

# Diagnostiek en behandeling in een forensische setting: een kwestie van aan- en afleren

## Inleiding op een themanummer over forensische psychologie

Corine de Ruiter · Agnes Scholing

De redacteuren van dit themanummer hebben beiden uitgebreide ervaring met de diagnostiek en behandeling van cliënten met angststoornissen, vaak in combinatie met zogenaamde cluster C-persoonlijkheidsproblematiek. Onze cliënten waren sociaal angstig en agorafobisch, hadden vaak een negatief zelfbeeld en wilden maar wat graag van deze problemen af. Het toeval wilde dat wij allebei, op enigszins vergelijkbare momenten in onze loopbaan, een functie kregen in de forensische psychiatrie: voor ons beiden een volledig nieuwe uitdaging. Hoewel wij dachten dat we wel wat wisten van psychopathologie en de behandeling daarvan, hebben wij gemerkt dat het werken in een forensische setting specifieke eisen stelt, die we hier nader bespreken.

Een behandeling in een forensische setting vindt meestal plaats binnen een gedwongen kader, bijvoorbeeld in de vorm van een terbeschikkingstelling (TBS) of als verplichte ambulante behandeling bij een voorwaardelijk strafdeel. Forensische cliënten zijn in aanraking gekomen met politie en justitie vanwege strafbare feiten, zoals mishandeling van de partner, incest, verkrachting en geweldpleging. Ze vinden zelf meestal niet dat ze een probleem hebben en al helemaal niet dat ze hulp nodig hebben. De gemiddelde forensische cliënt lijdt aan (meerdere) cluster B-persoonlijkheidsstoornissen, waarbij de antisociale persoonlijkheidsstoornis het meest voorkomt (Greeven, 1997). Cliënten met cluster B-stoornissen

hebben een sterke neiging de schuld van hun problemen bij anderen te leggen (externaliseren), ervaren weinig lijdensdruk, zijn impulsief en weinig geneigd tot zelfreflectie. Ze zijn slecht in staat om een constructieve werkrelatie met een therapeut aan te gaan (Greeven & De Ruiter, 2000). Het gedwongen kader en de persoonlijkheidspathologie van forensische cliënten maken het voor de therapeut niet gemakkelijk: in het algemeen moet er veel geïnvesteerd worden in het motiveren van de cliënten tot verandering. In de bijdrage van *Bernard et al.* in dit nummer wordt uitgebreid ingegaan op deze aspecten van het werken met forensische cliënten; de lezer treft er vele bruikbare tips voor de praktijk aan.

Een tweede aspect dat anders is bij forensische cliënten, is het doel van de behandeling. Een sociaal-fobische cliënt wil van zijn fobische klachten af, dat is het voornaamste behandeldoel. Bij een forensische cliënt daarentegen, is dat het voorkomen van nieuwe strafbare feiten. Het effect van forensische behandelingen dient dus ook gemeten te worden in termen van (het uitblijven van) nieuwe delicten (recidive), en niet noodzakelijk in het 'beter en gelukkiger' worden van de cliënten. Dit laatste heeft weer implicaties voor de meetinstrumenten die gehanteerd moeten worden: zij dienen gericht te zijn op het in kaart brengen van risicofactoren voor het delictgedrag. In twee bijdragen van dit themanummer wordt ingegaan op de rol en bruikbaarheid van forensische risicotaxatie-instrumenten. *Lodewijks et al.* bespreken de problemen die men tegenkomt bij het hanteren van recidive als uitkomstmaat van een interventie. Tevens geven zij een overzicht van instrumenten voor risicotaxatie bij jeugdige geweldsdelinquenten, waarbij de rol van beschermende factoren in de ontwikkeling van de adolescent speciale aandacht krijgt. *De Vogel* en *De Ruiter* doen verslag van een studie naar verschillen tussen

---

Corine de Ruiter, en, (✉)

PROF. DR. C. DE RUITER, klinisch psycholoog/gedragstherapeut, is bijzonder hoogleraar Forensische psychologie aan de Universiteit van Amsterdam. Zij is ook verbonden aan het Trimbos-instituut, Netherlands Institute of Mental Health and Addiction te Utrecht als programmahoofd Diagnostiek en Behandeling. Correspondentieadres: Universiteit van Amsterdam, afdeling Psychologie, Roetersstraat 15, 1018 WB Amsterdam. E-mail: [cderuiter@fmg.uva.nl](mailto:cderuiter@fmg.uva.nl).

behandelaars en onafhankelijke onderzoekers in het inschatten van risicofactoren bij volwassen TBS-gestelden die waren veroordeeld wegens een ernstig geweldsdelict. Behandelaars bleken optimistischer over de risico's dan de onderzoekers. Verder bleek dat positieve gevoelens van behandelaars ten opzichte van de eigen cliënten samengingen met lagere risico-inschattingen. Als behandelaars de risico's van hun eigen cliënten moeten inschatten, lijken zij dus maar moeilijk de 'hulpverlenerspet' af te kunnen zetten. In Nederland worden, in tegenstelling tot andere landen, de rollen van forensisch beoordelaar en behandelend clinicus vaak niet gescheiden (bijvoorbeeld bij het geven van advies aan de rechtbank over de noodzakelijkheid van verlenging van de TBS). Men kan zich afvragen of deze praktijk wetenschappelijk en ethisch te verantwoorden is.

Werken in een forensische setting noodzaakte ons redacteuren tot het *aanleren* van zaken als het omgaan met ongemotiveerde, 'moeilijke' cliënten en het leren toepassen van nieuwe meetinstrumenten. We moesten wennen aan een andere opvatting over 'therapie-effect'. Maar we hebben ook zaken moeten *afleren*. Zo waren wij geneigd onze cliënten te vertrouwen en hun mededelingen voor waar aan te nemen. Bij angstige patiënten was dat een strategie die werkte, we kwamen zelden bedrogen uit. Hoe anders is de gemiddelde forensische cliënt: die wil je maar wat graag doen geloven dat het allemaal wel meevalt met zijn 'losse handjes' of 'sociaal alcoholgebruik'. Therapeuten in forensische settings dienen dan ook een 'gezond wantrouwen' te koesteren, vooral bij cliënten met de diagnose psychopathische persoonlijkheid, kortweg psychopathie. Deze stoornis wordt gekenmerkt door een sterk opgeblazen gevoel van eigenwaarde (sterke, stoere verhalen), pathologisch liegen, en list en bedrog voor eigen gewin. Psychopaten kennen geen gewetenswroeging noch empathie en hebben een impulsieve, criminele levensstijl (Harpur, Hakstian, & Hare, 1989). Zij kunnen in het contact vlot en op het eerste gezicht 'normaal' overkomen. Als de behandelaar niet de beschikking heeft over zogenaamde collaterale informatie (gegevens van derden, onder andere van familieleden, politie en justitie, eerdere hulpverleningscontacten), kan een psychopaat hem of haar gemakkelijk misleiden. Er zijn psychopaten die grote delen van hun levensgeschiedenis verzinnen, bijvoorbeeld relaties en kinderen die zij in werkelijkheid niet hebben gehad, om daarmee te proberen zichzelf in een ander licht te plaatsen. Ook bagatelliseren zij vaak hun delictgeschiedenis. Collaterale informatie van betrouwbare kwaliteit is daarom onontbeerlijk in ieder forensisch diagnostisch onderzoek. De diagnose psychopathie is geen zeldzaamheid in forensische settings. Afhankelijk van het criterium dat men hanteert (een score van 26 of 30 op de *Psychopathie*

*Checklist-Revised*), voldoet 21 tot 35 procent van een groep van 98 TBS-gestelden aan de diagnose psychopathie (Hildebrand & De Ruiter, in druk). Onder gevangenen is dit percentage nog wat hoger (Hare, 1991; Rasmussen, Storsæter, & Levander, 1999). Naar de prevalentie van psychopathie bij ambulante forensische cliënten is nog geen onderzoek verricht in Nederland, maar waarschijnlijk ligt het percentage bij hen ook rond de 20 à 25.

De diagnose psychopathie is van belang voor het inschatten van de geloofwaardigheid van de cliënt en voor de houding die de therapeut aanneemt: directief en (licht) confronterend. Maar de diagnose psychopathie is vooral relevant voor het voorspellen van recidive. Uit een grote hoeveelheid onderzoek blijkt dat psychopathie een krachtige voorspeller is van gewelddadige en seksuele recidive (Hemphill, Hare, & Wong, 1998) en in iets mindere mate ook van niet-gewelddadige recidive, zoals vermogens-, verkeers-, en drugsdelicten (Salekin, Rogers, & Sewell, 1996). In Nederland vonden we dat psychopathie een goede voorspeller is van incidenten in een gesloten inrichting. Psychopathische TBS-gestelden zijn vaker verbaal agressief en dreigend en overtreden meer de inrichtingsregels dan niet-psychopathische TBS-gestelden (Hildebrand, De Ruiter, & Nijman, in druk). In buitenlands onderzoek werden vergelijkbare resultaten gevonden (onder andere Heilbrun et al., 1998). De diagnose psychopathie is een belangrijke risicofactor in recent ontwikkelde risicotaxatie-instrumenten, zoals de HCR-20 en de SAVRY, die in de bijdragen van *Lodewijks et al.* en *De Vogel en De Ruiter* aan bod komen.

*Warnaar en Wegelin* wijzen in hun bijdrage over de aanpak van daders van thuisgeweld terecht op het belang van een goede dadertypologie. Ook onder partnermishandelaars bevinden zich (helaas) psychopaten, die lang niet altijd als zodanig worden herkend. Psychopaten vereisen een andere behandelaanpak dan andere typen partnermishandelaars, zoals de meer angstig-afhankelijke daders. Dat de behandeling van psychopathische daders geen gemakkelijke opgave is, blijkt uit het feit dat tot nu toe geen behandelingsmethode aantoonbaar effectief is gebleken voor deze groep daders. Integendeel, diverse studies lieten zien dat behandeling averechts kan werken en juist een recidiveverhogend effect heeft (onder andere Rice, Harris, & Cormier, 1992; Seto & Barbaree, 1999). Dit geldt zelfs voor behandelingsmethoden als cognitieve-gedragstherapie met terugvalpreventie, waarmee men wel resultaat boekt bij niet-psychopathische delinquenten. Het ontwikkelen en evalueren van specifieke interventies voor psychopathische daders is een nog grotendeels onontgonnen terrein in de forensische psychiatrie. Gezien de hoge recidivecijfers van deze groep daders (circa zeventig procent recidive bij een follow-up periode van vijf tot zeven jaar) en de grote

maatschappelijke kosten die dit met zich meebrengt, is hier nog veel 'winst' te behalen.

Een groep daders die in het algemeen eveneens vaak recidiveert, zijn de seksuele delinquenten. Zij recidiveren met nieuwe zedendelicten, maar ook met niet-seksuele geweldsdelicten (zie onder andere De Vogel & De Ruiter, 2003). Binnen de groep seksuele delinquenten nemen de zwakbegaafde daders een aparte plaats in. Net als voor psychopathische daders zijn voor deze groep nog weinig *evidence-based* interventies voorhanden. Verder is het diagnostisch instrumentarium dat bij normaal begaafden wordt toegepast, voor veel van deze cliënten onbruikbaar, omdat het te zeer een beroep doet op verbale capaciteiten. In Hoeve Boschoord, een forensisch psychiatrisch instituut in het noorden van Nederland dat gespecialiseerd is in de behandeling van verstandelijk gehandicapte daders, werd gedurende een aantal jaren ervaring opgedaan met een zelfontworpen behandelmodel voor zedelinquenten met een verstandelijke handicap. LeGrand en zijn collega's beschrijven de achtergronden en de praktijk van deze behandeling in dit nummer. Wij waren onder de indruk van de hoge mate van integratie die de auteurs in hun behandeling nastreven. De cliënten werken in verschillende behandel-fasen aan één thema, dat binnen een fase in alle behandelonderdelen terugkeert, van de leefgroep tot de creatieve activiteiten. Dit vergroot uiteraard de kans op generalisatie van het nieuw aangeleerde gedrag en bevordert de communicatie tussen de verschillende behandel-lars. Ook in de behandeling van normaal begaafde daders verdient zo'n aanpak ons inziens de voorkeur.

Ondanks alle intensieve behandelinspanningen komt het voor dat het recidiverisico van cliënten niet vermindert. Ook de niet-ingevoerde leek kan dit bijvoorbeeld opmaken uit de schokkende mediaberichten over recidiverende ex-TBS-gestelden. De erkenning dat er daders zijn waarvoor (nog) geen adequate interventies voorhanden zijn, zodat een veilige terugkeer in de maatschappij onmogelijk is, komt in Nederland langzaam op gang. Dit heeft geleid tot de oprichting van de eerste forensisch psychiatrische *longstay*-afdeling, waarvan collega Doddema in zijn bijdrage verslag doet. Hoewel nog geen gedegen empirisch onderzoek is verricht naar de kenmerken van de groep *longstay*-bewoners, wordt uit de beschrijving van Doddema duidelijk dat onder hen zeker personen zijn met de diagnose psychopathie en/of zwakbegaafdheid.

Dit themanummer bevat bijdragen waarin uiteenlopende aspecten van het werken in het forensisch domein aan bod komen: van een ambulant daderproject tot de eerste Nederlandse forensische *longstay*-afdeling; van risicotaxatie tot agressiehanteringstherapie; van jeugdige tot zwakbegaafde daders. Deze diversiteit reflecteert de

daadwerkelijke verscheidenheid en het nieuwe elan in het forensische werkveld. In de bijdragen worden werkwijzen geëxpliciteerd, risicotaxaties transparant gemaakt en getoetst, kritische vragen gesteld bij sommige vigerende praktijken, en wordt opgeroepen tot meer samenwerking. Aan- en afleren in het forensische werkveld: het is nog maar net begonnen...

## Referenties

- Greeven, P.G.J. (1997). *De intramurale behandeling van forensische patiënten met een persoonlijkheidsstoornis: Een empirische studie*. Arnhem: Gouda Quint.
- Greeven, P.G.J., & Ruiter, C. de (2000). De therapeutische relatie in de forensische psychiatrie: een empirisch onderzoek. *Gedragstherapie*, 33, 283-301.
- Hare, R.D. (1991). *Manual for the Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Toronto: MultiHealth Systems.
- Harpur, T.J., Hakstian, R., & Hare, R.D. (1989). Two factor conceptualization of psychopathy: Construct validity and assessment implications. *Psychological Assessment*, 1, 6-17.
- Heilbrun, K., Hart, S.D., Hare, R.D., Gustafson, D., Nunez, C., & White, A.J. (1998). Inpatient and postdischarge aggression in mentally disordered offenders: The role of psychopathy. *Journal of Interpersonal Violence*, 13, 514-527.
- Hemphill, J.F., Hare, R.D., & Wong, S. (1998). Psychopathy and recidivism: A review. *Legal and Criminological Psychology*, 3, 139-170.
- Hildebrand, M., & Ruiter, C. de (in druk). PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV Axis I and Axis II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de, & Nijman, H. (in druk) PCL-R psychopathy predicts disruptive behavior among male offenders in a Dutch forensic psychiatric hospital. *Journal of Interpersonal Violence*.
- Rasmussen, K., Storsæter, O., & Levander, S. (1999). Personality disorders, psychopathy, and crime in a Norwegian prison population. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22, 91-97.
- Rice, M.E., Harris, G.T., & Cormier, C.A. (1992). An evaluation of a maximum security therapeutic community for psychopaths and other mentally disordered offenders. *Law and Human Behavior*, 16, 399-412.
- Ruiter, C. de (2000). Forensische psychodiagnostiek en risicotaxatie: Ontwerp van een forensisch psychologisch testinstrumentarium. In T. I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische psychiatrie anno 2000. Actuele ontwikkelingen in een breed perspectief* (pp. 301-317). Deventer: Gouda Quint.
- Salekin, R.T., Rogers, R., & Sewell, K.W. (1996). A review and meta-analysis of the Psychopathy Checklist-Revised: Predictive validity of dangerousness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 203-215.
- Seto, M.C., & Barbaree, H. (1999). Psychopathy, treatment behavior, and sex offender recidivism. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 1235-1248.
- Vertommen, H., Verheul, R., Ruiter, C. de, & Hildebrand, M. (2002). *Hare's Psychopathie Checklist: Handleiding*. Lisse: Swets Test Publishers.
- Vogel, V. de, & Ruiter, C. de (2003). De waarde van gestructureerde risicotaxatie: Een retrospectief onderzoek bij behandelde seksuele delinquenten. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 58, 9-29.