lösel, 1996). De stafleden die geen direct aandeel hebben in de behandeling van de delinquent, moeten ook achter

de behandeling staan (dit is met name het geval bij behandeling in gevangenissen). Vandaar dat het belangrijk is dat ook zij op de hoogte zijn van de behandeling, haar methoden en doelen (Cooke & Philip, 2001).

Het gehele behandelprogramma dient te worden gecoördineerd door een goede programmaleider (Lipsey, 1995; Harris & Rice, 1997). Dat is iemand (het liefst vanuit de organisatie) met ervaring in het geven van de behandeling en het coördineren daarvan. Deze persoon dient tevens een effectieve manager te zijn, die verantwoording neemt, enthousiasmerend is tegenover de behandelaren en in staat is het overzicht te houden. Bij een multidisciplinaire behandeling zijn verschillende beroepsgroepen betrokken. Om groepsvorming te voorkomen en communicatie te verbeteren, pleiten Cooke & Philip (2001) voor multidisciplinaire staftraining. Tot slot wordt door vele auteurs gewezen op het belang van het voortdurend volgen en evalueren van de behandeling (Harris & Rice, 1997; Hollin, 1995). Hierdoor wordt de behandelintegriteit bewaakt en kunnen verbeteringen worden aangebracht. Het volgen en evalueren zou moeten gebeuren op basis van verschillende bronnen, zoals stafleden, onafhankelijke deskundigen en de delinquenten zelf.

Samenvattend

Een behandelprogramma dient aan de volgende voorwaarden te voldoen, wil het effectief zijn in het verminderen van recidive bij delinquenten:

1. Voorafgaand aan de behandeling dient er een risicotaxatie plaats te vinden, op basis waarvan delinquenten met een hoog risico een intensievere behandeling krijgen. Deze risicotaxatie moet plaatsvinden aan de hand van gestandaardiseerde methoden.
2. Ook dient men voorafgaand aan de behandeling een inventarisatie te maken van de dynamische factoren die bij de delinquent tot een verhoogd recidiverisico leiden. De geïdentificeerde criminogene behoeften worden dan de behandeldoelen, en per individu stelt men een expliciet plan op waarin staat hoe de verandering tot stand zal worden gebracht en waaraan deze zal worden gemeten.
3. De behandeling is gestructureerd, multimodaal en gaat uit van de cognitieve gedragstherapie. De nadruk ligt op het aanleren van concrete vaardigheden en er is tevens sprake van terugvalpreventie en nazorg. Bij psychisch gestoorde delinquenten en sommige typen seksuele delinquenten is vaak ook medicatie en psycho-educatie noodzakelijk.
4. De behandelvorm dient op de delinquent afgestemd te worden. In cognitieve gedragstherapie dient men in

ieder geval aandacht te besteden aan de volgende behandeldoelen:

1. veranderen van antisociale, procriminele waarden en houdingen;
 2. stimuleren van de ontwikkeling van een prosociaal netwerk;
 3. aanleren van interpersoonlijke vaardigheden;
 4. ontwikkelen van beroepsvaardigheden;
 5. aanleren van vaardigheden die samenhangen met het voorkomen of verminderen van middelenmisbruik;
 6. aanleren van vaardigheden, gericht op het hanteren van symptomen;
 7. ontwikkelen van vaardigheden die samenhangen met het functioneren in het dagelijkse leven.
5. Behandelaren dragen prosociale waarden uit en dienen als rolmodellen. Zij zijn empathisch, warm, duidelijk en ervaren. Gezien het belang van goed personeel is een grondige selectie, motivatie, training en supervisie van behandelaren van essentieel belang.
 6. De behandeling wordt vastgelegd in een handleiding. De behandeldoelen worden gemeten en de behandeling wordt structureel gevolgd en geëvalueerd.
 7. De behandeling wordt geleid door een competente programmamanager.
 8. Behandeling vindt zo veel mogelijk plaats in de leefomgeving van de patiënt.

Prevalentie van geweldscriminaliteit in Nederland

Gewelddadig of agressief gedrag is een veelomvattend begrip. Definities van gewelddadig gedrag variëren dan ook enorm. Wij verstaan onder gewelddadig gedrag: het toebrengen van letsel aan één of meerdere personen, dan wel een poging daartoe of het dreigen daarmee (Philipse, De Ruiter, Hildebrand, & Bouman, 2000). Daarbij dient het gedrag fysiek letsel te veroorzaken of dusdanig bedreigend te zijn dat bij één of meerdere personen sterke angst wordt gewekt. Voorts dient het gewelddadige gedrag ernstig genoeg te zijn om te leiden tot een aanklacht die civiel- of strafrechtelijke sancties tot gevolg kan hebben. Vormen van gewelddadig gedrag zijn onder andere mishandeling (slaan, schoppen, bijten), ontvoering en brandstichting. Formeel valt seksueel agressief gedrag ook onder bovenstaande definitie van gewelddadig gedrag. In dit artikel maken we echter onderscheid tussen algemeen gewelddadig gedrag en seksueel gewelddadig gedrag, en laten we seksueel geweld onbesproken.

Uit recente slachtofferenquêtes van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) blijkt dat het percentage

slachtoffers van geweldsdelicten de laatste jaren is gestegen (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties & Ministerie van Justitie, 2003; Van der Heide & Eggen, 2003). In 2002 werden 8,4 geweldsdelicten per 100 inwoners van 15 jaar en ouder gerapporteerd. Meer dan de helft van deze geweldsdelicten bestond uit bedreigingen (625.000). Het aantal gerapporteerde mishandelingen onder burgers bedroeg in dat jaar 251.000. Voorts is het aantal aangiften van geweldsincidenten bij de politie in de afgelopen tien jaar sterk toegenomen. Er is zelfs bijna sprake van een verdubbeling van het aantal geregistreerde geweldsdelicten sinds 1993. Deze toename is in het bijzonder toe te schrijven aan een stijging van het aantal geregistreerde mishandelingen. Daarbij is in vergelijking met de geweldsdelicten die slachtoffers rapporteren, sprake van een inhaalslag. Steeds meer geweldsdelicten leiden tot aangiften die in de politieregistratie terechtkomen, waaronder misdrijven tegen het leven, diefstal met geweld en afpersing. Alarmerend is vooral de forse stijging van geweldsdelicten gepleegd door minderjarigen (12 tot 17 jaar) (Wittebrood, 2000).

Meta-analyses en systematische reviews naar behandeling van geweldsdelinquenten

Ten behoeve van het huidige overzicht zochten we in de Nederlandstalige en in de Angelsaksische literatuur op het gebied van de forensische psychiatrie en psychologie naar effectstudies, reviews en meta-analyses van de behandeling van gewelddadige delinquenten. In de eerste plaats gebruikten we voor de gegevensverzameling zowel trefwoorden in de online zoekmachine van alle Nederlandse universitaire bibliotheken (Picarta) als trefwoorden en de sneeuwbaltechniek binnen de online zoekmachine PubMed van de National Library of Medicine. We zochten recente onderzoeksartikelen en andere publicaties (reviews en meta-analyses) over behandelprogramma's en behandel-effectiviteit bij daders van algemeen geweld. Onder recent verstaan we onderzoeksartikelen, die niet verder teruggaan dan 1995. Voor deze grens is gekozen in verband met het creëren van een zo groot mogelijke datapool, zonder verouderde gegevens. De volgende trefwoorden gebruikten we: 'anger treatment', 'aggression', 'violence', 'treatment', 'anger treatment outcome', 'meta-analysis anger treatment' en de Nederlandse equivalenten hiervan. Ook is gezocht op de namen van auteurs die actief zijn op het gebied van onderzoek naar de behandeling van daders van algemeen geweld.

Een aantal cognitief-gedragstherapeutische interventiemethoden, met name gericht op agressie en boosheid, is ontwikkeld teneinde de kans op herhaling van gewelddadig gedrag te verminderen. Meestal worden deze

interventiemethoden uitgevoerd in groepsverband. In deze paragraaf volgt een kort overzicht van de belangrijkste cognitief-gedragstherapeutische behandelmethoden voor algemeen gewelddadige delinquenten.

Aggression Replacement Training (ART)

De Aggression Replacement Training (Goldstein, Glick, & Gibbs, 1998; Hornsveld, Van Dam-Baggen, Leenaars & Jonkers, 2004) is een multimodale benadering voor de behandeling van agressief gedrag. Zij is gebaseerd op de leertheoretische aanname dat agressief gedrag ontstaat door observatie, imitatie, ervaring en herhaling en in stand wordt gehouden door interne en externe bekrachtiging. De training bestaat uit drie onderdelen: 'anger control training', 'skillstreaming' en 'moral reasoning training'. In het eerste onderdeel wordt aandacht besteed aan de identificatie van prikkels ('triggers'), die boosheid opwekken. De behandeltechnieken zijn in dit onderdeel gericht op het vergroten van zelfinzicht, het onderscheiden van emoties bij zichzelf (zelfmonitoring) en anderen, de interpretatie van gedrag van anderen en het onnodig verhogen van de lichamelijke spanning. In deze fase besteedt men ook aandacht aan de korte- en langetermijngevolgen van agressief gedrag. In het onderdeel 'skillstreaming' wordt vervolgens gewerkt aan het vervangen van inadequate gedragingen door adequate gedragingen. Men bespreekt en identificeert cognitieve vertekeningen en inadequate gedachten. Daarnaast wordt geoefend met sociale vaardigheden en het verbeteren van reeds bestaande adequate vaardigheden. Het derde onderdeel van de ART, de 'moral reasoning training', is gebaseerd op de idee dat agressief gedrag deels het gevolg is van een gestagneerd moreel ontwikkelingsproces, dat gepaard gaat met een egocentrische levensstijl. Het laatste onderdeel heeft dan ook als doel de ontwikkeling van het moreel besef door middel van oefeningen, gericht op het vergroten van het sociaal probleemoplossend vermogen en het bespreken van morele dilemma's in groepsverband.

Stress Inoculation Treatment

Gevoelens van boosheid gaan vaak vooraf aan gewelddadig gedrag (Novaco, 1997; Novaco, Ramm, & Black, 2001; Pieters & Gerits, 2000). Een behandelingsstrategie specifiek gericht op 'anger management' is de stress-inoculatietraining van Novaco (1997; 2001). In de training van Novaco maakt men gebruik van cognitief-gedragstherapeutische technieken, waaronder cognitieve herstructurering, relaxatietraining, verbeeldingsoefeningen (imaginaire exposure) en het vergroten van het probleemoplossend vermogen door middel van rollenspelen en

'modeling'. In de eerste fase van de training worden situaties en factoren geïdentificeerd, die gevoelens van boosheid oproepen. Vervolgens gaat men oefenen met sociale vaardigheden, relaxatievaardigheden en probleemoplossende vaardigheden, die kunnen worden toegepast tijdens boosheid-opwekkende (uitlokkende) situaties. In de stress-inoculatietrainingsfase wordt geoefend met de aangeleerde vaardigheden tijdens uitlokkende situaties in verbeeldingsoefeningen, rollenspelen en tijdens situaties in het dagelijks leven. De intensiteit van de boosheid-opwekkende situaties waarmee men oefent, loopt gedurende de training geleidelijk op. Met behulp van huiswerkopdrachten wordt geoefend met nieuw aangeleerde vaardigheden, zodat deze een automatische reactie gaan vormen op toekomstige boosheid-uitlokkende situaties.

In de Verenigde Staten zijn verschillende studies verricht naar de effectiviteit van de stress-inoculatietraining en ART. In de meeste van deze studies is gekeken naar de behandel-effectiviteit van de programma's bij agressieve en/of delinquente adolescenten. Als uitkomstmaten zijn veelal het sociaal functioneren, de frequentie en de ernst van nieuwe gewelddadige incidenten en recidive na beëindiging van de trainingen gehanteerd. Over het algemeen leverden de effectstudies bij adolescenten positieve resultaten op (Goldstein, Glick, & Gibbs, 1998; Polaschek & Reynolds, 2001). Tot nog toe zijn er echter geen studies naar de effectiviteit van ART bij volwassen agressieve delinquenten of volwassen forensisch psychiatrische patiënten bekend (Polaschek & Reynolds, 2001; Hornsveld et al., 2004).

Een aantal onderzoeken naar de effectiviteit van de stress-inoculatietraining bij volwassen gedetineerden en jeugdige delinquenten, waarbij al dan niet gebruik werd gemaakt van controle- en/of vergelijkingsgroepen, laat een afname zien in zelfrapportage van agressie en recidivecijfers (Novaco et al., 2001). Teneinde de bruikbaarheid van de stress-inoculatietraining bij volwassen forensisch psychiatrische patiënten te bestuderen, verrichtten Renwick, Black, Ramm en Novaco (1997) een kleinschalig (pilot) evaluatieonderzoek bij vier opgenomen forensisch psychiatrische patiënten die een aangepaste vorm van stress-inoculatietraining volgden. Er was een positieve verandering zichtbaar bij de patiënten, die de training volgden.

Voorts levert een aantal studies naar de effectiviteit van verschillende cognitief-gedragstherapeutische interventietechnieken, zoals cognitieve herstructurering en het aanleren van conflicthanterings- en probleemoplossingsvaardigheden die een onderdeel zijn van ART en de stress-inoculatiebenadering bij volwassen delinquenten, positieve behandelresultaten op. Bij de interpretatie van deze resultaten dient echter rekening te worden gehouden

met methodologische beperkingen (DiGiuseppe & Tafrate, 2003; Polaschek & Reynolds, 2001). Er is grote variatie in de selectie van onderzoeksgroepen, gehanteerde uitkomstmaten en aard van de interventiemethoden tussen de verschillende onderzoeken. Veelal worden louter zelfrapportagematen voor agressie en boosheid gebruikt en deze verschillen per onderzoek. Daarnaast worden verschillende groepen delinquenten onderzocht en/of bij elkaar genomen, zoals vrouwelijke gevangenen, forensisch psychiatrische patiënten met verslavingsproblematiek en patiënten met antisociale persoonlijkheidstrekken (Novaco et al., 2001).

Meta-analyses

Meta-analyses bieden de mogelijkheid een overzicht te verkrijgen van de resultaten uit verschillende studies naar de effectiviteit van interventiemethoden. Hieronder bespreken we drie meta-analyses naar de effectiviteit van interventies gericht op agressieproblematiek.

Beck en Fernandez (1998) namen in hun meta-analyse vijftig studies op (totale $N = 1.640$) naar cognitief-gedragstherapeutische interventies voor woedebeheersing. De gemiddelde effectgrootte die uit hun meta-analyse naar voren kwam, bedraagt .76. Dit betekent dat cliënten die een cognitief-gedragstherapeutisch behandelprogramma voor woedebeheersing volgden, sterk verbeterden in vergelijking met de niet-behandelde cliënten. De gevonden effectgrootte was significant en relatief homogeen tussen de verschillende studies. De studies die in de meta-analyse werden opgenomen, hadden echter betrekking op heterogene onderzoeksgroepen, waaronder partnermishandelaars en gedetineerden, maar ook kinderen met agressieproblematiek, intramuraal opgenomen adolescenten en verstandelijk gehandicaptten, en niet alleen op daders van algemene geweldsdelicten.

DiGiuseppe en Tafrate (2003) verrichtten een meta-analyse, waarin uitsluitend werd gekeken naar de effectiviteit van cognitief-gedragstherapeutische interventies bij volwassen cliënten met problemen in de woedebeheersing. Zij namen vijftig effectstudies waarin gebruik was gemaakt van controlegroepen en zeven effectstudies waarin geen sprake was van controlegroepen (totale $N = 1.841$) in de meta-analyse op. De onderzochte interventiemethoden bestonden uit cognitieve herstructurering, het aanleren van probleemoplossende vaardigheden, relaxatievaardigheden, exposure en combinaties van verschillende interventiemethoden. Als uitkomstmaten had men (zelf)rapportage van agressie, lichamelijke spanning, attitudes en cognities gebruikt. De gemiddelde effectgrootte die DiGiuseppe en Tafrate vonden, was .71 en de grootste effectgrootte werd gevonden bij de uitkomstmaten voor agressie (1.16). De onderzoekers

concludeerden dat ‘anger treatment’ effectief is in de behandeling van agressieproblematiek bij volwassen cliënten.

Recentelijk namen Del Vecchio en O’Leary (2004) 23 effectstudies op (totale $N=1.340$) naar verschillende interventiemethoden voor woedebeheersing. De studies hadden uitsluitend betrekking op volwassen, niet-opgenomen cliënten, die op gestandaardiseerde vragenlijsten een klinisch verhoogde woede en boosheid rapporteerden voorafgaand aan behandeling. In de opgenomen effectstudies had men voorts gebruik gemaakt van een aselechte toewijzing van cliënten aan controle- en/of vergelijkingscondities. Er waren vier categorieën interventies: cognitieve therapie (cognitieve herstructurering), cognitieve gedragstherapie (combinatie van cognitieve herstructurering en gedragstherapeutische elementen zoals relaxatietraining), relaxatietraining en ‘anders’ (bijvoorbeeld socialevaardigheidstraining). Als uitkomstmaat werd onder andere (zelf)rapportage van woede en boosheid gebruikt. De effectgrootten voor de vier verschillende interventie categorieën varieerden van .61 (categorie ‘anders’) tot .90 (relaxatietraining). Cognitieve gedragstherapie bleek het meest effectief bij cliënten die moeilijkheden ervaren met de uiting van boosheid (.61). Bij problemen in het onderdrukken van woede bleek cognitieve therapie het meest effectief (2.11). Relaxatietraining bleek het meest effectief in het behandelen van situatiegebonden boosheid (‘state anger’; 1.20).

De praktijk

Op basis van de What Works-theorie en de bevindingen uit de meta-analyses is een ideaaltypisch behandelprotocol voor plegers van gewelddadige delicten te schetsen. Uit een inventarisatie van behandelprotocollen die men in Nederland gebruikt, blijkt dat geen van hen aan dit ideaaltypen voldoet (De Ruiter & Veen, 2005). Integendeel, de meeste interventies zijn kortdurend en hebben een sterk voorlichtend en inzichtgevend karakter, terwijl juist concrete, op vaardigheden gerichte interventies het meest effectief zijn.

Fase 1 van de behandeling dient te bestaan uit psychodiagnostiek, risicotaxatie en indicatiestelling voor risicohantering. In het behandelprotocol moet een risicotaxatie-instrument voor geweld beschreven worden, bijvoorbeeld de HCR-20 (Philipse et al., 2000). Daarnaast dient de diagnostische instrumenten af te nemen om belangrijke dynamische risicofactoren, zoals agressiehantering en middelenmisbruik, te kunnen vaststellen. Voor het meten van agressieregulatie zijn de Novaco Anger Scales geschikt, omdat zij – in tegenstelling tot bijvoorbeeld de Buss-Durkee Hostility Inventory –

goed discrimineren tussen gewelddadige en niet-gewelddadige delinquenten (Selby, 1984). Het einddoel van Fase 1 is het opstellen van een lijst met dynamische risicofactoren, die in de behandeling aan bod zullen komen.

Casus Hans is een 27-jarige man die in het uitgaansleven bij herhaling verzeild raakt in vechtpartijen. Hij is al tweemaal veroordeeld voor mishandeling. Recent heeft hij in een dronken bui zijn vriendin een blauw oog geslagen, en zij overweegt de relatie te beëindigen vanwege zijn verbale, en recent dus ook fysieke agressie. Hans heeft zich vrijwillig aangemeld bij een forensische polikliniek, omdat de dreigende relatiebreuk hem aan het denken heeft gezet.

De HCR-20 wordt gebruikt voor de inventarisatie van risicofactoren. Om de HCR-20 te coderen gebruikt men de resultaten van psychologisch testonderzoek, maar ook van heteroanamnestische gegevens, verkregen van zijn partner en zijn werkgever. De belangrijkste risicofactoren bij Hans zijn: alcoholmisbruik, vijandigheid en een neiging om snel vijandige bedoelingen aan anderen toe te schrijven, en impulsiviteit (eerst doen, dan denken).

In Fase 2 van de behandeling gaat het om de motivatie voor behandeling. Als die laag is, probeert men de motivatie met cognitieve technieken als de kosten-batenanalyse te vergroten. Daarna wordt een gedetailleerd behandelplan gemaakt, dat per risicofactor aangeeft hoe deze aangepakt gaat worden. Een modulaire opbouw, waarbij een module uit meerdere sessies bestaat, is ideaal. Een behandelplan voor geweldplegers bevat *onder andere* de volgende modules, waaruit afhankelijk van de risicofactoren per casus gekozen wordt:

1. Verslavingsbehandeling;
2. Interpersoonlijke vaardigheden, conflicthantering;
3. Agressiebeheersing (bijvoorbeeld AHT, stressinoculatie training);
4. Cognitieve therapie, gericht op vermindering van achterdocht en vijandigheid;
5. Farmacotherapie (bijvoorbeeld in geval van impulsieve agressie met SSRI’s);
6. Relatietherapie (als het geweld zich mede in de relatiefeer afspeelt).

Voor Hans werden de volgende modules geïndiceerd: behandeling van alcoholmisbruik, cognitieve therapie voor vijandigheid/achterdocht, agressiehanteringstherapie (ook gericht op impulsiviteit) en relatiegesprekken.

De derde en laatste fase van de behandeling bestaat uit de module terugvalpreventieplan, met nazorg en follow-up. In het terugvalpreventieplan staat het individuele delictscenario beschreven met bijbehorende uitlokkende

factoren, en hoe de cliënt terugval kan voorkomen. In de nazorgfase is de behandeling minder intensief. Er zijn maandelijks boostersessies, waarin problemen met (dreigende) terugval aan bod komen. Indien nodig kan men een module herhalen of een nieuwe module volgen. Een jaar na afsluiting van de behandeling vindt een follow-up plaats, waarbij de diagnostische instrumenten die in Fase 1 gebruikt zijn, opnieuw worden toegepast, inclusief de risicotaxatie. De therapeut krijgt zo directe feedback op zijn handelen en hij of zij kan bijsturen aan de hand van de nieuwe gegevens.

Conclusie

Mede in verband met de stijging van het aantal geweldsdelicten is de behoefte aan effectieve interventies voor agressieproblematiek toegenomen (Novaco et al., 2001). De interventiemethoden die deel uitmaken van ART en stress-inoculatietraining, zoals zelfmonitoring van boosheidsgevoelens, het aanleren van probleemoplossende vaardigheden, relaxatievaardigheden en sociale vaardigheden zijn effectief gebleken in het verminderen van agressief gedrag bij volwassen cliënten. Interventies die effectief zijn gebleken in het verminderen van geweldsrecidive zijn intensief, hebben een sterke oefencomponent en bieden een nazorgprogramma.

Het is van belang een onderscheid te maken tussen verschillende typen daders van algemeen geweld (Polaschek & Reynolds, 2001; Hornsveld et al., 2004). Bij het toepassen van interventiemethoden moet men rekening houden met het risico-, behoefte- en responsiviteitsprincipe van elk individu. Personen met een hoog risico op herhaling van gewelddadig gedrag zouden intensievere vormen en wellicht een combinatie van meerdere interventiemethoden nodig hebben om controle te verkrijgen over agressieve gevoelens en gedrag (Polaschek & Reynolds, 2001). Daarbij zou de toepassing van ART of stress-inoculatietraining mogelijk gecontraïndiceerd zijn bij daders met psychopathische trekken. Dit type dader zou tijdens behandeling gedrag en vaardigheden aanleren, die de manipulatie en misleiding van anderen kunnen bevorderen en daarmee het recidiverisico op toekomstig gewelddadig gedrag verhogen (Hornsveld et al., 2004). Nader onderzoek naar de effectiviteit van cognitief-gedragstherapeutische methoden voor de behandeling van algemeen gewelddadig gedrag bij delinquenten die verschillen qua risiconiveau en responsiviteit, is noodzakelijk (Pieters & Gerits, 2000).

Behandeling van geweldplegers vraagt geduld, tijd en oefening, omdat meestal sprake is van een langdurig patroon van probleem- en conflicthantering met geweld.

‘Quick fixes’ bestaan niet op dit gebied: ‘Let’s do what works.’

Abstract

The prevalence of violent offenses in The Netherlands is showing a steady increase over the past few decades. Relapse prevention for this group of offenders has become a priority in public policy. Over the years, a number of treatment interventions for violent offenders have been developed, such as Aggression Replacement Training and anger management. Several meta-analyses of the effectiveness of these types of cognitive behavioral interventions for violent offenders show an average effect size of about .80, which is considered a large effect. Effective interventions follow the principles of the Psychology of Criminal Conduct as formulated by Andrews and Bonta. Essential to this model are the risk, need and responsivity principles. This means that behavioral interventions should be offered to medium- to high-risk offenders: that the intervention should target criminogenic needs, such as substance abuse and procriminal attitudes; and that the intervention matches the learning style of the offender, is highly structured and directed at skill development.

Referenties

- Andrews, D. (1989). Recidivism is predictable and can be influenced: Using risk assessments to reduce recidivism. *Forum on Corrections Research, 1*, 11-18.
- Andrews, D. (1995). The psychology of criminal conduct and effective treatment. In: J. McGuire (Ed.), *What works: Reducing reoffending – guidelines from research and practice*. Chichester, UK: Wiley.
- Andrews, D. (1996). Criminal recidivism is predictable and can be influenced: An update. *Forum on Corrections Research, 8*, 42-44.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, A., Gendreau, P., & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinical relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology, 28*, 369-404.
- Antonowicz, D.H., & Ross, R.R. (1994). Essential components of successful rehabilitation programs for offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 38*, 97-104.
- Beck, R., & Fernandez, E. (1998). Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research, 22*, 63-75.
- Van Emmerik, J.L. (2001). *De terbeschikkingstelling in maat en getal*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Beek, D.J. van (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Arnhem: Gouda Quint.
- Bonta, J., Hanson, R.K., & Law, M. (1998). The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 123*, 123-142.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (revised edition)*. New York: Academic 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*. Chichester, UK: Wiley.
- Del Vecchio, T., & O’Leary, K.D. (2004). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 24*, 15-34.
- Di Fazio, R. (1999). Evidence of the effectiveness of current treatments for sex offenders. *Forum on Corrections Research, 1*, 7-11.

- DiGiuseppe, R., & Tafrate, R.C. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology, Science and Practice, 10*, 70-84.
- Douglas, K.S., Cox, D.N., & Webster, C.D. (1999). Violence risk assessment: Science and practice. *Legal and Criminological Psychology, 4*, 149-184.
- Gendreau, P., & Goggin, C. (1996). Principles of effective correctional programming. *Forum on Corrections Research, 8*, 38-41.
- Gendreau, P., Little, T., & Goggin, C. (1995). *A meta-analysis of the predictors of adult offender recidivism: Assessment guidelines for classification and treatment*. Ottawa, Canada: Ministry Secretariat, Solicitor General of Canada.
- Goldstein, A.P., Glick, B., & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, IL: Research Press.
- 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. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offence recidivism. *Criminal Justice and Behaviour, 27*, 6-35.
- Harris, G.T., & Rice, M.E. (1997). Mentally disordered offenders: What research says about effective service In: Chr M Webster, & M.A Jackson (Eds.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (pp 361-393) New York: Guilford press.
- Heide, W van der, & Eggen, A.T.J (2003) *Criminaliteit en Rechts-handhaving 2001: Ontwikkelingen en samenhang*. Meppel: Boom Juridische uitgevers.
- Hodgins, S (2001) The major mental disorders and crime: Stop debating and start treating and preventing *International Journal of Law and Psychiatry, 24*, 427-446.
- Hollin, C.R. (1995). The meaning and implications of "programme integrity". In: J. McGuire (Ed.), *What works: reducing reoffending – Guidelines from research and practice* (pp. 195-208). Chichester, UK: Wiley.
- Hornsveld, R., van Dam-Baggen, C.M.J., Lammers, S.M.M., Nijman, H.L.I., & Kraaimaat, F.W. (2004). Forensisch psychiatrische patiënten met geweldsdelicten: persoonlijkheidskenmerken en gedrag. *Tijdschrift voor Psychiatrie, 46*, 133-143.
- Hornsveld, R.H.J., Dam-Baggen, C.M.J. van, Leenaars, P.E.M., & Jonkers, Ph. J. (2004). Agressiehanteringstherapie voor forensisch-psychiatrische patiënten met gewelddelicten: ontwikkeling en praktijk. *Tijdschrift voor Psychotherapie, 30*, 22-37.
- Lipsey, M.W. (1995). What do we learn from 400 research studies on effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In: J. McGuire (Ed.), *What works: reducing reoffending – Guidelines from research and practice* (pp. 195-208). Chichester, UK: Wiley.
- Lipsey, M.W. (1992). Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In: T.D. Cooke, H. Cooper, D.S. Cordray, H. Hartman, L.V. Hedges, R.L. Light, T.A. Louis, & F. Mosteller (Eds.), *Meta-analysis for explanation*. New York: Russell Sage.
- Lösel, F. (1998). Treatment and management of psychopaths. In: D.J. Cooke, A.E. Forth, & R.D. Hare (Eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society* (pp. 303-354). Dordrecht: Kluwer Academic.
- Lösel, F. (1996). Effective correctional programming: What empirical research tells us and what it doesn't. *Forum on Corrections Research, 6*, 33-37.
- Lösel, F. (1995). The efficacy of correctional treatment: A review and synthesis of meta-evaluations. In: J. McGuire (Ed.), *What works: reducing reoffending – Guidelines from research and practice* (pp. 79-111). Chichester, UK: Wiley.
- Lösel, F. (1993). The effectiveness of treatment in institutional and community settings. *Criminal Behaviour and Mental Health, 3*, 416-437.
- Martinson, R. (1974). What Works? - Questions and answers about prison reform. *The Public Interest, 35*, 22-45.
- Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties & Ministerie van Justitie (2003). *Jaarrapportage Veiligheid 2003*. Den Haag: Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties.
- Müller-Isberner, R., & Hodgins, S. (Eds.) (2000). *Violence, crime and mentally disordered offenders*. Chichester, UK: Wiley.
- Novaco, R.W. (1997). Remediating anger and aggression with violent offenders. *Legal and Criminological Psychology, 2*, 77-88.
- Novaco, R.W. (2001). *Stress inoculation treatment for anger control: Therapist procedures*. Irvine, California: University of California.
- Novaco, R.W., Ramm, M., & Black, L. (2001). Anger treatment with offenders. In: C.R. Hollin (Ed.), *Handbook of offender assessment and treatment* (pp. 281-296). Chichester, UK: Wiley.
- Philipse, M.W.G. (2005). *Predicting criminal recidivism: Empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry*. Academisch proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen.
- Pieters, G., & Gerits, P. (2000). De gedragstherapeutische behandeling van agressief gedrag. In: S. Tuinier, W.M.A. Verhoeven & P.J.A. van Panhuis (Eds.), *Behandelingsstrategieën bij agressieve gedragsstoornissen* (pp. 51-66). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Philipse, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20: Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag*. Utrecht, The Netherlands: Forum Educatief.
- 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: Wiley.
- Quinsey, V.L., Coleman, G., Jones, B., & Altrous, I.F. (1997). Proximal antecedents of eloping and reoffending among supervised mentally disordered offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 794-813.
- Renwick, S.J., Black, L., Ramm, M., & Novaco, R.W. (1997). Anger treatment with forensic hospital patients. *Legal and Criminological Psychology, 2*, 103-116.
- Ruiter, C. de, & Veen, V. (2005). *Terugdringen van recidive bij geweldsdelinquenten: Werkzame interventies bij relationeel, seksueel en algemeen geweld*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Selby, M.J. (1984). Assessment of violence potential using measures of anger, hostility, and social desirability. *Journal of Personality Assessment, 48*, 531-544.
- Stewart, L., & Picheca, J.C. (2001). Improving offender motivation for programming. *Forum on Corrections Research, 13*, 18-20.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Hildebrand, M., Bos, B. & Ven, P. van de (2004). Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20: A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health, 3*, 149-165.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Beek, D. van, & 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.
- Wittebrood, K. (2000). Trends in jeugdgeweld. *Justitiële Verkenningen, 26*, 21-34.