



(P) Vaktherapeutische groepsbehandeling gericht op het verminderen van het recidiverisico door het verbeteren van sociale- en communicatieve vaardigheden voor volwassen patiënten met sub-assertief gedrag in een forensisch psychiatrische setting.

Communicatie & Assertiviteits Training (CAT)

AUTEURS

Maartje Lavrijsen, Inge Merkx, Evelien Campo, Bryan Bouwhuis, Clare Macfarlane, Ron Teerenstra, Eline Tiecken en Elly Konings.

ONTWIKKELAARS

Maartje Lavrijsen, Inge Merkx, Evelien Campo, Bryan Bouwhuis, Clare Macfarlane, Geertje Couwenberg, Josep Wolters

2019

Context

Dit product is geschikt als behandeling in de vorm van training voor volwassen patiënten die opgenomen zijn in een forensisch psychiatrische setting.

Probleemomschrijving

Probleem

In de forensische psychiatrie kunnen gebrekkige sociale vaardigheden bijdragen aan een verhoogd recidiverisico wanneer dit bij de patiënt leidt tot problemen met de omgeving (Spreeen, Brand, Ter Horst en Bogaerts, 2013). Het gaat dan onder andere over communicatieve vaardigheden, het correct hanteren van omgangsvormen en machtsverhoudingen, weten welke omgang kwetsend of prikkelend is voor de ander, gepaste assertiviteit in contacten en in gesprek een gepaste fysieke afstand tot de ander bewaren (Spreeen et al., 2013). Deze interventie richt zich op subassertieve volwassen patiënten met gebrekkige communicatieve- en sociale vaardigheden. Het subassertieve gedrag houdt in dat men zich zowel letterlijk als figuurlijk makkelijk laat wegdrukken, dat men zich te vaak opoffert en dat men nauwelijks ruimte in durft te nemen (Peeters & Klumpers, 2005). Doordat subassertieve personen lange tijd hun ergernis en frustraties voor zich houden, gebeurt het dat men op een dag doorschiet in agressief gedrag,

waarbij geen rekening meer wordt gehouden met de ander (Peeters & Klumpers, 2003). Delicten die hieruit voortkomen zorgen ervoor dat men in aanraking komt met politie en justitie.

Gevolgen

Spontaan herstel van subassertiviteit is zeldzaam (Peeters & Klumpers 2005). Door gebrekkige sociale vaardigheden is men onvoldoende in staat om lastige sociale situaties zelfstandig en adequaat te hanteren (Knaap, Bogaerts, Speessen & van Dee, 2011). Wanneer dit vaardigheidstekort niet wordt behandeld blijft het recidiverisico verhoogd.

Doelgroep

Subassertieve volwassen patiënten in een forensisch psychiatrische setting waarbij de risicotaxatie uitwijst dat gebrekkige sociale vaardigheden een verhoogd recidiverisico geven.

Indicaties

- Het sociale vaardigheidstekort is een delict gerelateerde risicofactor;
- Subassertiviteit;
- Door het communicatieve / sociale vaardigheidstekort komt men in problemen met de omgeving.

Contra-indicaties

- Niet in een groep kunnen functioneren;
- Agressieve manier van reageren (verbaal, materieel en/of fysiek);
- De Nederlandse taal niet beheersen;
- Floride psychotisch;
- Een IQ onder de 70. Bij een IQ tussen de 70 en 90 wordt een inschatting gemaakt van de individuele leerbaarheid en het reflectief vermogen van de patiënt. Eventueel doorverwijzen naar de Communicatie & Assertiviteits Training (CAT) voor Licht Verstandelijk Beperkten (LVB).

Verwijzing en selectie

Aanmelden kan door de eindverantwoordelijke hoofdbehandelaar. Door middel van een intakegesprek onderzoeken de twee vaktherapeuten samen of de aangemelde patiënt zou kunnen profiteren van de CAT. Hierbij wordt rekening gehouden met de leerstijl, vaardigheden, motivatie en het draaglast-draagkracht principe. Binnen de selectie hebben de vaktherapeuten een adviserende functie en overleggen met de eindverantwoordelijke hoofdbehandelaar.

Doelen

Hoofddoel

Afname van het recidiverisico veroorzaakt door gebrekkige sociale vaardigheden.

Secundair doel

Een toename van het repertoire aan sociale- en communicatieve vaardigheden en assertief gedrag.

Subdoelen

De patiënt kan na vijftien bijeenkomsten:

- Waarnemen, Interpreteren (Adriaanse & Caris, 2011) en Navragen, WIN toepassen;
- Communicatieve vaardigheden toepassen: feedback geven en ontvangen, luisteren naar anderen, ruimte innemen door middel van stemgebruik, oogcontact en lichaamshouding;
- Het verschil (her)kennen tussen subassertief, assertief en agressief gedrag;
- Assertief gedrag laten zien; voor zichzelf kunnen opkomen maar ook rekening houden met anderen.
- Basisemoties (her)kennen van zichzelf en de ander;
- Bewust zijn van de invloed van emoties op de communicatie;
- Lichaamssignalen herkennen van zichzelf en de ander;
- Grenzen herkennen van zichzelf en de ander;
- Grenzen aangeven en voor zichzelf opkomen; eigen mening geven, gedachten en gevoelens uiten.

Beschrijving van de interventie-aanpak

Architectuur van de interventie

De behandeling wordt aangeboden door twee vaktherapeutische vakgebieden. In principe kan de behandeling gegeven worden door alle vakgebieden van vaktherapie maar een combinatie van

lichaamsgerichte vaktherapie zoals psychomotorische- of danstherapie met drama-, beeldende- of muziektherapie heeft de voorkeur. Idealiter wordt per thema de meest geschikte vorm van vaktherapie ingezet, ter illustratie enkele voorbeelden; het leren onderscheiden van waarneming en interpretatie past goed binnen beeldende therapie omdat er met stilstaande beelden wordt gewerkt; psychomotorische- en danstherapie zijn sterk in het bewust worden van lichaamssignalen; binnen dramatherapie kunnen situaties uit het dagelijks leven realistisch worden uitgespeeld en binnen muziektherapie wordt het thema emoties snel geraakt. In de praktijk blijkt echter dat het niet haalbaar is om al deze vakgebieden te integreren in één training, daarom wordt per training een keuze gemaakt welke vaktherapeuten de training geven.

De behandeling bestaat uit vijftien sessies van twee uur met een frequentie van twee keer per week in een gesloten groep van minimaal vier en maximaal zes patiënten. Elke sessie heeft eenzelfde opbouw waarbij de verschillende onderdelen worden behandeld middels theorie, vaktherapeutische werkvormen en huiswerkopdrachten. De sessies zijn verdeeld over vier blokken. Een uitzondering hierop zijn de eerste en de laatste sessie, deze staan in het teken van kennismaken en evalueren. Elk blok wordt afgesloten met een oefensessie waarbij alle oefenstof geïntegreerd geoefend wordt. De vaktherapeutische werkvormen zijn trainingsgericht, actief, gericht op het gedrag in het hier en nu en in meer of mindere mate gestructureerd.

Inhoud van de interventie

Blok 1, sessie 2 t/m 5: In dit blok staan de communicatieve vaardigheden centraal die de gehele behandeling aan bod blijven komen. Men leert Waarneming en Interpretatie van elkaar onderscheiden en deze Navragen in contact met anderen. Er wordt geoefend met; contact maken, een actieve luisterhouding, bewustwording van luisterfouten en het geven en ontvangen van feedback. In dit blok wordt bijvoorbeeld in beeldende therapie geoefend met het onderscheiden van Waarneming en Interpretatie aan de hand van beeldende werkstukken. In muziektherapie oefent men met luisteren en contact maken door met slaginstrumenten het ritme van een ander zo nauwkeurig mogelijk te imiteren.

Blok 2, sessie 6 t/m 8: In dit blok staan drie manieren van reageren centraal; subassertief, assertief en agressief. Het gaat hierbij om het ontwikkelen van kennis over deze drie manieren van reageren, het bijbehorende (non)verbale gedrag, inzicht in de eigen manier van reageren en het oefenen met assertief gedrag. In dit blok krijgt dit thema bijvoorbeeld in dramatherapie vorm door de groep beurtelings te laten reageren op hulpvragen van anderen vanuit de drie manieren van reageren.

Blok 3, sessie 9 t/m 11: In dit blok staan basisemoties en lichaamssignalen centraal. Het gaat om het vergroten van kennis over de functie van emoties, bewustwording van de expressie en lichaamssignalen kunnen koppelen aan emoties. Dit thema wordt bijvoorbeeld geoefend door bij psychomotorische- en danstherapie lichaamssignalen te activeren door oefeningen zoals op de muur af rennen met of zonder begrenzing door de therapeut.

Blok 4, sessie 12 t/m 14: In dit blok staat het herkennen en aangeven van grenzen centraal. Hier wordt geleerd wat grenzen zijn en hoe je ze herkent en aangeeft. Er is aandacht voor het maken van een vertaalslag van het geleerde buiten de behandeling. Er wordt geoefend met het aangeven van grenzen in verschillende samenwerkingsopdrachten.

Rol van de therapeut

Er wordt gewerkt vanuit de re-educatieve werkwijze om het subassertieve gedrag te beïnvloeden door op een gestructureerde en trainingsgerichte manier het probleem door te werken (Smeijsters, 2008). De therapeut richt zich op het ontwikkelen van vaardigheden, stelt zich directief op, draagt kennis over aan de patiënten, stelt zich ondersteunend op, geeft het goede voorbeeld en geeft feedback.

Materialen:

- Multifunctionele therapieruimte inclusief bewegings- en zitruimte;
- Huiswerkopdrachten per bijeenkomst. Deze bestaan uit concrete opdrachten waarbij de patiënt buiten de behandeling oefent met de behandelde vaardigheden en hierop reflecteert;
- Theoriebladen over de behandelde thema's;
- Evaluatieformulieren in te vullen na elke bijeenkomst;
- Werkboek/map waarin alles voor elke patiënt gebundeld wordt;
- Vakgebied-specifieke materialen: beeldende materialen zoals klei, teken- en schildermateriaal, sport- en spelmaterialen, muziek(instrumenten) en drama therapeutische attributen.

Theoretische onderbouwing van de interventie-aanpak

Welke factoren veroorzaken het probleem?

Een tekort aan sociale vaardigheden kan ontstaan doordat de vaardigheden niet of niet voldoende zijn geleerd. Bovendien kunnen de sociale vaardigheden inadequaats eigen zijn gemaakt of wel zijn geleerd, maar niet meer voorhanden zijn (Van Leeuwen & Aarsen, 1994). Een andere mogelijkheid is dat de sociale vaardigheden wel geleerd zijn, maar niet worden toegepast (Gresham & Elliot (1984). Peeters & Klumpers (2003) schrijven over het ontstaan van subassertiviteit dat er niet één verklarende theorie is. Het uitgangspunt is volgens hen het biopsychosociale model (Engel, 1977). Er zijn aanwijzingen dat een verhoogd arousal niveau, genetische invloeden, conditionering, (sociale) angstklachten en opvoedingsfactoren een gebrek aan assertiviteit verklaren. Daarnaast wordt de ontwikkeling van sub-assertiviteit bepaald door de combinatie van risico- en beschermingsfactoren. Zo blijken opvoeders bijvoorbeeld een belangrijke rol te vervullen door het bieden van steun (of het ontbreken hiervan), en bij het geven van een bepaald voorbeeld. Ook kan subassertief gedrag voortvloeien uit een gebrek aan kennis en vaardigheden, maar kan het ook te maken hebben met (aangeleerde) angst en dysfunctionele gedachten (Peeters & Klumpers, 2003). Binnen een forensisch psychiatrische setting kan dit sociale vaardigheidstekort gezien worden als een factor die het recidive risico beïnvloed (Spreen et al., 2013).

Factoren die door middel van de interventie aangepakt/behandeld/beïnvloed worden

In dit product wordt het gebrek aan kennis en vaardigheden aangepakt door het geven van theorie en het oefenen en aanleren van nieuw gedrag in groepsverband. De sessies bieden een uitdagende doch veilige context met veel oefensituaties waarbij geëxperimenteerd wordt met nieuw gedrag. Hierbij geeft de kleine groep en het ervaringsgericht werken weinig ruimte voor vermijding. Durven is immers iets wat men kan leren (Peeters & Klumpers, 2003). In de oefensituaties wordt het gedrag direct zichtbaar en kunnen de bijbehorende gevoelens en gedachten worden geëxploreerd.

Theoretische referentiekaders

Bij forensisch psychiatrische interventies staan begeleiding en het aanleren van nieuw gedrag centraal, omdat de patiënt uiteindelijk, zo mogelijk, hoort terug te keren in de samenleving. Er wordt getracht recidive te voorkomen (Van Marle, 2015). In de behandeling gaat men uit van de What Works-principes (Andrews, Zinger, Hoge, Bonta, Gendreau & Cullen, 1990). Deze principes zijn gebaseerd op het 'Risk-Needs-Responsivity'-model (RNR; Andrews, Bonta & Hoge, 1990; Andrews & Bonta, 1994) en omvat: het risicoprincipe waarbij de behandeling zich richt op de bij de patiënt aanwezige dynamische risicofactoren; het behoefteprincipe gericht op het analyseren van de relatie tussen de stoornis en het delict; en het responsiviteitsprincipe gericht op het aansluiten bij de motivatie, leerstijl en draagkracht/draaglast van de patiënt. Deze principes zijn verweven met de aanmeldprocedure, de intake en de uitvoering van de CAT. De CAT richt zich op het hier-en-nu, het aanleren van nieuw gedrag staat centraal. De sociale leertheorie (Bandura, 1977) en de cognitieve gedragstherapie (Beck, 1976) liggen hieraan ten grondslag. Via 'social learning' kan de patiënt adequate aanpassingsmechanismen ontwikkelen en zich andere gedragswijzen en oplossingsmodi eigen maken (Van Marle, 2015). In de CAT leren de patiënten door educatie, observatie, imitatie, identificatie en 'modeling' (voordoen van gewenst gedrag). Het groepsproces kent hierbij meerdere voordelen, Deneer (2004) beschrijft dit als volgt: groepsgenoten kunnen een voorbeeld zijn voor elkaar, ze stimuleren elkaar met het uitproberen van nieuw gedrag, ze herkennen grensoverschrijding eerder in het gedrag van groepsgenoten en kunnen dit daardoor beter bij zichzelf gaan herkennen

Bij de CAT worden de patiënten uitgedaagd om de automatische manier van denken, handelen en voelen te veranderen. Eén van de uitgangspunten van cognitieve gedragstherapie is dat angst en andere emoties voortkomen uit interpretaties over die gebeurtenissen (Bögels & Van Oppen, 2011). Bij de CAT wordt geleerd een onderscheid te maken tussen waarnemen en interpreteren (Adriaanse & Caris, 2011). Interpretaties leert men als voorlopig te beschouwen en na te vragen in contact met de ander.

Deneer (2004) stelt dat men in een forensische setting assertiever wordt door het volgen van een assertiviteitstraining; patiënten leren verwoorden en zich te uiten, in plaats van opkroppen en vervolgens in delict gedrag af te reageren. Een toename van assertief gedrag, zelfvertrouwen en het leren luisteren naar elkaar leidt tot een afname van het risico van recidive omdat dit een empathische houding ontwikkelt en een aanzet geeft tot het relativeren van de eigen denkwijze (Deneer, 2004).

Vaktherapeutische behandelvisie

De generieke module vaktherapie (Kwaliteitsontwikkeling GGz, 2017) beschrijft dat vanuit het vaktherapeutisch perspectief het aangrijpingspunt voor behandeling vaak niet bij de stoornis zoals beschreven in de DSM-5 ligt, maar bij de behandeling van klachten en problemen waar patiënten last van hebben en het versterken van diens mogelijkheden. Men spreekt dan van transdiagnostische factoren (Heycop ten Ham, Hulsbergen en Bohlmeijer, 2014). De CAT grijpt in op drie transdiagnostische factoren: sociale interactie, emotieregulatie en waarneming (Van der Bos & Meijkens, 2017). Wat de verschillende vaktherapeutische behandelvormen gemeen hebben is het handelingsgericht werken: het doen. Hierbij is het centrale uitgangspunt het benadrukken van de sterke kanten en mogelijkheden van een patiënt en het bevorderen van succeservaringen. De therapeutische toepassing van het vaktherapeutische materiaal en methoden geeft de patiënt de kans het adaptief vermogen te vergroten (Van Hooren, 2018). Volgens Smeijsters en Cleven (2005b) is vaktherapie in een forensisch psychiatrische setting bij uitstek geschikt om gedrag uit te proberen en te trainen door de situaties die gecreëerd worden. Binnen deze setting richten vaktherapeuten zich op het beïnvloeden van gedrag, het vergroten van het inzicht en het verbreden van het handelingsrepertoire door oefeningsgerichte, ervaringsgerichte en handelingsgerichte interventies (Smeijsters & Cleven, 2005b). Door de planmatige, gestructureerde werkvormen wordt er gewerkt met concrete situaties waardoor niet alleen het handelingsrepertoire wordt beïnvloed, maar ook de gevoelens en cognities veranderen (Smeijsters & Cleven, 2005a).

Praktijk ervaring

Tijdens de CAT doen patiënten ervaringen op in het bespreken van en het oefenen met voor hen moeilijke sociale situaties. In de eindevaluatie geven zij vaak aan dat het groepsaspect en het leren van en met elkaar als positief wordt ervaren. Het aanleren van de vaardigheden binnen de therapiesituatie sterkt hun zelfvertrouwen en motiveert hen om hiermee buiten de behandeling te oefenen. Het komt regelmatig voor dat patiënten bij het volgen van de CAT in eerste instantie doorschieten in assertiviteit. Dit komt tot uiting in het contact met mentoren, andere personeelsleden en medepatiënten. De patiënt is op zoek naar een eigen stijl, de manier waarop en de mate waarin assertiviteit passend is. De omgeving heeft tijd nodig om te wennen aan dit nieuwe gedrag en te accepteren dat de patiënt hierin veranderd. Om dit proces te begeleiden vindt er halverwege de behandeling een tussenevaluatie plaats waarbij de vaktherapeuten, de patiënt en de mentor aanwezig zijn. Daarnaast is er na elke sessie contact tussen de therapeuten en de begeleiders van de afdeling voor een overdracht.

Werkzame elementen

De interventie is opgebouwd uit een aantal essentiële kernelementen. De CAT is een groepsbehandeling waaraan enkel patiënten met subassertief gedrag deelnemen. De grootte van de groep is maximaal zes personen zodat er voldoende veiligheid kan worden geboden. In het aanbod is er een opbouw van een toenemende complexiteit van vaardigheden en is er een cumulatief verband. In het begin worden basisvaardigheden aangeleerd die steeds terugkomen en waarop andere vaardigheden voortbouwen. Deze basisvaardigheden worden steeds herhaald en geoefend in een andere context, zowel binnen als buiten de groepsbehandeling. Het inzetten van twee verschillende vakgebieden van vaktherapie is hierbij essentieel. Op deze manier is er diversiteit in het aanbod van werkvormen waardoor er met alle thema's goed geoefend kan worden. In de CAT worden alle aangeboden vaardigheden onderbouwd door theorie. De re-educatieve werkwijze met bijbehorende therapeutische attitude sluit aan bij het gestructureerde en trainingsgerichte karakter van de behandeling. Vanuit het handelen krijgt de patiënt de mogelijkheid om tijdens de sessies te experimenteren met alternatief gedrag en zich dit alternatieve gedrag eigen te maken.

Randvoorwaarden en kosten

Uitvoering

Iedere bijeenkomst zijn beide therapeuten aanwezig. Men spreekt onderling af wat de rolverdeling per bijeenkomst is. Er is een goed uitgeruste therapieruimte nodig waar de diverse vormen van vaktherapie kunnen werken. De therapieruimte dient geschikt te zijn voor groepen van minimaal vier tot maximaal zes patiënten en twee vaktherapeuten. De therapeuten hebben de mogelijkheid tot het plannen van twee vaststaande behandelmomenten in een week. In het midden van het behandeltraject vindt er een tussenevaluatie plaats tussen vaktherapeut, patiënt en mentor. Op deze manier kunnen mogelijke problemen worden besproken en opgelost die het generaliseren van de behandeling in het dagelijkse leven beperken. De behandeling wordt afgesloten met een groepsevaluatie, een individueel eindverslag, een certificaat en een eindgesprek. Er gelden gedragsregels voor alle patiënten waardoor de veiligheid in de groep gewaarborgd kan worden. Het effect van de CAT wordt gemeten met de Inventarisatielijst

Omgaan met Anderen, IOA (Dam- Baggen & Kraaimaat, 2000). Deze vragenlijst wordt als huiswerk meegegeven in sessie 1 en sessie 14.

Opleiding en competenties

Vaktherapeuten beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie. Met een door de Federatie Vaktherapeutische Beroepen (FVB) erkende opleiding.

Kosten van de interventie:

- Intakegesprekken; per aanmelding twee uur indirecte tijd voor dossierstudie en overleg, één uur directe tijd;
- Uren van twee vaktherapeuten directe tijd: twee therapeuten x vijftien sessies van 120 minuten;
- Uren van twee vaktherapeuten indirecte tijd: terugkoppelingen naar de afdeling waar de patiënt verblijft en rapportage (twee therapeuten x vijftien sessies x indirecte tijd van negentig minuten)
- Tussenevaluatie; één uur directe tijd, één uur indirect tijd voor dossierstudie en rapportage;
- Eindverslag; twee uur indirecte tijd voor het schrijven, één uur directe tijd voor het bespreken;
- Multidisciplinair overleg; één uur directe tijd van een therapeut.

Indirecte kosten:

- Gebruik van vaktherapie ruimte(s) met materialen waarmee de interventie uitgevoerd kan worden;
- Computer met internetverbinding en Microsoft Office pakket;
- Contributie Federatie Vaktherapeutische beroepen;
- Bij- en nascholing in verband met registratie Stichting Register Vaktherapeutische Beroepen (SRVB).

Locatie en uitvoerders

De interventie wordt uitgevoerd door vaktherapeuten beeldende therapie, danstherapie, dramatherapie, muziektherapie en psychomotorische therapie. De behandeling wordt gegeven in vaktherapeutische behandelruimtes in een forensisch psychiatrische setting. Andere disciplines die betrokken zijn bij de interventie zijn de behandelcoördinator, mentor en het multidisciplinaire team.

Kwaliteitsbewaking

De vaktherapeut is (kandidaat) geregistreerd bij de Stichting Registratie Vaktherapeutische Beroepen (SRVB).

Subtypen

De CAT kan als individuele behandeling worden aangeboden wanneer de indicatiecriteria gelden maar iemand niet groepsgeschikt is. De CAT voor LVB kan worden aangeboden wanneer er sprake is van een IQ onder de 70.

Ontwikkelgeschiedenis

De CAT is ontwikkeld in het Penitentiair Psychiatrisch Centrum in Vught waarbij de doelgroep betrokken is door de behandeling met hen te evalueren en de gegeven feedback te verwerken in het draaiboek.

Literatuur

- Adriaansen, M., & Caris, J. (2011). *Elementaire sociale vaardigheden* (3e druk). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (1994). *The psychology of criminal conduct*. Cincinnati, OH: Anderson.
- Andrews, D.A., Bonta, J. & Hoge, R. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R., Bonta, J., Gendreau, P., & Cullen, F. (1990) Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta analysis. *Criminology*, 28, p. 369-404
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. In B.B. Wolman & L.R. Pomroy (Eds.), *International encyclopedia of psychiatry, psychology, psychoanalysis, and neurology* (Vol. 10). New York: Van

- Nostrand Reinhold.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Bögels, S. & Oppen, P. van. (2011). *Cognitieve therapie: theorie en praktijk*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Bos, van der, K. & Meijkens, D. (2017). Transdiagnostische factoren, naar een gemeenschappelijke taal voor cliënten en vaktherapeuten. *Tijdschrift voor vaktherapie 2017/4, jaargang 13, 6-13*.
- Dam-Baggen, C.M.J. van & Kraaimaat, F.W. (1990). *Inventarisatielijst Omgaan met Anderen, IOA. Herziene Handleiding deel 2*. Lisse: Swets Zeitlinger.
- Deneer, B. (2004). De kracht van groepen. In B. Deneer, *Gevaarlijke groepen, groepsbehandeling in de ambulante forensische psychiatrie (p. 171-172)*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Engel G. (1977) The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196:129–136.
- Generieke module vaktherapie (2017). Netwerk Kwaliteitsontwikkeling GGz, Utrecht.
- Gresham, F. M., & Elliot, S. N. (1984). Assessment and classification of children's social skills: A review of methods and issues. *School Psychology Review*, 13, 292-301.
- Heycop ten Ham, B., Hulsbergen, M. & Bohlmeijer E. (2014). Introductie. In: B. Heycop ten Ham, M. Hulsbergen & E. Bohlmeijer (red). *Transdiagnostische factoren. Theorie en praktijk* (pp. 15-41). Amsterdam: Boom.
- Hooren, S.A.H van (2018). Vaktherapie, doen wat werkt [oratie]. Open universiteit.
- Knaap, L. M. van der, Bogaerts, S., Speessen, N. M. P. G., & van Dee, L. C. A. (2011). *Sociale vaardigheidstraining op maat: Een inventarisatie van knelpunten bij de implementatie en uitvoering*. Tilburg: International Victimology Institute Tilburg
- Leeuwen, van, L., & Aarsen, van, R.J. (1994). Sociale incompetentie bij kinderen: Pleidooi voor een gedifferentieerd behandelaanbod. *Kind en Adolescent*, 15, 61-66
- Marle, H.J.C. Van (2015). *Forensische psychiatrie, fundamentele en praktijk*. Assen: Van Gorcum.
- Peeters, S. & Klumpers, K. (2004). *Leven met assertiviteitsproblemen*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Peeters, S. & Klumpers, K. (2005). Leven met assertiviteitsproblemen. *Psychopraxis*, 2005 (7), 210-214.
- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2005a). Vaktherapieën in de forensische psychiatrie. In H. Smeijsters (red.), *Praktijkonderzoek in vaktherapie* (pp. 86). Bussum: Coutinho.
- Smeijsters, H. & Cleven, G. (2005b). *Vaktherapieën in de forensische psychiatrie*. Utrecht: Expertisecentrum Forensische Psychiatrie.
- Smeijsters, H. (2008). *Handboek Creatieve Therapie*. Bussum: Coutinho.
- Spreeen, M., Brand, E., Ter Horst, P. & Bogaerts, S. (2013). *Handleiding HKT-R, Historische, Klinische en Toekomstige-Revisie*. Groningen: Stichting FPC Dr. S. van Mesdag.