

Artikelen

Meting van protectieve factoren en het belang ervan voor behandeling in de forensische setting

Introductie van de SAPROF

Vivienne de Vogel, Corine de Ruiter en Yvonne Bouman 

Tijdschrift voor Psychotherapie, 33 (Maart 2007), p. 102-119


In dit artikel wordt een gestructureerde richtlijn voor protectieve factoren, de *Structured assessment of protective factors for violence risk* (SAPROF) geïntroduceerd en het belang ervan uiteengezet voor de behandeling in de forensische setting. Belangrijke doelen van het op gestandaardiseerde wijze beschouwen van protectieve factoren zijn: de risicotaxatie van (seksueel) gewelddadig gedrag completeren, waardoor deze evenwichtiger en wellicht accurater wordt, concrete richtlijnen bieden voor behandeling en aldus de motivatie van patiënten en behandelaars bevorderen.

Inhoud

- | [Inleiding](#)
- | [Risicotaxatie en gestructureerd professioneel oordeel](#)
- | [Het concept 'protectieve factor'](#)
- | [SAPROF: een richtlijn voor protectieve factoren](#)
- | [Casus](#)
- | [Conclusie](#)
- | [Literatuur](#)

Inleiding

De afgelopen vijf jaar heeft het begrip risicotaxatie van (seksueel) gewelddadig gedrag een belangrijke plaats verworven in de Nederlandse forensisch-psychiatrische praktijk. Ook in het politieke en maatschappelijke debat over de maatregel van terbeschikkingstelling (tbs) valt de term risicotaxatie regelmatig (zie bijvoorbeeld: Parlementaire onderzoekscmissie TBS, 2006). In het voorjaar van 2006 werd een parlementair onderzoek naar het tbs-stelsel gehouden, waarin veel aandacht besteed werd aan (seksueel) gewelddadige recidive door terbeschikkinggestelden tijdens verlof en aan een accurate inschatting van dit risico (zie onder meer Hildebrand, Spreen, Schönberger, Augustinus & Hesper, 2006). Ook het hanteerbaar maken van risico's, het zogenaamde risicomangement, bijvoorbeeld door vergroting van de mogelijkheden van langdurig toezicht na beëindiging van de tbs-maatregel, is onderwerp van discussie.

Sinds juli 2005 zijn alle forensisch-psychiatrische instellingen in Nederland verplicht om bij alle terbeschikkinggestelden die buiten de muren van de instelling mogen komen, minimaal één keer per jaar een gestructureerde risicotaxatie te verrichten met een van de voor Nederland gevalideerde risicotaxatie-instrumenten, zoals de *Historical, clinical, risk management-20* (HCR-20: Webster, Douglas, Eaves & Hart, 1997; geautoriseerde Nederlandse versie: Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000), de *Sexual violence risk-20* (SVR-20: Boer, Hart, Kropp & Webster, 1997; geautoriseerde Nederlandse versie: Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, 2001) of de Historisch Klinisch Toekomst-30 (HKT-30; CIFP, 2000). Vóór die datum werd in veel forensisch-psychiatrische instellingen het risico van geweld ingeschat volgens het zogenaamde ongestructureerde klinische oordeel, dat wil zeggen: gebaseerd op de kennis en ervaring van klinici. Uit onderzoek is gebleken dat aan deze klinische inschatting een aantal nadelen verbonden is, zoals de vatbaarheid van de beoordelaars voor cognitieve vertekeningen en de lage betrouwbaarheid en validiteit van deze methode (zie onder meer De Ruiter, 1999; De Vogel, 2005). Gebruik van gestandaardiseerde risicotaxatie-instrumenten wordt dan ook sterk aanbevolen om de betrouwbaarheid en validiteit van de risicotaxatie te vergroten. De afgelopen twintig jaren is het onderzoek naar risicofactoren voor toekomstig gewelddadig gedrag sterk toegenomen en op basis hiervan zijn verschillende risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld. Ook in Nederland zijn in het wetenschappelijk onderzoek naar risicotaxatie van (seksueel) gewelddadig gedrag grote vorderingen gemaakt. Sinds het pleidooi voor het gebruik van gestandaardiseerde risicotaxatie door De Ruiter (2000) zijn verschillende onderzoeken uitgevoerd en publicaties/dissertaties op dit gebied verschenen (Nijman & Bulten, 2006; Canton, 2004; Hildebrand, Hesper, Spreen & Nijman, 2005; Philipse, 2005; De Vogel, 2005).  Uit dit onderzoek is onder meer gebleken dat het 'gestructureerde professionele oordeel' (*structured professional judgment*) de nauwkeurigste methode is voor de forensische praktijk. In het gestructureerde professionele oordeel wordt de risicotaxatie uitgevoerd door een ervaren deskundige met behulp van een richtlijn, zoals de HCR-20 (zie volgende paragraaf).

Hoewel de kennis over risicofactoren en risicotaxatie de laatste jaren sterk is toegenomen, zijn er nog diverse

onderwerpen op dit gebied die meer aandacht behoeven, zoals de vertaalslag van de risicotaxatie naar het risicomanagement, de veranderbaarheid van dynamische risicofactoren, communicatie over risico's en risicofactoren bij specifieke groepen patiënten zoals vrouwen (De Vogel & De Ruiter, 2005). Belangrijk is ook dat er tot op heden nauwelijks aandacht is geweest voor factoren die kunnen compenseren voor risicofactoren. Wanneer dergelijke protectieve factoren niet in de risicotaxatie worden meegewogen, betekent dit dat de risicotaxatie niet in balans is. Inaccurate voorspellingen zijn volgens Rogers (2000) inherent aan risicotaxaties waarin alleen aandacht is voor risicofactoren en protectieve factoren worden genegeerd. Hetzelfde gaat volgens Rogers op voor een financieel adviseur die alleen naar de lasten en niet naar de baten kijkt; er zullen maar weinig mensen vertrouwen hebben in deze adviseur. Deze eenzijdige benadering van de risicotaxatie kan resulteren in pessimisme bij hulpverleners, stigmatisering van delinquenten/patiënten en eventueel onterechte langdurige vrijheidsbeneming.

Vrijwel geen van de bestaande (gestructureerde) risicotaxatie-instrumenten bevat items over protectieve factoren. Een uitzondering is de *Structured assessment of violence risk in youth* (SAVRY: Borum, Bartel & Forth, 2002; geautoriseerde Nederlandse versie: Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter & De Wit-Grouls, 2006). In deze risicotaxatierichtlijn voor gewelddadig gedrag bij adolescenten dienen zes protectieve factoren op aan- of afwezigheid te worden gescoord, zoals 'positieve houding tegenover interventie en autoriteit' en 'veerkrachtige persoonlijkheid'. Recentelijk is de *Short-term assessment of risk and treatability* (START: Webster, Martin, Brink, Nicholls & Middleton, 2004) uitgebracht, een gestructureerde richtlijn voor kortetermijnbeoordeling van risico's (onder andere: risico van geweld tegen zichzelf, geweld naar anderen, victimisatie) en behandelbaarheid. In deze richtlijn worden de 20 dynamische items gelijktijdig op twee 3-puntsschalen gescoord; ten eerste als 'strength' en ten tweede als 'risk'. Risico- en protectieve factoren worden in de START dus als tegenovergestelde uiteinden van dezelfde variabele opgevat (zie verder de paragraaf 'Het concept "protectieve factor"').

De Carvalho (2002) heeft literatuuronderzoek verricht naar protectieve factoren voor (seksueel) gewelddadig gedrag en vond dat kennis over en onderzoek naar de invloed van protectieve factoren op toekomstig (seksueel) gewelddadig gedrag van volwassenen bijzonder schaars is. De literatuur die te vinden is over protectieve factoren heeft veelal betrekking op kinderen en adolescenten. Meestal gaan deze onderzoeken over 'problems/distress' in het algemeen, waarvan criminaliteit of geweld één van de aspecten is. Ontwikkelingspsychologische modellen waarin begrippen als veerkracht (*resilience*; Rutter, 1985) een prominente rol spelen, hebben ertoe bijgedragen dat er meerdere studies naar protectieve factoren bij jeugdigen zijn uitgevoerd. Voor volwassen populaties is dit tot op heden niet of nauwelijks gedaan. Verder werd uit het literatuuronderzoek duidelijk dat tot nu toe geen enkel onderzoek onomstotelijk bewijs heeft geleverd voor een protectieve factor die leidt tot verminderd gewelddadig gedrag. De Carvalho concludeerde dat de rol en invloed van protectieve factoren vooralsnog onduidelijk is en dat er een bijzonder complexe relatie lijkt te bestaan tussen risicofactoren en protectieve factoren. Identificatie van protectieve factoren voor gewelddadig gedrag wordt gezien als dé uitdaging voor de komende periode (Farrington, 2003; Rogers, 2000).

Gezien de grote schaarste aan empirisch onderbouwde kennis over protectieve factoren én de grote behoefte van behandelaars aan kennis en praktische richtlijnen op dit gebied hebben wij besloten een richtlijn te ontwikkelen voor het meten van protectieve factoren en de rol van protectieve factoren bij de risicotaxatie van (seksueel) gewelddadig gedrag nader te onderzoeken. Deze richtlijn is ontwikkeld volgens het concept van het gestructureerde professionele oordeel en is bedoeld als een aanvulling op eerdergenoemde risicotaxatierichtlijnen als de HCR-20, SVR-20 en HKT-30. In dit artikel wordt deze richtlijn, de *Structured assessment of protective factors for violence risk* (SAPROF: De Vogel, De Ruiter, Bouman & De Vries Robbé, 2006), geïntroduceerd. Maar allereerst gaan we in op risicotaxatie volgens de methode van het gestructureerde professionele oordeel en het concept protectieve factor. Tot slot zal het gebruik van de SAPROF met een casus worden geïllustreerd.

Risicotaxatie en gestructureerd professioneel oordeel

Halverwege de jaren '90 heeft een groep onderzoekers uit Canada het model van het gestructureerde professionele oordeel ontwikkeld om het risico van geweld in te schatten, met als doel de afstand te overbruggen tussen statistische, empirische kennis en de klinische praktijk (zie Douglas, Cox & Webster, 1999). Zij waren van mening dat de toepasbaarheid van de reeds bestaande actuariële risicotaxatie-instrumenten binnen klinische settings onvoldoende was (zie De Vogel, 2005). Actuariële instrumenten zijn ontwikkeld op basis van factoren die in wetenschappelijk onderzoek blijken samen te hangen met gewelddadig gedrag. Deze instrumenten zijn snel en eenvoudig – niet noodzakelijk door een deskundige – te scoren en bevatten voornamelijk statische, niet (ten positieve) veranderbare factoren die volgens een vast algoritme worden opgeteld om tot een risicobeoordeling te komen. Het gestructureerde professionele oordeel kan in feite worden gezien als een combinatie van de actuariële en de klinische inschatting. De Canadese onderzoekers hebben met empirische onderbouwing diverse richtlijnen ontwikkeld die de risicotaxatie standaardiseren. Het essentiële aan deze methode is dat de deskundige niet alleen de risicofactoren scoort en bij elkaar optelt om tot een conclusie over het risico te komen, maar daarnaast zijn/haar kennis en ervaring gebruikt om de factoren te interpreteren, te integreren, te combineren en te wegen, en eventueel extra factoren toe te voegen. Door het scoren van de richtlijn krijgt de deskundige meer inzicht in de risicofactoren die bij de patiënt een rol spelen en de manier waarop deze onderling met elkaar samenhangen, en kan hij op basis daarvan behandelingsstrategieën opstellen die gericht zijn op het verminderen van de risico's.

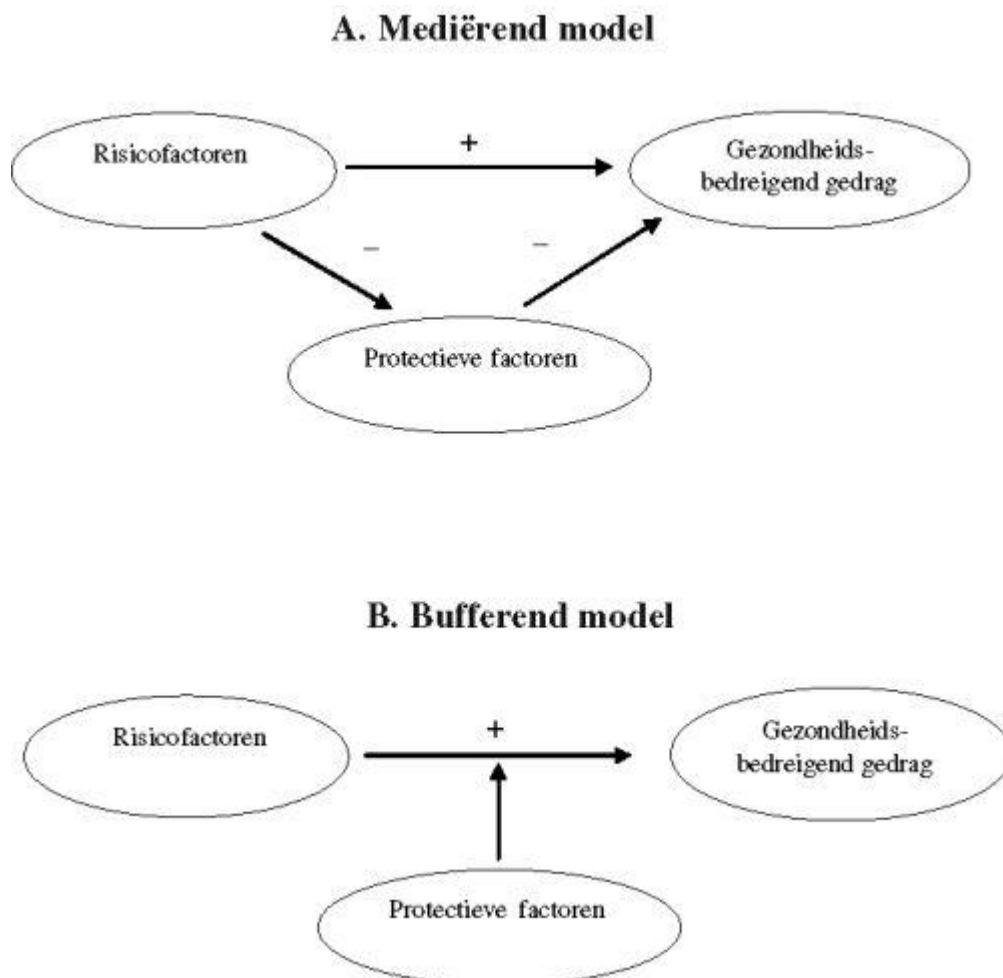
De HCR-20 (Webster en anderen, 1997) en SVR-20 (Boer en anderen, 1997) zijn richtlijnen voor respectievelijk gewelddadig en seksueel delictgedrag van volwassenen. Deze richtlijnen bevatten zowel statische (in principe onveranderbare) als dynamische (door klinische interventie veranderbare) risicofactoren. De HCR-20 is een veelgebruikte richtlijn, die bestaat uit 20 items over risicofactoren voor gewelddadig gedrag in verleden (Historische items), heden (Klinische items) en toekomst (Risicohanteringsitems; zie ook tabel 1). Onderzoek in psychiatrische en justitiële instellingen in verschillende landen heeft aangetoond dat de HCR-20 een goede interbeoordelaarbetrouwbaarheid en predictieve validiteit heeft (zie Douglas, Guy & Weir, 2005). Naar de SVR-20 is minder onderzoek verricht, maar onderzoek tot nu toe lijkt aan te tonen dat ook deze richtlijn betrouwbaar en valide is (Dempster, 1998; De Vogel, De Ruiter, Van Beek & Mead, 2004). De voor Nederland bewerkte versies van de HCR-20 en SVR-20 zijn inmiddels geïmplementeerd in meerdere Nederlandse forensisch-psychiatrische instellingen. In de Van der Hoeven-kliniek is onderzoek uitgevoerd naar de waarde van het gestructureerde professionele oordeel voor het voorspellen van het risico van toekomstig (seksueel) geweld (De Vogel, 2005). In dit onderzoek werd gevonden dat de methode van het

gestructureerde professionele oordeel de effectiefste methode van risicotaxatie is. De HCR-20 voorspelde het risico van geweld significant beter dan het ongestructureerde klinische oordeel en had een goede betrouwbaarheid en predictieve validiteit voor gewelddadige incidenten tijdens de behandeling en voor gewelddadige recidive na afloop van de behandeling. Philipse, Van Erven en Peters (2002) vonden in een retrospectief onderzoek naar de predictieve validiteit van de HCR-20 in een groep van 69 forensisch-psychiatrische patiënten dat dit instrument, en daarvan in het bijzonder de Historische factoren en het eindoordeel, terugval in delictgedrag goed voorspelde. Ook voor de specifiek voor de Nederlandse situatie ontworpen HKT-30 werd een goede interbeoordelaarbetrouwbaarheid en voorspellende waarde gevonden (Canton, 2004; Hildebrand en anderen, 2005).

Het concept 'protectieve factor'

Wat is precies een protectieve factor? De theoretische modelvorming hierover is relatief schaars en er bestaat geen eenduidige definitie van het begrip 'protectieve factor'. Bestaan er onafhankelijke protectieve factoren voor verminderd recidiverisico of is een protectieve factor gelijk aan de afwezigheid van een risicofactor? Heeft een protectieve factor een directe relatie met verminderd recidiverisico of bestaat er een interactie met risicofactor(en), en zo ja, hoe verloopt deze interactie dan? Voor welke groepen is een protectieve factor geldig en voor welke niet? Een aantal auteurs interpreteert het begrip protectieve factor uitsluitend als de afwezigheid van een risicofactor (Costa, Jessor & Turbin, 1999) of als het tegenovergestelde ervan (Hawkins, Catalano & Miller, 1992; Webster en anderen, 2004). Anderen zijn van mening dat er wel degelijk protectieve factoren bestaan zonder corresponderende risicofactor (Farrington & Loeber, 2000). Een voorbeeld hiervan is religie: onderzoek heeft aangetoond dat een hoge mate van religiositeit een protectieve werking heeft (Chadwick & Top, 1993; Rutenfrans & Terlouw, 1994), terwijl geringe religiositeit geen risicoverhogende werking heeft.

Er worden verschillende mechanismen toegeschreven aan protectieve factoren, met zowel directe als indirecte invloed. Fitzpatrick (1997) hanteert een theoretisch model waarin protectieve factoren worden voorgesteld als mediërend ('mediërend' noem je een factor die de negatieve effecten van een chronische of acute risicofactor reduceert) dan wel als buffer (zie figuur 1). De risicofactor heeft in het mediërende model zowel een directe als een indirecte invloed op de uitkomst. Bij het buffermodel gaat het om het gecombineerde effect van de risico- en protectieve factor op de uitkomst. De risicofactor heeft in dit model alleen een negatief effect op de uitkomst bij afwezigheid van de protectieve factor.



Figuur 1 Theoretische modellen van risicofactoren en protectieve factoren. *Figuur overgenomen uit Fitzpatrick (1997).*

In de SAPROF wordt een protectieve factor voor (seksueel) gewelddadig gedrag als volgt gedefinieerd: een kenmerk van een persoon of diens omgeving of situatie dat een reducerend effect heeft op het risico van toekomstig (seksueel) gewelddadig gedrag. Gezien de beperkte wetenschappelijke onderbouwing van theoretische modellen over protectieve factoren is in de SAPROF vooralsnog geen keuze gemaakt voor een bepaald model.

SAPROF: een richtlijn voor protectieve factoren

Ontstaan van de SAPROF

Het doel dat ons met de ontwikkeling van een instrument voor protectieve factoren voor ogen staat, is completering van de beoordeling van het risico van (seksueel) gewelddadig gedrag in delinquente en forensisch-psychiatrische populaties. Door het identificeren en beschouwen van factoren die mogelijk compenseren voor de risicofactoren die in de HCR-20 en/of SVR-20 zijn gescoord, is de risicotaxatie voor toekomstig (seksueel) gewelddadig gedrag meer in balans en mogelijk accurater. Alleen door protectieve factoren systematisch te inventariseren is het mogelijk om onderzoek te doen naar de waarde ervan voor de risicotaxatie en de risicohantering. Voor zowel de patiënten als de behandelaars kan het motiverend werken om niet alleen te kijken naar wat niet goed gaat (risicofactoren), maar juist ook naar wat wel goed gaat of naar factoren die in de behandeling (verder) ontwikkeld kunnen worden (protectieve factoren). Dit past binnen een *strengths-based* benadering van psychologische en psychiatrische behandeling (vergelijk oplossingsgerichte benaderingen en *empowerment*; zie ook *Good lives*-model: Ward & Stewart, 2003).

Twee aspecten waren uitgangspunt bij de ontwikkeling van de SAPROF:

1. de items dienden enige empirische steun te hebben;
2. de richtlijn moest bruikbaar zijn voor de dagelijkse praktijk en concrete richtlijnen bieden voor de behandeling.

In de SAPROF zijn in totaal 16 protectieve factoren opgenomen, die in combinatie met de HCR-20 / SVR-20 / HKT-30 in de risicotaxatie van (seksueel) gewelddadig gedrag aan de orde dienen te komen (zie tabel 2). Er kunnen in elke individuele risicotaxatie casusspecifieke risico- of protectieve factoren voorkomen die cruciaal zijn voor de beoordeling van het risico. Wij zijn tot deze 16 factoren gekomen op basis van

1. literatuuronderzoek naar protectieve factoren voor toekomstig (seksueel) gewelddadig gedrag (De Carvalho, 2002; Robbmond, 2005; Spoelstra, 2004);
2. een algemenere literatuurstudie naar contextuele factoren in relatie tot gewelddadige recidive (Bouman, De Ruiter & Schene, 2003);
3. klinische ervaring van onderzoekers en behandelaars in de Van der Hoeven-kliniek (zie De Vogel & De Ruiter, 2003).

De subschalen van de HCR-20 – Historische schaal, Klinische schaal en Risicohanterings-schaal – hebben als leidraad gefungeerd voor de structuur van de SAPROF. De in de SAPROF gepresenteerde richtlijnen voor protectieve factoren moeten worden beschouwd als een eerste stap naar een praktisch bruikbaar, betrouwbaar en valide instrument. De SAPROF verkeert nu nog in het stadium van onderzoeksinstrument; empirisch onderzoek zal de waarde ervan moeten aantonen voordat het breed ingezet kan worden voor behandeling. Verder zijn de richtlijnen die in de SAPROF aan de orde komen noch definitief noch uitputtend.

Gebruik van de SAPROF

Voor het accuraat scoren van de SAPROF is een grondige bestudering vereist van alle beschikbare informatie, zoals dossiermateriaal, eerdere rapportages, psychologisch testonderzoek, in het bijzonder recente behandelplannen/evaluaties. De 16 items worden gescoord op een driepuntsschaal op basis van de mate waarin de protectieve factor aanwezig is (0 = niet aanwezig; 1 = wellicht of in beperkte mate aanwezig; 2 = duidelijk aanwezig). De SAPROF biedt de mogelijkheid om de 16 items aan te geven welk de cruciale (*key*) items zijn. De score op deze items is hierbij niet het criterium; het gaat erom dat de beoordelaar van mening is dat deze factor (of de afwezigheid ervan) voor de betreffende persoon essentieel is om (seksueel) gewelddadig gedrag te voorkomen. Net als bij de HCR-20 / SVR-20 / HKT-30 moet de beoordelaar aan het eind van de SAPROF een globaal eindoordeel geven. Het eindoordeel geeft op een driepuntsschaal weer in welke mate (1 = weinig; 2 = redelijk; 3 = veel) er volgens de beoordelaar sprake is van 'bescherming', oftewel in welke mate de factoren een reducerend effect hebben op het risico van toekomstig (seksueel) gewelddadig gedrag. Net als bij de HCR-20 en SVR-20 wordt het eindoordeel niet alleen bepaald door de optelsom van de individuele factoren, maar hangt het vooral af van de interpretatie, integratie en weging van de factoren (*key items*). Na het scoren van zowel de SAPROF als de HCR-20 / SVR-20 / HKT-30 dient de beoordelaar de uitkomsten van de twee richtlijnen te integreren en te komen tot een algemeen eindoordeel over het risico van (seksueel) gewelddadig gedrag. Voor deze integratie bestaan nog geen concrete adviezen en dus zal de beoordelaar zijn/haar expertise en kennis moeten aanwenden en eventueel overleg moeten voeren met collega's.

De rol van de SAPROF in de behandeling

De SAPROF kan worden toegepast in alle gevallen waar een risicotaxatie gewenst is, bijvoorbeeld vóór de berechting, bij verlenging van de tbs-maatregel, (proef)verlof of ingang van een transmurale fase, door in risicotaxatie getrainde en ervaren forensische gedragsdeskundigen. Herhaalde taxaties zijn sterk aan te raden, bijvoorbeeld wanneer de context van de persoon verandert, omdat risico geen stabiel kenmerk van een persoon is. Hoewel de SAPROF nog onvoldoende gevalideerd is en in eerste instantie opgevat moet worden als een onderzoeksinstrument kan hij met enige voorzichtigheid ingezet worden voor de behandeling. Wij hebben ervoor gekozen om zo veel mogelijk dynamische items in de SAPROF op te nemen. Enkele protectieve factoren, zoals Intelligentie en Religie/levensbeschouwing, zijn niet of nauwelijks beïnvloedbaar door behandelaars, maar de meeste items kunnen concrete richtlijnen opleveren voor de behandeling. De behandelaar kan bijvoorbeeld samen met de patiënt zoeken naar een geschikte baan (item Betaald en/of onbetaald werk), gestructureerde vrijetijdsbesteding (Goede vrijetijdsbesteding/hobby's), zoals een sportclub, of helpen met opbouw en instandhouding van een netwerk en relaties (Prosociaal en ondersteunend netwerk, Hulpverlener(s) in sociaal netwerk en Stabiele intieme relatie). Daarnaast is het belangrijk om – in samenhang met de risicofactoren – de mate van controle en toezicht te bepalen die op de patiënt uitgeoefend dient te worden. Het kan voor de behandelaar nuttig zijn om samen met de patiënt de factoren in de SAPROF door te nemen en te bespreken welke factoren verder aandacht dienen te

krijgen in de behandeling. Deze positieve benadering – het samen zoeken naar de mogelijkheden – kan een motiverende werking hebben op zowel de behandelaar als de patiënt.

Onderzoek naar de SAPROF

Tot nu toe zijn er twee kleinschalige studies uitgevoerd met de SAPROF. Bouman, De Vogel & De Ruiter (2004) voerden een *pilot study* uit naar de prevalentie van SAPROF-factoren in een groep van 28 poliklinische forensische patiënten van Kairos. Centrale vraag in dit onderzoek was of forensisch-psychiatrische patiënten beschikken over protectieve factoren. Zij concludeerden dat alle items van de SAPROF een goede spreiding vertoonden. Dit onderzoek is inmiddels uitgebreid en in de nabije toekomst wordt voor ongeveer 100 patiënten van vier Nederlandse forensische poliklinieken onder meer de SAPROF gerelateerd aan officiële recidivegegevens.

De Vries Robbé, De Spa en De Vogel (in voorbereiding) voerden een retrospectief onderzoek uit naar de interbeoordelaarbetrouwbaarheid van de SAPROF. Tevens werd de relatie onderzocht met de *strengths* schaal van de START. Beide instrumenten werden door twee beoordelaars gescoord op basis van dossiers van 48 ex-patiënten uit de Van der Hoeven-kliniek. De interbeoordelaarbetrouwbaarheid werd onderzocht met de Intraklasse correlatiecoëfficiënt (ICC: McGraw & Wong, 1996). Over het geheel genomen was de interbeoordelaarbetrouwbaarheid van de SAPROF hoog (totaalscore: ICC = 0,90). Met uitzondering van het item Gebruik medicatie (dit item werd vaak opengelaten vanwege onvoldoende informatie in de dossiers) werden significante ICC-waarden gevonden voor alle individuele items. De correlatie tussen de SAPROF en de *strengths* schaal van de START was hoog ($r = 0,76$, $p < .01$).

Beide onderzoeken zijn beperkt qua aantallen proefpersonen en hebben andere beperkingen, zoals een korte follow-upperiode. Of de SAPROF-variabelen daadwerkelijk een reducerend effect op gewelddadig gedrag hebben, zal aangetoond moeten worden in grootschalig, prospectief onderzoek. Vanaf voorjaar 2006 is in de Pompe-kliniek en de Van der Hoeven-kliniek gestart met prospectief onderzoek naar de interbeoordelaarbetrouwbaarheid van de SAPROF. In beide klinieken worden de HCR-20 (en in geval van een seksueel delinquent tevens de SVR-20) en de SAPROF gescoord voor 25 transmuraal verblijvende forensisch-psychiatrische patiënten door zowel onderzoekers als behandelaars. Afhankelijk van de resultaten zal de SAPROF in beide klinieken geïmplementeerd worden en zal verder (prospectief) onderzoek naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit worden uitgevoerd.

Beperkingen van de SAPROF

De belangrijkste beperking van de SAPROF is dat er nog weinig wetenschappelijke evidentie voor de protectieve factoren bestaat. Een andere beperking is dat vrijwel iedere protectieve factor in de SAPROF in bepaalde gevallen juist een risicofactor kan zijn, bijvoorbeeld bij het item Intelligentie (een intelligente psychopaat weet goed hoe hij uit handen van justitie moet blijven) of Goede vrijetijdsbesteding/hobby's (een pedoseksueel die een jeugdsportteam gaat coachen). Het is dan ook essentieel om per individu de factoren te beoordelen en de factoren niet te beschouwen als algemeen geldig.

Casus

Voorgeschiedenis en behandelverloop

Mathijs is een thans 28-jarige man die wegens doodslag is veroordeeld tot vier jaar gevangenisstraf en terbeschikkingstelling met bevel tot verpleging van overheidswege. Hij was niet eerder veroordeeld. Van jongs af aan is Mathijs een zorgkind: hij liegt, steelt, spijbelt, loopt van huis weg en heeft nauwelijks vrienden. Na zijn lagereschooltijd kunnen zijn ouders hem thuis niet langer aan en zoeken hulp. Op zijn 14^e wordt hij in een jeugdinternaat geplaatst waar hij agressief gedrag vertoont, drugs gebruikt en zich moeilijk laat aanspreken. Hierna volgen verschillende opnames in crisiscentra en een psychiatrisch ziekenhuis en wordt Mathijs door de kinderrechter onder toezicht gesteld. Hij volgt een LBO-opleiding maar wordt van school gestuurd vanwege zijn agressieve houding. Hierna heeft hij verschillende baantjes, maar haakt vaak snel af en wordt eenmaal ontslagen vanwege een vechtpartij. Als hij 19 jaar oud is, heeft Mathijs een paar maanden een vriendin, maar hij verbreekt de relatie wanneer zij hem bij anderen beschuldigt van verkrachting. Mathijs is woedend over de volgens hem valse beschuldiging. Tijdens een discussie hierover verliest hij zijn zelfbeheersing en brengt hij zijn ex-vriendin om het leven. Voor dit delict krijgt hij tbs opgelegd en op zijn 21^e wordt Mathijs opgenomen in de Van der Hoeven-kliniek.

Uit de diagnostiek die in de kliniek bij opname wordt uitgevoerd, blijkt Mathijs een identiteitszwakke man met een ernstig gestoorde agressieregulatie en weinig contact met zijn gevoelsleven. Er worden een antisociale en narcistische persoonlijkheidsstoornis met paranoïde trekken bij hem gediagnosticeerd. De eerste periode van de intramurale behandeling kenmerkt zich door talrijke conflicten met zijn behandelaars, verbale agressie en alcohol- en druggebruik. Uiteindelijk wordt Mathijs van een reguliere afdeling overgeplaatst naar een afdeling voor individuele behandeling en krijgt hij stemmingregulerende medicatie. Uit nadere diagnostiek blijkt dat hij naast zijn persoonlijkheidsproblematiek ook een autismespectrumstoornis heeft.

Vanaf dat moment ligt het accent in de behandeling op voorspelbaarheid en structuur, en minder op het bespreekbaar maken van gevoelens. Langzaam ontwikkelt Mathijs met een aantal behandelaars een vertrouwensrelatie en zij worden voortaan als 'bemiddelingscommissie' ingezet bij conflicten. Geleidelijk aan laat hij zich beter sturen en lukt het hem om zijn irritaties te bespreken waardoor conflicten sneller worden opgelost. Op het gebied van werk, onderwijs, sport en creatieve vakken toont Mathijs inzet en boekt hij vooruitgang. In de psychotherapie (zowel individueel als themagroepen, zoals verslaving) zet hij zich na aanvankelijke weigering goed in en presenteert hij uiteindelijk zijn delictscenario en terugvalpreventieplan aan staf en familie (zie voor meer informatie over de delictscenarioprocedure: Van Beek, 1999).

Na vijf jaar intramurale behandeling wordt aan de hand van overzichtelijke en gefaseerde stappen toegewerkt naar de zogenaamde transmurale fase, wat inhoudt dat hij buiten de muren van de kliniek woont, maar nog intensief wordt begeleid door een gespecialiseerd behandelteam. Mathijs komt nog dagelijks in de kliniek waar hij werkt, sport en psychotherapie volgt. Er worden met Mathijs duidelijke afspraken en doelstellingen geformuleerd en er is

overeenstemming met zijn behandelaars. Desondanks blijft hij veelvuldig conflicten houden met zijn behandelaars. Er wordt rekening gehouden met een langdurig transmurale traject.

Gestructureerde risicotaxatie

Bij Mathijs zijn in de loop van de tijd meerdere gestructureerde risicotaxaties verricht. In de Van der Hoeven-kliniek wordt de HCR-20 op vaste momenten gescoord door drie onafhankelijke beoordelaars (onderzoeker, hoofd behandeling en groepsleiding) en in multidisciplinair overleg besproken (zie voor meer informatie De Vogel & De Rooter, 2003; De Vogel, 2005). In tabel 1 worden de HCR-20-consensuscores weergegeven van drie risicotaxaties: bij opname, bij aanvang van de transmurale fase en de recentste risicotaxatie na anderhalf jaar transmurale behandeling. Uit de tabel blijkt dat Mathijs een problematische voorgeschiedenis heeft met hoge scores op de Historische items. In zijn geval worden vooral de items Instabiliteit van relaties en Problemen met middelengebruik als cruciale risicofactoren gezien. Bij de Klinische items valt op dat Mathijs zich doorlopend redelijk inzet in de behandeling. Gedurende de behandeling wint hij aan zelfinzicht, blijkt uit de presentatie van zijn delictscenario en terugvalpreventieplan. Anderzijds deelt hij zijn inzicht maar met enkele vertrouwelingen en blijft het onverminderd moeilijk voor hem ernaar te handelen. Een tot nu toe onveranderd gebleven risicofactor is zijn negatieve, antisociale houding. Zijn impulsiviteit is gedurende de transmurale behandeling enigszins afgenomen, maar de inschatting is dat de impulsiviteit zonder stemmingregulerende medicatie en de structuur en voorspelbaarheid van de transmurale behandeling snel zal toenemen.

Bij aanvang van de transmurale behandeling bleek blootstelling aan destabiliserende factoren een belangrijke risicofactor, omdat Mathijs buiten de kliniek immers gemakkelijker aan verleidingen als alcohol of drugs bloot zou komen te staan. Bij de recentste risicotaxatie werd geconcludeerd dat Mathijs met hulp van zijn behandelaars de verleidingen redelijk kan weerstaan. Hij ontvangt en accepteert de steun van zijn ouders, maar heeft nauwelijks contact met leeftijdgenoten. Moeilijk om kunnen gaan met spanningen en het daarmee samenhangende continue hoge niveau van ervaren stress blijft een belangrijke risicofactor.

Tabel 1 Consensuscores HCR-20 over Mathijs

<i>Historische items:</i>		Opname	Start transmurale behandeling	Herhaalde taxatie transmurale fase
1	Eerder geweld	2	2	2
2	Jonge leeftijd bij eerste gewelddadig incident	2	2	2
3	Instabiliteit van relaties	2	2	2
4	Problemen in het arbeidsverleden	2	2	2
5	Problemen met middelengebruik	2	2	2
6	Psychische stoornis	0	1	1
7	Psychopathie	1	1	1
8	Problemen in de kindertijd	2	2	2
9	Persoonlijkheidsstoornissen	2	2	2
10	Eerdere onttrekking aan toezicht	2	2	2
<i>Klinische items:</i>				
11	Gebrek aan zelfinzicht	2	1	1
12	Negatieve opvattingen	2	2	2
13	Actieve psychotische symptomen	0	0	0
14	Impulsiviteit	2	2	1
15	Reageert niet op behandeling	1	1	1
<i>Risicohanteringsitems:</i>				
16	Geringe kans dat plannen zullen slagen	1	1	1
17	Blootstelling aan destabiliserende factoren	1	2	1
18	Geringe beschikbaarheid van persoonlijke steun	1	1	1
19	Werkt niet mee aan behandelmogelijkheden	1	1	1
20	Hoog niveau van ervaren stress	2	2	2

0 = niet aanwezig; 1 = wellicht of in enige mate aanwezig; 2 = aanwezig. Overgenomen uit Philipse, De Rooter, Hildebrand en Bouman (2000).

Bij de recentste risicotaxatie van Mathijs is tegelijk met de HCR-20 ook de SAPROF door de drie beoordelaars gescoord en in multidisciplinair overleg besproken. Een belangrijke historische protectieve factor voor Mathijs is de hechte band met

zijn (prosociale) ouders en de steun die zij hem momenteel verlenen. Verder biedt zijn werk in de kliniek hem structuur, heeft Mathijs profijt van de stemmingregulerende medicatie en is hij medicatietrouw. Maar de relevantste protectieve factor is de intensieve begeleiding en steun vanuit het transmurale team en zijn acceptatie van deze steun. Voor de komende tijd is het belangrijk voor Mathijs om met het transmurale team te werken aan de opbouw van een sociaal en ondersteunend netwerk naast zijn familie, aan de ontwikkeling van een goede vrijetijdsbesteding en aan de aflossing van zijn schulden. Ook het verder ontwikkelen van copingvaardigheden is een belangrijk behandeldoel. Een intieme relatie wordt voor Mathijs niet als protectief beschouwd, gezien zijn keuze voor instabiele partners en zijn weigering op dit gebied te worden begeleid.

Tabel 2 Consensuscores op de SAPROF over Mathijs

Historische items:		Key item	
1	Intelligentie	2	
2	Hechte band met ten minste één prosociale volwassene in de kindertijd	2	
Klinische items:			
3	Empathisch vermogen	1	
4	Positieve houding tegenover interventie en autoriteit	1	
5	Gebruik medicatie	2	✓
6	Copingvaardigheden	1	
7	Religie/levensbeschouwing	0	
Risicohanteringsitems:			
8	Betaald en/of onbetaald werk	2	✓
9	Goede vrijetijdsbesteding/hobby's	0	
10	Prosociaal en ondersteunend netwerk	1	✓
11	Stabiele intieme relatie	0	
12	Hulpverlener(s) in sociaal netwerk	2	✓
13	Intensief toezicht/externe controle	2	
14	Primaire leefomgeving	2	
15	Goed financieel beheer	1	
16	Bevredigende seksuele relatie met volwassen partner	0	
Overige overwegingen:			
	Meer acceptatie van beperkingen		
	Voelt zich thuis in zijn nieuwe woning		

0 = niet aanwezig; 1 = wellicht of in enige mate aanwezig; 2 = aanwezig. Overgenomen uit De Vogel, De Ruiter, Bouman en De Vries Robbé (2006).

Conclusie risicotaxatie en risicomangement

Mathijs scoort hoog op een aantal belangrijke Historische factoren die het risico van gewelddadig gedrag blijvend beïnvloeden. De dynamische risicofactoren zijn essentieel als compensatie voor de historische factoren. Ook onder de dynamische factoren – de Klinische en Risicohanteringsitems – zijn echter items, zoals Negatieve opvattingen en Hoog niveau van ervaren stress, die ondanks zeven jaar behandeling tot nu toe weinig veranderd zijn. De HCR-20 geeft dan ook weinig nieuwe aanwijzingen voor de behandeling. Het risico van terugval in gewelddadig gedrag wordt onder de huidige omstandigheden als matig ingeschat, maar zonder het gedwongen kader van de tbs-maatregel als hoog.

Het praktische nut van de toevoeging van de SAPROF aan de risicotaxatie bij Mathijs is zichtbaar in de balans die het scoren van protectieve factoren brengt in de risicotaxatie en in de concrete aanwijzingen voor verdere behandeling (opbouw netwerk, ontwikkeling vrijetijdsbesteding, copingvaardigheden, aflossing schulden) en voor de bepaling van de mate van toezicht die nodig is. Mathijs heeft op de SAPROF relatief veel '2'-scores op beschermende factoren (12, 13, 14) die samenhangen met externe factoren (bijvoorbeeld begeleiding/toezicht) en nog te weinig '2'-scores die uit hemzelf komen (bijvoorbeeld copingvaardigheden). De huidige transmurale status zal voorlopig dan ook nodig blijven om het risico van gewelddadig gedrag te kunnen hanteren.

Conclusie

In dit artikel hebben wij aandacht gevraagd voor de meting van protectieve factoren bij de behandeling in de forensische setting. Met de ontwikkeling van de SAPROF is een eerste aanzet gegeven tot een gestandaardiseerde beschouwing van protectieve factoren, met als doel integratie met risicofactoren, waardoor een completere, evenwichtigere en wellicht accuratere risicotaxatie ontstaat. Een belangrijk voordeel van het beschouwen van protectieve factoren is dat het indicaties kan bieden voor behandeling en risicomangement. Een ander voordeel van het beschouwen van protectieve

factoren vinden wij de positieve benadering, die een motiverende werking heeft op zowel patiënten als behandelaars. Uiteraard kunnen conclusies op basis van de SAPROF alleen met grote voorzichtigheid worden getrokken, zolang de richtlijn nog slechts de status van onderzoeksinstrument heeft. Onderzoek zal moeten aantonen of het een betrouwbaar en valide instrument is en of de lijst volgens behandelaars een praktische meerwaarde heeft.

Er zal voortdurend gestreefd moeten worden naar completering en perfectionering van risicotaxaties om zodoende ernstige (seksueel) gewelddadige recidive te voorkomen. Men moet zich daarbij overigens wel realiseren dat een onzekerheidsmarge inherent is aan risicotaxatie. Bovendien is risicotaxatie afhankelijk van de kwaliteit van de informatie over de persoon en van de vraag of de beoordelaar zich houdt aan de richtlijnen die zijn beschreven in de risicotaxatie-instrumenten (zie ook Webster, Müller-Isberner & Fransson, 2002). Een zorgvuldig uitgevoerde risicotaxatie wordt verricht door goed getrainde en ervaren beoordelaars met behulp van betrouwbare en valide checklists die gescoord kunnen worden aan de hand van correcte en volledige informatie over de persoon. Uit onderzoek in de Van der Hoeven-kliniek is gebleken dat risicotaxatie volgens het consensusmodel – scoring door zowel onderzoekers als behandelaars en een uitgebreide discussie om tot een consensus te komen – leidt tot een significant betere voorspelling (De Vogel, 2005). Wij raden dit consensusmodel dan ook nadrukkelijk aan om tot een zorgvuldige risicotaxatie te komen. Verder is de koppeling tussen risicotaxatie en risicomangement essentieel. De behandelaar dient de resultaten van de risicotaxatie mee te nemen in het opstellen van behandelplannen en bij het bepalen van de mate van toezicht/controle die nodig is voor de patiënt. Er is tot nu toe relatief weinig onderzoek gedaan naar de koppeling tussen risicotaxatie en risicomangement. Wel is er een bij de HCR-20 horende *Companion guide* uitgebracht (Douglas, Webster, Hart, Eaves & Ogloff, 2001), die behandelaars concrete richtlijnen geeft voor het reduceren van de risico's die opgenomen zijn in de HCR-20. Protectieve factoren zijn een belangrijke toevoeging op deze concrete richtlijnen en mogen niet ontbreken in elke zorgvuldige risicotaxatie van (seksueel) gewelddadig gedrag en in de plannen voor risicomangement.

Assessment of protective factors in forensic settings: Introduction of the SAPROF

In this article we introduce the Structured assessment of protective factors for violence risk (SAPROF), a professional guideline concerning protective factors, and discuss its importance for treatment in forensic settings. Important goals of the standardized assessment of protective factors are: to complete the violence risk assessment resulting in a more balanced and possibly more accurate risk assessment; to provide guidelines for risk management and thereby increase the motivation of patients and treatment staff.

Literatuur

1. Beek, D.J. van (1999). *De delictscenarioprocedure bij seksueel agressieve delinquenten*. Academisch proefschrift, Universiteit van Amsterdam. Deventer: Gouda Quint.
2. Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R., & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk-20. Professional guidelines for assessing risk of sexual violence*. Vancouver: Institute against Family Violence.
3. Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2002). *SAVRY: Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (Version 1: Consultation edition)*. Tampa: Florida mental health-instituut van de University of South Florida.
4. Bouman, Y.H.A., Vogel, V. de, & Ruiter, C. de (2004). *Protective factors in risk assessment for forensic psychiatric outpatients*. Paper presented at the 4th Annual IAFMHS Conference, Stockholm, 6-9 juni.
5. Bouman, Y.H.A., Ruiter, C. de, & Schene, A.H. (2003). *Contextual factors in risk management for forensic psychiatric patients: A review*. Ongepubliceerd manuscript. Nijmegen: Prof. mr. W.P.J. Pompestichting.
6. Canton, W. (2004). *Gerapporteerd ... en dan? Een onderzoek naar risicotaxatie, behandeling en recidiven bij personen over wie pro justitia is gerapporteerd*. Breda: Twintype.
7. Carvalho, C.C.J. de (2002). *Innovatie in risicotaxatie: Protectieve factoren voor het plegen van geweld in de toekomst*. Ongepubliceerde doctoraalscriptie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
8. Chadwick, B.A., & Top, B.L. (1993). Religiosity and delinquency among LDS adolescents. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 32, 51-67.
9. CIFP (Comité instrumentarium forensische psychiatrie) (2000). *Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: Een Nederlands instrument in ontwikkeling*. Den Haag: ministerie van Justitie, Dienst justitiële inrichtingen.
10. Costa, F.M., Jessor, R., & Turbin, M.S. (1999). Transition into adolescent problem drinking: The role of psychosocial risk and protective factors. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 480-490.
11. Dempster, R.J. (1998). *Prediction of sexually violent recidivism: A comparison of risk assessment instruments*. Ongepubliceerde master's thesis. Vancouver: Simon Fraser University.
12. Douglas, K.S., Cox, D.N., & Webster, C.D. (1999). Violence risk assessment: Science and practice. *Legal and Criminological Psychology*, 4, 149-184.
13. Douglas, K.S., Guy, L.S., & Weir, J. (2005). *HCR-20 violence risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography*. <http://www.sfu.ca/psychology/groups/faculty/hart/violink.htm>.
14. Douglas, K.S., Webster, C.D., Hart, S.D., Eaves, D., & Ogloff, J.R.P. (Eds.) (2001). *HCR-20 violence risk management companion guide*. Vancouver: Mental health, law, and policy-instituut van de Simon Fraser University.
15. Farrington, D.P. (2003). Key results from the first forty years of the Cambridge Study in delinquent development. In T.P. Thornberry, & M.D. Krohn (Eds.), *Taking stock of delinquency: An overview of findings from contemporary longitudinal studies* (pp. 137-184). New York: Kluwer/Plenum.
16. Farrington, D.P., & Loeber, R. (2000). Epidemiology of juvenile violence. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of*

North America, 9, 733-748.

17. Fitzpatrick, K.M. (1997). Fighting among America's youth: A risk and protective factors approach. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 131-148.
18. Fleiss, J.L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. New York: Wiley.
19. Hawkins, J.D., Catalano, R.F., & Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105.
20. Hildebrand, M., Spreen, M., Schönberger, H.J.M., Augustinus, F., & Hesper B.L. (2006). *Onttrekkingen tijdens verlof, ontvluchtingen, en recidives tijdens de tbs-behandeling in de jaren 2000-2005*. Utrecht: Expertisecentrum forensische psychiatrie (EFP).
21. Hildebrand, M., Hesper, B.L., Spreen, M., & Nijman, H.L.I. (2005). *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 (EFP).
22. Hildebrand, M., & Ruiter, C. de (2005). Over criminele behoeften en het belang van gestructureerde risicotaxatie. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*. (2e, herziene druk; pp. 3-22). Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum.
23. Hildebrand, M., Ruiter, C. de, & Beek, D. van (2001). *SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.
24. Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th.A.H., Ruiter, C. de, & Wit-Grouls, H.F. de (2006). *SAVRY. Handleiding voor de gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij jongeren. Versie 1*. Eefde: Rentray.
25. McGraw, K.O., & Wong, S.P. (1996). Forming inferences about some intraclass correlation coefficients. *Psychological Methods*, 1, 30-46.
26. Nijman, H., & Bulten, E. (2006). Risicotaxatie en behandelbeoordeling in de forensische psychiatrie. Een overzicht van recente promoties. *Tijdschrift voor Criminologie*, 48, 78-85.
27. Parlementaire onderzoekscommissie TBS (2006). *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*. Den Haag: Sdu.
28. Philipse, M. (2005). *Predicting criminal recidivism. Empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry*. Proefschrift. Nijmegen: Radboud Universiteit.
29. Philipse, M., Erven, T. van, & Peters, J. (2002). Risicotaxatie in de tbs. Van geloof naar empirie. *Justitiële Verkenningen*, 28, 77-93.
30. Philipse, M., Ruiter, C. de, Hildebrand, M., & Bouman, Y. (2000). *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag. Versie 2*. Nijmegen/Utrecht: Prof. mr. W.P.J. Pompestichting/Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
31. Robbemond, M. (2005). *God, de partner en het einde van een criminele carrière: Een literatuurstudie naar de protectieve factoren 'religie' en 'stabiele intieme relatie'*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Programmagroep klinische psychologie.
32. Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24, 595-605.
33. Ruiter, C. de (1999). Risicotaxatie bij forensisch psychiatrische patiënten. In C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pp. 9-16). Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
34. Ruiter, C. de (2000). *Voor verbetering vatbaar*. Inaugurale rede Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Vossiuspers AUP.
35. Rutenfrans, C.J.C., & Terlouw, G.J. (1994). *Delinquentie, sociale controle en 'life events'. Eerste resultaten van een longitudinaal onderzoek. Onderzoek en beleid, deel 131*. Arnhem: Gouda Quint.
36. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity. Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
37. Spoelstra, S. (2004). *Gebruik van beschermende factoren bij risicotaxatie: Een studie naar medicatietrouw en copingvaardigheden*. Ongepubliceerde literatuurscriptie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, Programmagroep Klinische Psychologie.
38. Vogel, V. de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice. The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Amsterdam: Dutch University Press.
39. Vogel, V. de, & Ruiter, C. de (2005). The HCR-20 in personality disordered female offenders: A comparison with a matched sample of males. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 226-240.
40. 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.
41. Vogel, V. de, & Ruiter, C. de (2003). Verschillen tussen onderzoekers en behandelaars in het inschatten van het risico van gewelddadig gedrag. *Directieve Therapie*, 23, 43-62.
42. Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Bouman, Y., & Vries Robbé, M. de (2006). *Handleiding bij de SAPROF: Structured assessment of protective factors for violence risk. Researchversie*. Utrecht/Nijmegen: Van der Hoeven-kliniek/Trimbos instituut/Prof. mr. W.P.J. Pompestichting.

43. Vries Robbé, M. de, Spa, E. de, & Vogel, V. de (in voorbereiding). *Protective factors in forensic psychiatric patients. A retrospective study into the interrater reliability and predictive validity of the SAPROF and the START.*
44. Ward, T., & Stewart, C.A. (2003). The treatment of sex offenders: Risk management and Good Lives. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 353-360.
45. Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D., & Hart, S.D. (1997). HCR-20. *Assessing the risk of violence. Version 2.* Burnaby, Canada: Simon Fraser University and Forensic Psychiatric Services Commission of British Columbia.
46. Webster, C.D., Martin, M., Brink, J., Nicholls, T.L., & Middleton, C. (2004). *Short-term assessment of risk and treatability (START). Clinical guide for evaluation risk and recovery.* Ontario: St. Joseph's Healthcare Hamilton.
47. Webster, C.D., Müller-Isberner, R., & Fransson, G. (2002). Violence risk assessment: Using structured clinical guidelines professionally. *International Journal of Forensic Mental Health*, 1, 185-193.

Copyright 2007, Bohn Stafleu van Loghum, Houten