

Een groepsbehandeling van gewelddadige adolescenten op een forensisch psychiatrische polikliniek; eerste resultaten

R.H.J. HORNSVELD, F.W. KRAAIMAAT

ACHTERGROND In Nederland is tot op heden niet gepubliceerd over een gecontroleerd onderzoek naar het effect van een poliklinische behandeling voor gewelddadige adolescenten.

DOEL In exploratief onderzoek evalueren van de resultaten van een groepsbehandeling (agressiehanteringstherapie) bij gewelddadige adolescenten op een forensisch psychiatrische polikliniek 'het Dok' te Rotterdam.

METHODE Persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen van patiënten uit de forensisch psychiatrische polikliniek 'het Dok' te Rotterdam ($n = 123$) werden vergeleken met die van een groep (v)mbo-leerlingen ($n = 160$). Vervolgens vergeleken we trekken en gedragingen van degenen die de therapie afmaakten en degenen die voortijdig afhaakten. Voor het bepalen van de therapieresultaten waren er drie meetmomenten: tijdens de intake, aan het begin en aan het eind van de behandeling.

RESULTATEN Patiënten bleken significant hoger te scoren op woede als dispositie en vijandigheid dan (v)mbo-leerlingen, maar significant lager op sociale angst. Patiënten die de therapie afmaakten, scoorden significant lager op psychopathie dan de patiënten die voortijdig afhaakten. Tijdens de wachtlijstperiode veranderden de patiënten niet. Bij degenen die de therapie afmaakten, kon een significante afname in fysieke agressie geconstateerd worden. De effectgrootte bleek echter relatief klein.

CONCLUSIE De agressiehanteringstherapie lijkt bij gewelddadige adolescenten op een forensisch psychiatrische polikliniek te resulteren in afname van zelfgerapporteerd fysiek agressief gedrag.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)6, 333-342]

TREFWOORDEN adolescenten, agressiehanteringstherapie, behandeling, geweld

Agressief gedrag komt veel voor bij jongens in de adolescentieperiode en varieert van schelden tot ernstig geweld. Harland e.a. (2007) vonden dat een groot deel van de (v)mbo-jongens wel eens lichte vergrijpen pleegde, maar dat slechts een minderheid zich schuldig maakte aan ernstig wangedrag op school (bijvoorbeeld: medeleerlingen pesten of docenten bedreigen) of delictgedrag buiten school

(bijvoorbeeld: iemand beroven of met iemand op straat vechten). Ernstig wangedrag bleek gedurende de middelbare schooltijd af te nemen, maar ernstig delictgedrag verminderde nauwelijks.

Van der Laan e.a. (2010) onderzochten de jeugdcriminaliteit onder 12-24-jarigen in de periode 2002-2007. Zij constateerden aan de hand van door politie en justitie geregistreerde informatie

een sterke toename van misdrijven tegen de openbare orde, bedreigingen en mishandelingen. De rechter legde in genoemde periode steeds vaker werkstraffen of boetes op en steeds minder (on)voorwaardelijke vrijheidstraffen of leerstraffen. Een verklaring voor deze laatste ontwikkeling geven de onderzoekers niet.

Onderzoek in vs

De afname in leerstraffen is in strijd met de uitkomst van verschillende studies die erop wijzen dat cognitief-gedragstherapeutische interventies bij criminele jongeren resulteren in een afname van recidive. Vooral in de vs is veel onderzoek naar het effect van deze interventies op recidive gedaan (Lipsey 1999; 2006; 2009; Lipsey & Wilson 1998). Howell (2009) noemde elf zogenaamde *blueprint programs* die volgens het Center for the Study and Prevention of Violence (CSPV) van de Universiteit van Colorado als effectief konden worden gekwalificeerd. In 2009 waren van twee van deze programma's replicatiestudies bekend, namelijk *functional family therapy* (FFT) en *multi-systemic therapy* (MST).

In de staat Washington besloot men in 1999 naast deze twee programma's ook *aggression replacement training* (ART) nader te onderzoeken (Barnoski 2004). In tegenstelling tot FFT en MST is ART ook geschikt voor jongeren in een gesloten instelling en voor jongeren uit gezinnen die niet gemotiveerd zijn om aan een programma deel te nemen. Andere voordelen van ART zijn volgens Guerra e.a. (2008) dat het programma gemakkelijk aangepast kan worden aan verschillende settings en dat het zich specifiek richt op jongeren met manifest agressieve attitudes of gedrag.

Uit de evaluatie door het Washington State Institute for Public Policy bleek dat FFT na 18 maanden resulteerde in een afname van recidive met 38% en ART met 24%, mits de therapie en de training 'competent' werden uitgevoerd. Onder 'competente' uitvoering verstond Barnoski (2004) dat de therapeuten of trainers voldoende gekwalificeerd waren en na een training in de betreffende

methode ruime gesuperviseerde ervaring hadden opgedaan. Zowel voor FFT als ART gold overigens dat 'incompetente' uitvoering leidde tot een toename van het recidiverisico. Vanwege implementatieproblemen konden de resultaten met MST niet geëvalueerd worden.

Nederlands onderzoek

Tot op heden is er nauwelijks gepubliceerd over Nederlands onderzoek naar het effect van gedragsveranderende interventies bij criminele adolescenten (Nederlands Jeugdinstituut, www.nji.nl/eCache/DEF/1/07/088.html). Nas e.a. (2005) evalueerden een aan ART verwant programma (EQUIP; Gibbs 1995) bij een groep jeugdige gedetineerden. Na afronding van de behandeling rapporteerden de jongeren minder cognitieve vervormingen dan een controlegroep die *care as usual* kreeg aangeboden, maar zij hadden niet meer sociale vaardigheden. De onderzoekers constateerden dat de jeugdige delinquenten die voortijdig afhaakten niet verschilden van degenen die de behandeling afmaakten in intelligentie, leeftijd, moreel besef, cognitieve vervormingen, sociale vaardigheden en omgaan met sociale informatie. Het onderzoek betrof echter jongeren die slechts voor een deel een geweldsdelict hadden gepleegd.

Hornsveld e.a. (2008) vonden in een gecontroleerd onderzoek dat de op ART gebaseerde agressiehanteringstherapie (AHT) bij gewelddadige forensisch psychiatrische patiënten resulteerde in een significante afname van agressief gedrag, zowel na afloop van het programma als bij een follow-up 15 weken later. Het onderzoek betrof zowel klinische als poliklinische patiënten. Bij de poliklinische patiënten werd echter geen onderscheid gemaakt tussen adolescenten en volwassenen.

Huidig onderzoek

In dit artikel beschrijven we een exploratief onderzoek naar de AHT bij gewelddadige adolescenten op de forensisch psychiatrische poli- en dagkliniek het Dok te Rotterdam. Om inzicht te

krijgen in de specifieke persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen van de patiënten vergeleken wij hen met een groep (v)mbo-leerlingen. Op grond van een eerdere studie (Hornsveld e.a. 2008) veronderstelden we dat de patiënten significant hoger zouden scoren op neuroticisme, woede en agressie en significant lager op altruïsme.

Vervolgens onderzochten we ook de verschillen in persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen tussen de patiënten die de therapie afmaakten en degenen die voortijdig afhaakten. We verwachtten dat de laatste groep significant hoger zou scoren op psychopathie (Hildebrand e.a. 2005). Bij de groep die het programma afmaakte, bepaalden we de behandelresultaten door een vergelijking te maken met een wachtlijstconditie. We veronderstelden dat zich tijdens de wachtlijstperiode bij de patiënten geen verandering in probleemgedrag zou voordoen. De behandeling zou echter moeten resulteren in een significante afname van woede en agressie en een significante toename van sociale vaardigheden.

METHODE

Patiënten en leerlingen

Het onderzoek werd uitgevoerd bij 123 gewelddadige adolescenten (allen mannen) die waren veroordeeld tot een verplichte behandeling op de forensisch psychiatrische polikliniek het Dok te Rotterdam. Hun gemiddelde leeftijd bedroeg 17,35 jaar (SD: 1,82; uitersten: 15-21 jaar), 56,52% was allochtoon. De patiënten hadden een (oppositieel-opstandige) gedragsstoornis als hoofddiagnose op as I of, als ze 18 jaar of ouder waren, een antisociale persoonlijkheidsstoornis op as II van de DSM-IV (American Psychiatric Association 1994).

De 160 leerlingen (allen mannen) volgden een voortgezette beroepsopleiding op een regionaal opleidingscentrum te Rotterdam, het Albeda College. Hun gemiddelde leeftijd was 17,35 jaar (SD: 1,08; uitersten: 16-20 jaar). Van de leerlingen was 49,11% allochtoon.

Meetinstrumenten

Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R; Hare 1991; Nederlandse versie: Vertommen e.a. 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 e.a. (2002) bevestigden Hares tweefactorenstructuur: (1) egoïstisch, ongevoelig en zonder wroeging gebruik maken van anderen en (2) chronisch instabiel en antisociaal gedrag. We scoorden de PCL-R bij de patiënten die jonger waren dan 18 jaar volgens Forth e.a. (1990).

NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI; Costa & McCrae 1992; Nederlandse versie: Hoekstra e.a. 1996) heeft 60 items en meet vijf persoonlijkheidsdomeinen, te weten: neuroticisme, extraversie, openheid, altruïsme, en consciëntieusheid. Respondenten geven op een vijfpuntsschaal aan in hoeverre ze de uitspraak onderschrijven, lopend van: 1 = helemaal oneens tot 5 = helemaal eens.

Zelf-Analyse Vragenlijst (ZAV; Van der Ploeg e.a. 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. Respondenten moeten aangeven hoe ze zich in het algemeen voelen en daarbij gebruik maken van een vierpuntsschaal: 1 = bijna nooit, 2 = soms, 3 = vaak en 4 = bijna altijd.

Aangepaste versie van de Rosenzweig Picture-Frustration Study (PFS-AV; Hornsveld e.a. 2007) 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. Antwoorden worden gescoord door een onderzoeksassistent aan de hand van een zevenpuntsschaal met de volgende scoringsmogelijkheden: 1 = afwezig, 2 = minimaal, 3 = enigszins, 4 = matig, 5 = sterk, 6 = zeer sterk en 7 = extreem.

De Agressie Vragenlijst (AVL; Meesters e.a. 1996) is een Nederlandse versie van Buss & Perry's *Aggres-*

sion Questionnaire (1992). De vragenlijst meet agressief gedrag en kent 29 items, verdeeld over vier subschalen: fysieke agressie, verbale agressie, woede en vijandigheid. Respondenten scoren de items op een vijfpuntsschaal van: 1 = helemaal mee oneens tot 5 = helemaal mee eens.

De Novaco Anger Scale (NAS; Novaco 1994) is een zelfrapportagevragenlijst met 48 items waarmee reacties van respondenten in woede-oproepende situaties onderzocht kunnen worden. Items worden gescoord op een driepuntsschaal: 1 = nooit waar, 2 = soms waar en 3 = altijd waar.

Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA; Van Dam-Baggen & Kraaimaat 2000) vraagt respondenten voor 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', 'aandacht vragen voor de eigen mening', 'waardering voor een ander uitspreken', 'initiatief nemen tot contact' en 'jezelf waarderen'. 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.

Agressiehanteringstherapie

De groepsbehandeling (agressiehanteringstherapie) kent vier onderdelen, te weten woedebeheersing, sociale vaardigheden, moreel redeneren en zelfregulatievaardigheden (Hornsveld 2008). De therapie wordt verstrekt aan groepen van maximaal 8 patiënten, en omvat 15 wekelijkse sessies van 1,5 uur en 3 5-wekelijkse terugkombijeenkomsten. Behandelaars beschikken over een draaiboek en patiënten maken de huiswerkopdrachten in een werkboek (Hornsveld 2004). De therapie werd conform het draaiboek uitgevoerd, maar met enkele aanpassingen bij de module 'sociale vaardigheden'. De ervaring had namelijk geleerd dat

de meeste deelnemers de huiswerkopdrachten bij dit onderdeel te uitgebreid vonden: naast het leren toepassen van een nieuwe vaardigheid werden ze ook geacht eerder geleerde vaardigheden te blijven oefenen. Deelnemers kregen daarom slechts als huiswerkopdracht mee om maar met een vaardigheid in de praktijk aan de slag te gaan. Ze hoefden ook geen programma voor nieuw gedrag op te stellen en uit te voeren. De principes van het maken van de juiste tussenstappen om een bepaald einddoel te bereiken werden aan de hand van praktijkvoorbeelden echter wel besproken.

De ouders van de patiënten reageerden vrijwel nooit op onze oproep om mee te denken over de behandeling van hun kind. Veel ouders maakten bezwaar tegen de verplichte behandeling en beschouwden de beslissing van de rechter als een justitiële dwaling.

Procedure

De vragenlijsten werden individueel bij de patiënten afgenomen aan het begin en aan het eind van de agressiehanteringstherapie. Bij een groep patiënten werden de vragenlijsten ook direct na het intakegesprek afgenomen, zodat het mogelijk was het verloop van probleemgedragingen te onderzoeken tijdens een wachtlijstperiode van ongeveer vier weken. Het invullen van de vragenlijsten werd vergoed met € 7,-. De PCL-R-scores voor de patiënten werden berekend op basis van de pro Justitia-rapportage en het intakegesprek. Bij de leerlingen werden de vragenlijsten klassikaal afgenomen. Zij kregen daarvoor een vergoeding van € 10,-.

Intake en voormeting konden met elkaar vergeleken worden bij 73 patiënten, en voor- en nameting bij 62 patiënten.

Statistische analyse

De dataset werd geanalyseerd met behulp van PASW Statistics 18 (SPSS 18.0) en voor het berekenen van eventuele verschillen gebruikten we t-toetsen. Vanwege het exploratieve karakter van

het onderzoek werd bij het berekenen van het significantieniveau in plaats van de nogal conservatieve bonferronicorrectie de door Narum (2006) ontwikkelde B-Y method false discovery rate toegepast.

Bij het vergelijken van de persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen van de patiënten met die van de leerlingen toetsten we eenzijdig ($\alpha = 0,05/2,829 = 0,018$). De verschillen in persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen tussen de patiënten die de groep afmaakten en de patiënten die voortijdig afhaakten, werden eveneens eenzijdig getoetst ($\alpha = 0,05/3,003 = 0,017$). Een tweezijdige toetsing vond plaats bij het bepalen van eventuele verschillen in probleemgedragingen van de patiënten tussen de intake en de voormeting ($\alpha = 0,05/2,45 = 0,020$). Voor het bepalen van eventuele verschillen in probleemgedragingen van patiënten tussen voor- en nameting werd weer eenzijdig getoetst ($\alpha = 0,020$). De scores op de vragenlijsten tijdens de nameting werden opnieuw vergeleken met die van de leerlingen middels een tweezijdige toetsing ($\alpha = 0,020$).

RESULTATEN

Persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen

Nadat gebleken was dat patiënten en leerlingen in leeftijd niet significant van elkaar verschilden, vergeleken we beide groepen op persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen. Uit die

vergelijking kwam naar voren dat de patiënten significant hoger scoorden op woede als dispositie (ZAV) en vijandigheid (PFS-AV), maar significant lager op sociale angst (IOA) dan de leerlingen (tabel 1).

Patiënten die de therapie afmaakten, bleken in leeftijd niet significant te verschillen van patiënten die voortijdig afhaakten. Een vergelijking van beide groepen op persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen liet zien dat de laatste groep significant hoger scoorde op psychopathie (PCL-R) dan de eerste, vooral op de factor 'antisociaal gedrag' (tabel 2).

Gedragsverandering

De 73 patiënten van wie de gegevens van de intake en van de voormeting (wachttijdperiode) beschikbaar waren, veranderden in de periode tussen beide metingen niet significant in vijandigheid (PFS-AV), agressief gedrag (AVL), sociale angst (IOA) en sociale vaardigheden (IOA). Woede gemeten met de NAS nam echter significant toe (tabel 3).

De gegevens van voor- en nameting konden worden vergeleken bij 62 patiënten (tabel 4). Uit die vergelijking kwam naar voren dat deze 62 patiënten tijdens de nameting significant lager scoorden op (fysieke) agressie (AVL), al was de effectgrootte klein.

Ten slotte vergeleken we de nameting van de patiënten met de meting van de leerlingen (tabel 5). De patiënten bleken na afloop van de behande-

TABEL 1 Voormeting van patiënten (n = 123) vergeleken met de meting van leerlingen (n = 160)

Meetinstrumenten	Subschalen	Gem. score patiënten (SD)	Gem. score leerlingen (SD)	t	Cohens d
NEO-FFI	Neuroticisme	29,94 (7,65)	30,57 (7,13)	t(281) = -0,70 (p = 0,242)	-0,08
	Altruïsme	39,60 (4,70)	39,58 (4,79)	t(281) = 0,02 (p = 0,493)	0,00
ZAV	Woede als dispositie	19,73 (7,09)	18,07 (5,47)	t(281) = 2,20 (p = 0,014)	0,26
PFS-AV	Vijandigheid	35,12 (11,27)	28,91 (5,88)	t(281) = 5,94 (p = 0,001)	0,69
	AVL	Agressie	84,75 (20,41)	82,45 (16,44)	t(281) = 1,05 (p = 0,147)
	Fysieke agressie	28,83 (8,07)	27,16 (7,10)	t(281) = 1,86 (p = 0,033)	0,23
NAS	Woede	89,09 (18,61)	89,27 (14,28)	t(281) = -0,09 (p = 0,465)	-0,01
IOA	Sociale angst	65,78 (24,38)	83,46 (23,58)	t(281) = -6,07 (p = 0,001)	-0,73
	Sociale vaardigheden	111,96 (23,78)	107,44 (16,96)	t(281) = 1,84 (p = 0,034)	0,21

$\alpha = 0,018$; NEO-FFI = Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst; PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL = Agressie Vragenlijst; NAS = Novaco Anger Scale; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

TABEL 2 Gemiddelde scores van degenen die agressiehanteringstherapie afmaakten (n = 62) vergeleken met degenen die afhaakten (n = 61)

Meetinstrumenten	Subschalen	Gem. score afmakers (SD)	Gem. score afhakers (SD)	t	Cohens d
PCL-R	Psychopathie	16,68 (5,57)	19,40 (5,51)	t(121) = -2,67 (p = 0,006)	-0,49
	Gebruik maken van anderen	9,12 (3,48)	9,81 (3,19)	t(121) = -1,18 (p = 0,140)	-0,21
	Antisociaal gedrag	7,46 (2,83)	9,23 (3,17)	t(121) = -3,26 (p < 0,001)	-0,59
NEO-FFI	Neuroticisme	29,56 (6,68)	30,34 (8,60)	t(121) = -0,56 (p = 0,290)	-0,10
	Altruïsme	40,18 (4,28)	38,98 (5,06)	t(121) = 1,40 (p = 0,082)	0,25
ZAV	Woede als dispositie	19,13 (6,33)	20,37 (7,83)	t(121) = 0,95 (p = 0,173)	-0,17
PFS-AV	Vijandigheid	33,51 (12,03)	36,73 (10,31)	t(121) = -1,56 (p = 0,061)	-0,28
	AVL	Agressie	82,56 (20,67)	86,97 (20,07)	t(121) = -1,20 (p = 0,117)
	Fysieke agressie	28,39 (7,69)	29,28 (8,56)	t(121) = -0,61 (p = 0,271)	-0,11
NAS	Woede	87,05 (18,38)	91,28 (18,77)	t(121) = -1,24 (p = 0,110)	-0,23
IOA	Sociale angst	66,68 (26,67)	64,80 (21,87)	t(121) = 0,41 (p = 0,340)	0,07
	Sociale vaardigheden	115,32 (22,15)	108,41 (25,13)	t(121) = 1,57 (p = 0,060)	0,29

$\alpha = 0,017$. PCL-R = Psychopathy Checklist-Revised; NEO-FFI = Five Factor Inventory; ZAV = Zelf-Analyse Vragenlijst; PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL = Agressie Vragenlijst; NAS = Novaco Anger Scale; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

TABEL 3 Gemiddelde scores bij intake versus voormeting (n = 73)

Meetinstrumenten	Subschalen	Gem. score intakemeting (SD)	Gem. score voormeting (SD)	Intake vs. voormeting (t)	Cohens d
PFS-AV	Vijandigheid	33,22 (9,58)	34,16 (11,49)	t(72) = -0,85 (p = 0,396)	-0,13
	AVL	Agressie	90,00 (27,88)	85,59 (21,57)	t(72) = 1,52 (p = 0,134)
	Fysieke agressie	33,01 (18,47)	29,48 (8,19)	t(72) = 1,73 (p = 0,088)	0,36
NAS	Woede	87,52 (17,35)	90,81 (19,32)	t(72) = -2,43 (p = 0,018)	-0,29
IOA	Sociale angst	71,43 (28,73)	68,07 (25,80)	t(72) = 1,72 (p = 0,089)	0,24
	Sociale vaardigheden	112,42 (25,19)	112,32 (25,18)	t(72) = 0,04 (p = 0,970)	0,01

$\alpha = 0,020$; PFS-AV = Aangepaste Versie van de Picture-Frustration Study; AVL = Agressie Vragenlijst; NAS = Novaco Anger Scale; IOA = Inventarisatielijst Omgaan met Anderen.

TABEL 4 Gemiddelde scores bij voor- versus nameting (n = 62)

Meetinstrumenten	Subschalen	Gem. score voormeting (SD)	Gem. score nameting (SD)	Voor- vs. nameting (t)	Cohens d
PFS-AV	Vijandigheid	33,34 (12,30)	30,84 (12,27)	t(61) = 1,62 (p = 0,056)	0,25
	AVL	Agressie	82,56 (20,67)	78,90 (20,32)	t(61) = 1,68 (p = 0,050)
	Fysieke agressie	28,39 (8,02)	26,45 (7,46)	t(61) = 2,21 (p = 0,016)	0,28
NAS	Woede	87,29 (18,31)	83,98 (16,74)	t(61) = 1,56 (p = 0,058)	0,21
IOA	Sociale angst	65,36 (26,24)	57,74 (22,75)	t(61) = 2,09 (p = 0,021)	0,31
	Sociale vaardigheden	115,88 (22,22)	116,93 (29,75)	t(61) = -0,28 (p = 0,393)	-0,04

$\alpha = 0,020$; voor uitleg afkortingen: zie tabel 3.

TABEL 5 Voormeting van patiënten (n = 139) en nameting van patiënten (n = 62) vergeleken met meting van leerlingen (n = 160)

Meetinstrumenten	Subschalen	Patiënten		Gem. score leerlingen (SD)	Nameting patiënten vs. meting leerlingen t	Cohens d
		Gem. score voor-meting (SD)	Gem. score na-meting (SD)			
PFS-AV	Vijandigheid	33,34 (12,30)	30,84 (12,27)	28,91 (5,88)	t(220) = 1,70 (p = 0,090)	0,22
	AVL	Agressie	82,56 (20,67)	78,90 (20,32)	82,45 (16,44)	t(220) = -1,35 (p = 0,178)
	Fysieke agressie	28,39 (8,02)	26,45 (7,46)	27,16 (7,10)	t(220) = -0,59 (p = 0,556)	-0,09
NAS	Woede	87,29 (18,31)	83,98 (16,74)	89,27 (14,28)	t(220) = -2,51 (p = 0,013)	-0,34
IOA	Sociale angst	65,36 (26,24)	57,74 (22,75)	83,46 (23,58)	t(220) = -7,31 (p < 0,001)	-1,11
	Sociale vaardigheden	115,88 (22,22)	116,93 (29,75)	107,44 (16,96)	t(220) = 2,95 (p = 0,004)	0,39

$\alpha = 0,020$. voor uitleg afkortingen: zie tabel 3.

ling niet te verschillen van de leerlingen in vijandigheid (PFS-AV) en agressief gedrag (AVL). Wel scoorden ze significant lager op woede (NAS). Bovendien scoorden ze significant lager op sociale angst (IOA) en significant hoger op sociale vaardigheden (IOA).

DISCUSSIE

We voerden een exploratief onderzoek uit naar de resultaten van een groepsbehandeling (agressiehanteringstherapie) bij gewelddadige adolescenten op een forensisch psychiatrische polikliniek. Om nader inzicht te krijgen in hun persoonlijkheidstrekken en probleemgedragingen, vergeleken we de groep patiënten met een groep (v)mbo-leerlingen. Zoals we verwachtten, bleken de patiënten hoger te scoren op vijandigheid en woede als dispositie dan de leerlingen, maar significant lager op sociale angst.

Bij het vergelijken van de patiënten die de therapie afmaakten met degenen die voortijdig afhaakten, werd onze veronderstelling bevestigd, namelijk dat de laatste groep significant hoger scoorde op psychopathie, vooral op de PCL-R-factor 'antisociaal gedrag'. Omdat deze factor een goede voorspeller is van toekomstig gewelddadig gedrag, is het waarschijnlijk dat de patiënten die de therapie niet afmaken eerder of vaker recidiveren dan de patiënten die de therapie voltooien (Hildebrand e.a. 2005; Van der Laan e.a. 2009).

Tijdens de wachtlijstperiode veranderden de patiënten niet, met uitzondering van een significante toename in woede. Bij degenen die de therapie afmaakten, werd een significante afname in fysiek agressief gedrag geconstateerd, maar de effectgrootte was klein. Deze patiënten bleken na afloop ook significant lager te scoren dan de leerlingen op woede. Daarnaast scoorden de patiënten significant lager op sociale angst en hoger op sociale vaardigheden, maar dat deden ze ook al aan het begin van de behandeling.

De effectgroottes bij de gemeten gedragsverandering als gevolg van de behandeling waren over het algemeen klein, maar in overeenstem-

ming met cijfers die elders in de literatuur worden gevonden voor cognitief-gedragstherapeutische interventies bij jongeren (bijvoorbeeld: Lipton e.a. 2003).

Beperkingen

Het in dit artikel beschreven onderzoek kent enkele beperkingen. Zo werd voor het onderzoek gebruikgemaakt van zelfrapportagevragenlijsten. De scores op deze instrumenten kunnen beïnvloed worden door de neiging tot het geven van sociaal wenselijke antwoorden en door een beperkt inzicht van de patiënten in eigen gedrag. Een andere beperking is dat niet alle patiënten op de drie meetmomenten de vragenlijsten konden of wilden invullen. Om de patiënten niet onnodig te belasten werd afgezien van een follow-upmeting, 15 weken na de laatste wekelijkse bijeenkomst. Uit het onderzoek bij volwassen patiënten bleek echter dat patiënten tijdens de follow-upperiode niet terugvielen (Hornsveld e.a. 2008).

Verklaring bevindingen

Enkele onderzoeksresultaten laten zich niet eenvoudig verklaren. Zo is de toename in woede tijdens de wachtlijstperiode opmerkelijk. Mogelijk ergerden de patiënten zich aan de tijdens de intake verkregen zekerheid dat ze de therapie moesten volgen. Daarnaast was opvallend dat aan het begin van de therapie de patiënten lager dan de leerlingen op sociale angst scoorden. Wellicht waren patiënten meer geneigd zich in sociale contacten te overschatten. Daar staat tegenover dat de lagere score op sociale angst een reële inschatting kan zijn geweest, omdat uit eerder onderzoek is gebleken dat delinquenten een relatief laag arousalniveau hebben (bijvoorbeeld: Lykken 1995; Raine 1993; Raine e.a. 1995).

Nut behandeling

Meerdere auteurs hebben vraagtekens gezet bij het nut van kortdurende groepsbehandelingen

voor adolescenten. Zo vonden Heseltine e.a. (2010) dat een 20 uur durende training in woedebeheersing ineffectief was en waarschuwden Dodge en Sherill (2006) voor mogelijke negatieve effecten van groepsbehandelingen bij delinquente jongeren met psychiatrische problematiek.

Onze resultaten stemmen echter overeen met die van het ART-onderzoek in de staat Washington, dat wil zeggen dat de agressiehanteringstherapie lijkt te resulteren in afname van fysieke agressie bij gewelddadige adolescenten op een forensisch psychiatrische polikliniek met een laag tot gemiddeld recidiverisico. Of de therapie ook profijtelijk is voor gewelddadige adolescenten met een relatief hoge psychopathiescore konden wij niet onderzoeken, omdat deze patiënten voortijdig afhaakten. Verder onderzoek naar de agressiehanteringstherapie bij een grotere groep gewelddadige adolescenten is naar onze mening de moeite waard. Daarbij moet men ook de recidivecijfers in het onderzoek betrekken.

LITERATUUR

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4de druk). Washington: American Psychiatric Association; 1994.
- Barnoski R. Outcome evaluation of Washington State's research-based programs for juvenile offenders. Olympia: Washington State Institute for Public Policy; 2004.
- Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992; 63: 452-459.
- Costa PT Jr, McCrae RR. Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and the Five Factor Inventory (NEO-FFI): Professional manual. Odessa: Psychological Assessment Resources; 1992.
- Dam-Baggen CM van, Kraaimaat FW. Inventarisatielijst Omgaan met Anderen (IOA). Handleiding (2de herz. druk). Lisse: Swets Test Services; 2000.
- Dodge KA, Sherill MR. Deviant peer group effects in youth mental health interventions. In Dodge KA, Dishion TJ, Lansford JE, editors. *Deviant peer influences in programs for youth: Problems and solutions*. New York: Guilford; 2006. p. 97-121.
- Forth AE, Hart SD, Hare, RD. Assessment of psychopathy in male young offenders. *Psychol Assess* 1990; 2: 342-344.
- Gibbs JC. The EQUIP program. Teaching youth to think and act responsibly through a peer-helping approach. Champaign: Research Press; 1995.
- Guerra NG, Kim TE, Boxer P. What works: best practices with juvenile offenders. In Hoge RD, Guerra NG, Boxer P, editors. *Treating the juvenile offender*. New York: Guilford; 2008. p. 79-102.
- Hare RD. The Hare Psychopathy Checklist-Revised. Toronto, CA: Multi-Health Systems; 1991.
- Harland P, Weerman F, Laan P van der, Smeenk W. Wangedrag en delinquentie bij leerlingen op de middelbare school. In Weerman F, Smeenk W, Harland P, redactie. *Probleemgedrag van leerlingen tijdens de middelbare schoolperiode: Individuele ontwikkeling, leerling-netwerken en reacties vanuit school*. Amsterdam: Aksant; 2007. p. 21-54.
- Heseltine K, Howells K, Day A. Brief anger interventions with offenders may be ineffective: A replication and extension. *Behav Res Ther* 2010; 48: 246-50.
- Hildebrand M, Hesper BL, Spreen M, Nijman, HL. De waarde van gestructureerde risicotaxatie en van de diagnose psychopathie: Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de HCR-20, HKT-30 en PCL-R. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie; 2005.
- Hoekstra, HA, Ormel J, Fruyt F de. Handleiding NEO Persoonlijkheidsvragenlijsten. Lisse: Swets Test Services; 1996.
- Hornsveld RH. Held zonder geweld: Behandeling van agressief gedrag (draai- en werkboek). Amsterdam: Boom; 2004.
- Hornsveld R. Agressiehanteringstherapie: Methode en klinische praktijk. In Weijers I, redactie. *Justitiële interventies: Voor jeugdige daders en risicojongeren*. Den Haag: Boom Juridische uitgevers; 2008.
- Hornsveld RH, Nijman HL, Hollin CR, Kraaimaat, FW. An adapted version of the Rosenzweig Picture-Frustration Study for the measurement of hostility in violent forensic psychiatric patients. *Crim Behav Ment Health* 2007; 17: 45-56.
- Hornsveld RH, Nijman, HL, Kraaimaat, FW. Aggression Control Therapy for violent forensic psychiatric patients: First results. *Psychol Crime Law* 2008; 14: 1-18.
- Howell JC. Preventing and reducing juvenile delinquency: A comprehensive framework. Los Angeles: Sage; 2009.
- Laan AM van der, Blom M, Tollenaar N, Kea R. Trends in de geregistreerde jeugdcriminaliteit onder 12- tot en met 24-jarigen in de periode 1996-2007 (Cahier 2010-2). Den Haag: WODC; 2010.

- Laan AM van der, Schans CA van der, Bogaerts S, Doreleijers ThA. Criminogene en beschermende factoren bij jongeren die een basisraadonderzoek ondergaan. Den Haag, Boom Juridische uitgevers; 2009.
- Lipsey MW. Can rehabilitative programs reduce recidivism of juvenile offenders? An inquiry into the effectiveness of practical programs. *VA J Soc Policy Law* 1999; 6: 611-641.
- Lipsey MW. The effects of community-based group treatment for delinquency: A meta-analytic search for cross-study generalizations. In Dodge KA, Dishion TJ, Lansford JE, editors. *Deviant peer influences in programs for youth: Problems and solutions*. New York: Guilford; 2006. p. 162-84.
- Lipsey MW. The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders. *Vict Offend* 2009; 4: 124-47.
- Lipsey MW, Wilson DB. Effective intervention for serious juvenile offenders: A synthesis of research. In Loeber R, Farrington DP, editors. *Serious and violent juvenile offenders: Risk factors and successful interventions*. New York: Sage; 1998. p. 83-127.
- Lipton D, Pearson FS, Cleland CM, Yee D. The effectiveness of cognitive-behavioral treatment methods on recidivism. In McGuire J, editor. *Offender rehabilitation and treatment: Effective programmes and policies to reduce reoffending*. Chichester: Wiley; 2003. p. 79-112.
- Lykken DT. *The antisocial personalities*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum; 1995.
- Meesters C, Muris P, Bosma H, Schouten E, Beuving S. Psychometric evaluation of the Dutch version of the Aggression Questionnaire. *Behav Res Ther* 1996; 34: 839-43.
- Narum SR. Beyond Bonferroni: Less conservative analyses for conservation genetics. *Conservation Genetics* 2006; 7: 783-7.
- Nas CN, Brugman D, Koops W. Effects of the EQUIP programme on the moral judgement, cognitive distortions, and social skills of juvenile delinquents. *Psychol Crime Law* 2005; 11: 421-34.
- Nederlands Jeugd instituut. *Bewezen effectieve interventies*. 2010. www.nji.nl/eCache/def/1/07/088.html
- Novaco RW. Anger as a risk factor for violence among the mentally disordered. In Monahan J, Steadman HJ, editors. *Violence and mental disorder*. Chicago: University of Chicago Press; 1994. p. 21-59.
- Ploeg HM van der, Defares PB, Spielberg CD. *Handleiding bij de Zelf-Analyse Vragenlijst, ZAV*. Lisse: Swets & Zeitlinger; 1982.
- Raine A. *The psychopathology of crime: criminal behavior as a clinical disorder*. San Diego: Academic Press; 1993.
- Raine A, Venables PH, Williams M. High autonomic arousal and electrodermal orienting at age 15 years as protective factor against criminal behavior at age 29 years. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1595-600.
- Rosenzweig S. *Aggressive behavior and the Rosenzweig Picture-Frustration Study*. New York: Praeger; 1978.
- Spielberger CD. *Preliminary Manual for the State-Trait Anger Scale (STAS)*. Tampa: University of South Florida; 1980.
- Vertommen H, Verheul R, Ruiter C de, Hildebrand M. *De herziene versie van Hare's Psychopathie Checklist (PCL-R)*. Lisse: Swets Test Publishers; 2002.

AUTEURS

R.H.J. HORNSVELD, klinisch psycholoog en wetenschappelijk onderzoeker, FPC De Kijvelanden, Poortugaal; Erasmus MC, Rotterdam; Fortagroep, Rhoon.

F.W. KRAAIMAAT, emeritus hoogleraar Medische Psychologie, Radboud Universiteit Nijmegen.

Correspondentieadres: dr. R.H.J. Hornsveld, Lange Dreef 52, 2285 LA Rijswijk.

E-mail: r.hornsveld@triscali.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 30-11-2010.

SUMMARY

Group treatment of violent adolescents at a forensic psychiatric clinic: first results – R.H.J. Hornsveld, F.W. Kraaimaat –

BACKGROUND Up till now in the Netherlands no controlled studies have been published regarding the effect of outpatient treatment of violent adolescents at a psychiatric clinic.

AIM To investigate in an explanatory study the results of group treatment of violent adolescents (aggression control therapy) performed at the forensic outpatient clinic 'het Dok' in Rotterdam.

METHOD First of all, personality traits and problem behaviours of the patients were compared with those of a group of secondary vocational students. Then we compared the traits and behaviour of those who completed the treatment with those of the patients who dropped out. In order to determine the therapy results, patients were measured at three moments; during uptake, at the beginning of treatment and at the end of treatment.

RESULTS Patients appeared to score significantly higher on the trait anger and on hostility than the secondary vocational students but significantly lower on social anxiety. Patients who completed the therapy scored significantly lower on psychopathy than the patients who dropped out early. During the waiting-list period there was no change in the problem behaviours of the patients. Patients who completed the therapy demonstrated significant decrease in physical aggression. However, the size effect appeared to be small.

CONCLUSION Aggression control therapy at a forensic psychiatric outpatient clinic seems to result in a significant decrease in self-reported physically aggressive behaviour in violent adolescents.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)6, 333-342]

KEY WORDS adolescents, aggression control therapy, treatment, violence