

# Handboek persoonlijkheids- pathologie

REDACTIE

DR. E.H.M. EURELINGS-BONTEKOE

PROF. DR. R. VERHEUL

DRS. W.M. SNELLEN

Bohn  
Stafleu  
van Loghum

Corine de Ruiter

## 28.1 Inleiding

De forensische psychiatrie omvat alle psychiatrische bemoeienis met personen die op enigerlei wijze met de rechtspleging en de gevolgen daarvan te maken krijgen (Hildebrand & De Ruiter, 1999). Voor de strafrechtspleging omvat dit onder andere psychiatrische en psychologische diagnostiek en behandeling. Het werkveld van de forensisch werkende psycholoog of psychiater is breed: gevangeniswezen, tbs-klinieken en justitiële jeugdinrichtingen horen daarbij, maar ook allerlei vormen van ambulante forensische settings. Bij dat laatste kan men denken aan de forensische poliklinieken, maar ook aan de reclassering en de Raad voor de Kinderbescherming.

Een diagnostisch onderzoek of behandeling in een forensische setting vindt meestal plaats binnen een gedwongen kader, bijvoorbeeld in het kader van een onderzoek naar de geestvermogens van een verdachte van een strafbaar feit of voorafgaand aan de indicatiestelling in het kader van een tbs-maatregel (zie kader hierna). Forensische cliënten zijn in aanraking gekomen met politie en justitie vanwege strafbare feiten, zoals mishandeling van de partner, incest, verkrachting en geweldpleging. Vaak vinden ze zelf 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 deantisociale persoonlijkheidsstoornis domineert (Hildebrand & De Ruiter, 2004). De motivatie voor behandeling is vaak gering en de werkrelatie met de therapeut staat vaak onder druk (Greeven & De Ruiter, 2000).

In dit hoofdstuk gaan wij in op de unieke aspecten van het psychodiagnostisch onderzoek, de in-

dicatiestelling en de behandeling van forensische cliënten. Doel van het hoofdstuk is de lezer bewust te maken van het hoog specialistische gehalte van het werken in forensische settings, dat kennis van een groot aantal begrippen en stoornissen omvat, zoals risicotaxatie en risicohantering, toerekeningsvatbaarheid en psychopathie, die in de meeste Nederlandse pre- en postdoctorale opleidingen psychologie niet of slechts zeer basaal aan de orde komen. Voor een gedragskundige professional die werkervaring heeft opgedaan binnen de algemene psychiatrie is het dan ook veelal een kwestie van aan- en afleren, wanneer de overstap naar de forensische sector gemaakt wordt (De Ruiter & Scholing, 2003). Het hoofdstuk besluit met een casus.

## 28.2 Epidemiologie van persoonlijkheidsstoornissen in de forensische psychiatrie

Er is weinig bekend over de prevalentie onder forensische cliënten van psychische stoornissen in het algemeen, en van persoonlijkheidsstoornissen in het bijzonder. Onderzoek onder gedetineerden in het Penitentiair Complex Scheveningen (Schoemaker & Van Zessen, 1997) liet zien dat 71% van de gedetineerden in het voorgaande jaar een psychische stoornis, verslavingsproblematiek of een combinatie van beide had. Bulten (1998) onderzocht de prevalentie van psychische stoornissen onder 200 mannelijke kortgestrafte gedetineerden in de gevangenis Nieuw Vosseveld en vond een 'lifetime' prevalentie onder gedetineerden van 60% voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis. Andere as-II-stoornissen zijn helaas niet onderzocht.

Derks, Hildebrand & Mulder (1998) vonden dat 83% van de cliënten van een forensische dag- en polikliniek voldeed aan de criteria voor minstens één persoonlijkheidsstoornis, gemeten met de 'Personality Disorder Questionnaire - Revised' (PDQ-R; Hyler, 1994). De meest voorkomende stoornissen waren de paranoïde (47%), de antisociale (41%) en de borderline persoonlijkheidsstoornis (37%). Overigens moet opgemerkt worden dat diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen met behulp van een zelfrapportage-instrument, zoals de PDQ-R, bij forensische cliënten doorgaans lijdt tot onderrapportage in vergelijking met een semi-structureerd interview zoals het 'Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders' (SIDP; Pfohl, Blum & Zimmerman, 1997). Dit is te wijten aan de neiging van veel forensische cliënten om hun persoonlijkheidsproblematiek te ontkennen en/of te externaliseren, wat leidt tot sociaal wenselijke antwoorden. Bij het stellen van een DSM-IV-diagnose met behulp van de SIDP wordt gebruik gemaakt van collaterale informatie (zoals strafblad, medisch dossier en interviews met significante anderen) naast de zelfrapportage van de cliënt, zodat een accuraat beeld van de persoonlijkheid ontstaat. Zo vonden wij in een onderzoek onder tbs-gestelden dat de PDQ-R in vergelijking met de SIDP tot significant lagere prevalenties kwam voor een aantal cluster-B-persoonlijkheidsstoornissen (De Ruiter & Greeven, 2000). Diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen bij forensische cliënten dient daarom altijd mede gebaseerd te zijn op uitgebreide collaterale informatie. Hildebrand en De Ruiter (2004) vonden in een steekproef van 94 tbs-gestelden met behulp van de SIDP dat 66% voldeed aan de criteria voor een cluster-B-stoornis. Voor cluster A was dit 29% en voor cluster C 22%. De meest voorkomende cluster-B-stoornissen waren: antisociaal (45%), borderline (24%) en narcistisch (26%). Ook de paranoïde persoonlijkheidsstoornis had een relatief hoge prevalentie (18%), de overige persoonlijkheidsstoornissen hadden prevalenties tussen 4 en 11%.

De comorbiditeit van as-I- met as-II-stoornissen in forensische populaties is zeer hoog. Van Emmerik en Brouwers (2001) vonden onder 852 tbs-gestelden dat bij 59% sprake was van zowel een as-I- als een as-II-stoornis. Hildebrand en De Ruiter (2004) vonden een 'lifetime' comorbiditeit van as-I- en as-II-stoornissen voor 72% van hun steekproef. Als verslavingsstoornissen buiten beschouwing werden gelaten, was de comorbiditeit nog steeds 50%. Veel voorkomende as-I-stoornissen in de forensische psychiatrie zijn: alcohol- en drugsmis-

bruik/-afhankelijkheid, parafilieën en psychotische stoornissen.

De rechter mag een tbs-maatregel opleggen na een ernstig delict waarop een maximale gevangenisstraf staat van meer dan vier jaar, en als hij zich heeft laten adviseren over de stoornis van de verdachte, het recidiverisico en de op te leggen maatregel. De forensische rapportage Pro Justitia wordt gedaan door twee gedragsdeskundigen, waarvan er ten minste één psychiater moet zijn. Omdat de strafrechter het advies van de gedragsdeskundigen in nagenoeg alle gevallen volgt, zijn de gedragsdeskundigen dus in de praktijk de poortwachters van de tbs.

De forensisch-psychiatrische instituten die tbs-gestelden opnemen, hebben als taak de maatschappij te beveiligen tegen herhaling van het delict door de tbs-gestelde. Op de korte termijn gebeurt dit door de tbs-gestelde op te nemen in een beveiligde inrichting. Op de lange termijn is de tbs-maatregel erop gericht een structurele en duurzame gedragsverandering bij de tbs-gestelde te bewerkstelligen, waardoor een verantwoorde terugkeer naar de samenleving mogelijk wordt. Elke twee jaar of soms elk jaar, afhankelijk van de verlengingsperiode die de rechter daarvoor heeft vastgesteld, oordeelt de rechter over verlenging van de maatregel.

### 28.3

#### Diagnostisch onderzoek naar persoonlijkheidspathologie in forensische settings

Het diagnostisch onderzoek in een forensisch kader onderscheidt zich op een aantal punten van diagnostiek in de algemene (ambulante of klinische) psychiatrie. Wij bespreken hieronder deze verschillen en de implicaties ervan.

#### 28.3.1

##### Gedwongen kader

Bij een forensisch diagnostisch onderzoek is bijna altijd sprake van dwang: de onderzochte moet zich laten onderzoeken/testen op last van een instantie (de rechter, de tbs-kliniek, de reclassering). Het gedwongen karakter is in zekere mate strijdig met de aard van de relatie die de diagnosticus met de onderzochte wil aangaan, namelijk een relatie die gebaseerd is op vertrouwen van waaruit de onderzochte 'zich laat kennen' (De Ruiter, 2000). Het komt regelmatig voor dat de motivatie van de on-

derzochte tot deelname beperkt of geheel afwezig is, bijvoorbeeld uit angst voor de mogelijke (ge-rechtelijke) consequenties van de resultaten van het onderzoek. De onderzochte zal dus eerder geneigd zijn tot een defensieve en/of sociaal wenselijke opstelling, in sommige gevallen zelfs tot misleiding en manipulatie (De Ruiter, 2000). Bij de samenstelling van het testinstrumentarium is het van groot belang hiermee rekening te houden. Dit betekent onder andere dat er altijd gebruik moet worden gemaakt van collaterale informatie (zie eerder) en dat gekozen moet worden voor psychologische tests, zoals de MMPI-2, die de mogelijkheid bieden om vertekende antwoordtendenties in het vizier te krijgen. Ook gebruik van indirecte testmethoden, zoals de Rorschach Inktvlekken Methode (De Ruiter, 2006) biedt mogelijkheden om de bewuste, en dus manipuleerbare zelfpresentatie van de cliënt te omzeilen. Daarnaast is, indien er ook maar de geringste twijfel is over de betrouwbaarheid van de diagnostische gegevens, specifiek testen op ‘malingering (faking bad)’ van symptomen, maar ook ‘malingering’ van amnesie voor het ten laste gelegde delict een absolute vereiste (Cima, 2003; van Oorsouw, 2006). Voor het vaststellen van malingering is in de loop der jaren een aantal specifieke meetinstrumenten ontwikkeld, bijvoorbeeld het ‘Structured Interview of Reported Symptoms’ (SIRS; Rogers, 1992) voor het voorwenden van psychiatrische symptomen en de ‘Symptom Validity Test’ (SVT; Pankratz, 1983) voor gefingeerde amnesie. Er is nog relatief weinig onderzoek verricht naar de kwetsbaarheid van gestructureerde interviews voor as-II-stoornissen zoals het ‘Structured Interview for DSM Personality Disorders’ (SIDP; zie hoofdstuk 8) voor simulatie en defensiviteit. In een onderzoek van Zimmerman en Coryell (1989) werden negatieve correlaties van rond -.30 gevonden tussen de scores op SIDP-criteria en leugen- en sociale wenselijkheidschalen. Voor een gedegen overzicht van de literatuur en de instrumenten op het gebied van malingering en misleiding verwijs ik de lezer naar Rogers’ boek uit 1997: ‘Clinical Assessment of Malingering and Deception’.

### 28.3.2 De ‘typische’ problematiek van de forensische cliënt

Zoals al eerder aangestipt, lijden veel forensische cliënten aan cluster-B-persoonlijkheidspathologie. Dit type pathologie gaat gepaard met een gebrek aan lijdensdruk, externalisatie van problemen, zwakke zelfreflectie, en een – deels hieruit voortvloeiende – gebrekkige behandelmotivatie. Dit

heeft uiteraard, net als het hierboven genoemde gedwongen kader van het diagnostisch onderzoek, gevolgen voor het onderzoek.

Wij wezen hierboven al op de mogelijkheid van bewuste manipulatie (malingering, misleiding en defensiviteit). De vertekening als gevolg van de persoonlijkheidspathologie kan echter ten dele onbewust en automatisch zijn, omdat zij deel uitmaakt van de persoonlijkheidspathologie. De narcistische patiënt is overtuigd van zijn gelijk en zijn opgeblazen zelfgevoel komt hemzelf niet overdreven voor. Ook bij forensische patiënten bij wie de as-I-stoornis dominant is, bijvoorbeeld bij de paranoïde schizofreen die vanwege een achtervolgingswaan iemand heeft gedood, spelen cluster-B-persoonlijkheidstrekken vaak mede een rol. Het zijn dan meestal de verhoogde impulsiviteit en de zwakke identificatie met de geldende normen en waarden waardoor zo iemand over een drempel heen gaat en tot serieus gewelddadig gedrag komt. Ook verslavingsproblematiek forensische cliënt (alcohol, drugs, gokken) speelt bij de meerderheid van de forensische populatie een oorzakelijke rol bij het plegen van delicten. Het is algemeen bekend dat ook verslaafde cliënten vaak hun stoornis ontkennen (Rogers & Kelly, 1997).

### 28.3.3 De relatie persoonlijkheidsstoornis-delict

Er is geen één-op-éénrelatie tussen bepaalde persoonlijkheidsstoornissen en bepaalde typen delicten. Alleen voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP) geldt dat er een bijzondere relatie is tussen deze stoornis en crimineel gedrag. Dit komt doordat de diagnostische criteria voor de ASP van de DSM-IV-TR sterk refereren aan delinquent gedrag.

#### **Kenmerken van de antisociale persoonlijkheidsstoornis**

- niet in staat zijn zich te houden aan maatschappelijke normen
- oneerlijkheid, blijkend uit herhaaldelijk liegen en bedriegen
- impulsiviteit, onvermogen om vooruit te denken en te plannen
- prikkelbaarheid en agressiviteit
- roekeloze onverschilligheid ten aanzien van eigen of andermans veiligheid

- onverantwoordelijk gedrag zoals blijkt uit niet in staat zijn vast werk te behouden of financiële verplichtingen na te komen
  - afwezigheid van schuldgevoelens blijkend uit het rationaliseren van het feit anderen gekwetst, mishandeld of bestolen te hebben
- Zie verder: Schoemaker en De Ruiter (2005, p. 147-148).

Ook voor een aantal andere as-II-stoornissen is echter aangetoond dat zij samenhangen met een verhoogd risico op agressie en gewelddadig gedrag. Zo vond Coid (2000) een significante relatie tussen borderline persoonlijkheidsstoornis en brandstichting, tussen ASP en roofovervallen, en tussen narcistische persoonlijkheidsstoornis en dodingsdelicten. Aan deze verbanden liggen specifieke motivaties ten grondslag, zoals verplaatste agressie en spanningsontlading bij borderline persoonlijkheidsstoornis, krenking van het zelfbeeld en de behoefte aan macht en controle over het slachtoffer bij de narcistische persoonlijkheidsstoornis en het vermijden van arrestatie en financieel gewin bij de antisociale persoonlijkheidsstoornis (Schulte, Hall & Crosby, 1994). Hierbij moet aangetekend worden dat de meeste studies naar de relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en agressie/geweld verricht zijn in forensische steekproeven met personen die al ernstig gewelddadig gedrag hadden laten zien. Berman e.a. (1998) onderzochten de relatie tussen persoonlijkheidsstoornissen en lifetime agressie in een steekproef uit de algemene bevolking, en vonden dat agressief gedrag een significant positieve relatie vertoonde met ASP, BPS, narcistische persoonlijkheidsstoornis (NPS), theatrale persoonlijkheidsstoornis, paranoïde en passief-agressieve persoonlijkheidsstoornis, en een significant negatieve relatie met schizoïde persoonlijkheidsstoornis. De auteurs controleerden daarbij voor comorbide as-I-stoornissen.

### *Psychopathie*

De diagnostiek van de psychopathische persoonlijkheidsstoornis, kortweg psychopathie, is een belangrijk aspect van het forensische diagnostisch onderzoek. Personen met de diagnose psychopathie worden gekenmerkt door de afwezigheid van empathie en schuldgevoel en door een antisociale levensstijl. De 'Psychopathy Checklist - Revised' (PCL-R; Hare, 1991, 2003) is een klinische beoordelingschaal die wordt gebruikt om de diagnose psychopathie vast te stellen. De twintig criteria van de stoornis worden gescoord op een driepunts-

schaal (0 = item is niet van toepassing; 1 = in een aantal opzichten van toepassing; 2 = geheel van toepassing). De PCL-R levert een dimensionale score (tussen 0 en 40) die aangeeft in hoeverre de onderzochte volgens de beoordelaar overeenkomt met de 'prototypische psychopaat'. De laatste jaren wordt er veel onderzoek verricht naar de factorstructuur die ten grondslag ligt aan de PCL-R (o.a. Cooke & Michie, 2001; Cooke, Michie, Hart & Clarke, 2004; Vitacco, Neumann & Jackson, 2005). In tabel 28.1 wordt het vierfactorenmodel gepresenteerd.

Er is gezien de aard van de diagnostische criteria een aanzienlijke overlap tussen psychopathie en ASP: het merendeel van de psychopaten (in Nederlands onderzoek: 88%) voldoet aan de diagnose ASP en ongeveer een kwart van de personen met de diagnose ASP voldoet aan de criteria voor psychopathie (Hildebrand, 2004). Ook bleek er een significante overlap van psychopathie met de paranoïde en borderline persoonlijkheidsstoornis (Hildebrand & De Ruiter, 2004).

Psychopathische delinquenten behoren tot de hardnekkige recidivisten, ook na beëindiging van de gevangenisstraf of tbs (Rice, Harris & Cormier, 1992; Hildebrand, De Ruiter & De Vogel, 2003). Experimenteel en neurocognitief onderzoek geeft aanwijzingen dat psychopathie gepaard gaat met een defect in de verwerking van aversieve emotionele prikkels (Blair, 2003) en met een meer algemeen defect in het verleggen van de aandacht (Newman, 1998). Psychopaten zijn hierdoor weinig 'leerbaar' en ongevoelig voor straf. Er zijn tevens aanwijzingen dat sommige behandelingen een averechts, dat wil zeggen recidivebevorderend, effect hebben bij deze categorie daders (o.a. Barbaree, 2005), getuige de bevindingen van een onderzoek naar recidive onder tbs-gestelden in relatie tot de diagnose psychopathie.

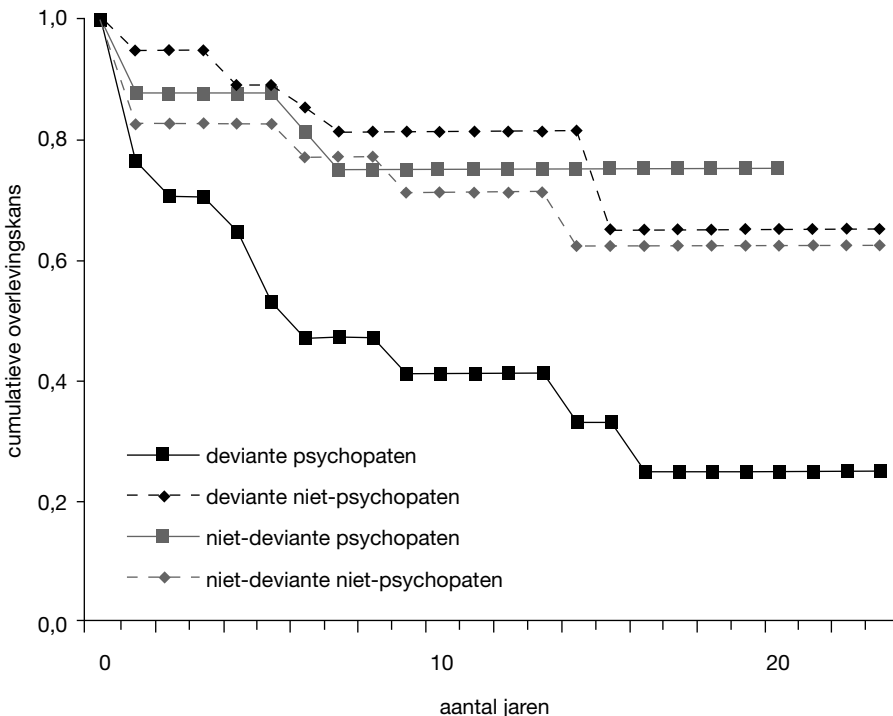
Hildebrand, De Ruiter en de Vogel (2003) onderzochten de relatie tussen (PCL-R-)psychopathie en (seksuele) recidive in een groep van 94 verkrachters/aanranders die tussen 1975 en 1996 was opgenomen in de Dr. Henri van der Hoeven Kliniek, een forensisch-psychiatrische instelling te Utrecht. Alle delinquenten werden retrospectief gevolgd vanaf de datum van ontslag (definitief vertrek uit de kliniek) of overplaatsing naar een andere kliniek, tot een nieuwe veroordeling of tot de einddatum van het onderzoek (gemiddelde follow-upperiode = 11.8 jaar).

<b>Tabel 28.1</b>		<b>Hare PCL-R vierfactorenmodel (Hare, 2003).</b>
<i>items</i>		
factor 1	interpersoonlijk	
1	gladde prater/oppervlakkige charme	
2	sterk opgeblazen gevoel van eigenwaarde	
4	pathologisch liegen	
5	list en bedrog/manipulerend gedrag	
factor 2	affectief	
6	gebrek aan berouw of schuldgevoel	
7	ontbreken emotionele diepgang	
8	kil/gebrek aan empathie	
16	geen verantwoordelijkheid nemen voor eigen gedrag	
factor 3	levensstijl	
3	prikkelhongerig/neiging tot verval	
9	parasitaire levensstijl	
13	ontbreken van realistische doelen op de lange termijn	
14	impulsiviteit	
15	onverantwoordelijk gedrag	
factor 4	antisociaal	
10	gebrekkige beheersing van het gedrag	
12	gedragsproblemen op jonge leeftijd	
18	jeugdcriminaliteit	
19	schending voorwaarden	
20	veelsoortige criminaliteit	

De resultaten toonden bij delinquenten met een hoge score op de PCL-R ( $\geq 26$ ) – in vergelijking met laagscorers – een sterk verhoogd recidiverisico (3 x zo hoog) aan: 55% van de psychopathische delinquenten werd opnieuw veroordeeld voor een seksueel delict versus 23% van de niet-psychopaten [ $\chi^2(1, 94) = 9.52, p < .01$ ]. Psychopathische delinquenten werden ook vaker opnieuw veroordeeld voor niet-seksuele gewelddadige delicten dan niet-psychopaten [64% vs. 38%,  $\chi^2(1, 94) = 5.78, p < .05$ ]. Met behulp van survivalanalyses werd aangetoond dat psychopathische verkrachters/aanranders significant sneller recidiveren met een gewelddadig (inclusief seksueel) delict dan niet-psychopathische delinquenten. Bovendien werden sterke aanwijzingen gevonden dat de aanwezigheid van de specifieke combinatie psychopathie en seksuele deviatie een sterk verhoogd recidiverisico met zich mee brengt. Psychopaten en niet-psychopaten werden onderverdeeld op

basis van de aan- of afwezigheid van een deviante seksuele voorkeur. Zo werden vier groepen gecreëerd: seksueel deviante psychopaten ( $n = 17$ ), niet-deviante psychopaten ( $n = 16$ ), deviante niet-psychopaten ( $n = 23$ ), en niet-deviante niet-psychopathische verkrachters ( $n = 38$ ). Het percentage seksuele recidive voor de subgroep seksueel deviante psychopaten was extreem hoog, te weten 82% (14 van de 17 recidiveerden met een seksueel delict). Het percentage recidive voor de niet-deviante psychopaten was 25%, voor de groep deviante niet-psychopaten 30% en voor de niet-deviante niet-psychopathische groep 18%. In figuur 28.1 zijn deze bevindingen grafisch weergegeven.

De psycholoog of psychiater die door de rechter of de officier van Justitie (OvJ) gevraagd wordt om een onderzoek te doen naar de 'gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis' (vgl. art 39 Wetboek van Strafrecht) ten tijde van het ten laste gelegde straf-



**Figuur 28.1**

Kaplan-Meier survivalfuncties voor psychopathische ( $PCL-R \geq 26$ ) en niet-psychopathische verkrachters/aanranders ( $PCL-R < 26$ ), verder onderverdeeld naar aan- of afwezigheid van deviante seksuele voorkeur, voor seksuele recidive. Bron: Hildebrand, 2004; Hildebrand, De Ruiter & De Vogel, 2003.

bare feit, staat voor een bijna onmogelijke opdracht. Hij/zij wordt immers gevraagd om een diagnostische uitspraak te doen over de aanwezigheid van een stoornis op een bepaald moment in het verleden, een uitspraak die ten principale ontoetsbaar is (men kan de tijd niet terugdraaien). Daar komt nog bij dat de periode tussen het plegen van het strafbare feit en het moment van het diagnostisch onderzoek in sommige gevallen tot vele maanden of zelfs jaren kan oplopen. Een uitspraak betreffende de psychische toestand van iemand in het verleden kunnen we vatten onder de term *retrodictie*, in contrast met *predictie*, die een toekomstige toestand, c.q. gedrag behelst (bijv. suïcide-predictie). In vergelijking met de diagnostiek van as-I-stoornissen, die vaak een episodisch en dus tijdelijk karakter hebben, is de diagnostiek van persoonlijkheidsstoornissen in het kader van retrodictie (maar ook predictie) iets minder problematisch. Immers, persoonlijkheidsstoornissen zijn per definitie opgebouwd uit structurele en maladaptieve gedragspatronen, die zich over vele jaren uitstrekken en het sociaal en beroepsmatig functioneren belemmeren. Als er ten tijde van een diagnostisch onderzoek een as-II-stoornis wordt geconstateerd, is deze meestal per definitie ook aanwezig geweest ten tijde van het ten laste gelegde feit in het verleden. Dit betekent niet dat de psycholoog/psychiater daarmee zijn werk verricht heeft. De rechter (of de OvJ) wil immers weten wat de relatie is tussen een eventuele stoornis en het strafbare feit, om vervolgens een uitspraak te kunnen doen over de mate van toerekeningsvatbaarheid (zie kader hierna). In de volgende paragraaf wordt nader ingegaan op de bepaling van de toerekeningsvatbaarheid.

Het strafrecht heeft als uitgangspunt dat iedere dader verantwoordelijk is voor zijn handelen. Iemand kan voor zijn daden ter verantwoording worden geroepen in het strafproces en moet vervolgens de consequenties van zijn handelen dragen. Er kunnen zich echter omstandigheden voordoen waarin de verantwoordelijkheid van een dader structureel of incidenteel tekortschiet. Er wordt in de regel geen straf opgelegd als de rechter van oordeel is dat de dader een feit begaan heeft dat hem wegens een gebrekkige ontwikkeling of ziekelijke stoornis van zijn geestvermogens niet kan worden toegerekend (art 39 lid 1 WvSr). Hoewel niet nadrukkelijk in de wetstekst vermeld, wordt er algemeen van uitgegaan dat een causale relatie tussen ziekelijke

stoornis/gebrekkige ontwikkeling en strafbaar feit vereist is. Op basis van de gedragskundige rapportage besluit de rechter of er sprake is van een psychische stoornis bij de verdachte en in hoeverre deze stoornis van invloed is geweest op het begaan van het feit.

Zie voor meer uitleg over de relatie tussen stoornis en delict en het juridische begrip toerekeningsvatbaarheid De Ruiter & Hildebrand (2002).

#### 28.3.4 Toerekeningsvatbaarheid

Voor toerekeningsvatbaarheid wordt in de Nederlandse rechtspraak een zogenoemde glijdende schaal van vijf gradaties gehanteerd: toerekeningsvatbaar, enigszins verminderd toerekeningsvatbaar, verminderd toerekeningsvatbaar, sterk verminderd toerekeningsvatbaar en ontoerekeningsvatbaar. Deze gradaties hebben echter geen materieelrechtelijke grondslag: in de wet wordt nergens gesproken over deze gradaties (De Hullu, 2000). Als men de Nederlandse literatuur over de bepaling van de mate van toerekeningsvatbaarheid erop naslaat, is het ontbreken van theoretische en empirische onderbouwing ervan opvallend. Koenraadt (1994) beweert dat de gradaties zich niet lenen voor kwantificering. Wel doet hij enkele suggesties over de relatie tussen bepaalde stoornissen en graden van toerekeningsvatbaarheid. Ik beperk mij hier tot zijn uitspraken betreffende de persoonlijkheidsstoornissen: de conclusie ‘verminderd toerekeningsvatbaar’ zou vaak samengaan met de diagnose van een persoonlijkheidsstoornis en de conclusie ‘sterk verminderd toerekeningsvatbaar’ met de diagnose BPS. Van Marle (1999) lijkt de gradatie sterk verminderd toerekeningsvatbaar te reserveren voor ernstige psychiatrische ziektebeelden, en het is niet duidelijk of hij daarvoor ook de as-II-stoornissen schaarst. Tijdens mijn inmiddels meer dan tienjarige ervaring in de forensisch diagnostische praktijk is mij opgevallen hoe sterk gedragsdeskundigen kunnen verschillen in hun oordeel over de mate van toerekeningsvatbaarheid over een en dezelfde casus. De psycholoog Brand (2001) heeft een poging ondernomen de vijf gradaties theoretisch te funderen met behulp van de ontwikkelingspsychologische theorieën van Piaget en Kohlberg over de morele ontwikkeling, maar ook Brand biedt nog te weinig concrete richtlijnen voor de praktijk en zijn theorie is nog ongetoetst.

Voor concrete richtlijnen voor de diagnostiek van



de psychische toestand ten tijde van het strafbare feit en de relatie met toerekeningsvatbaarheid kan men goed terecht in de Angelsaksische literatuur (zie o.a. Melton, Petrila, Poythress & Slobogin, 1997, hoofdstuk 8; Grisso, 2003, hoofdstuk 6). Een nadeel hierbij is uiteraard dat er grote verschillen zijn tussen jurisdicties wat betreft de typen psychopathologie die erkend worden als reden voor verminderde toerekeningsvatbaarheid, en dat een Noord-Amerikaans begrip als ‘not guilty by reason of insanity’ niet precies hetzelfde is als ons begrip toerekeningsvatbaarheid. Niettemin geven de in Angelsaksische landen ontwikkelde instrumenten handvatten om ook in Nederland de forensische diagnostiek op dit terrein te objectiveren. De Rogers Criminal Responsibility Scales (RCRAS; Rogers, Dometsch & Cavanaugh, 1981; Rogers, Seman & Wasyliv, 1983; Rogers & Shuman, 2000) bestaan uit 28 items die psychologische functies meten die relevant zijn voor de toerekeningsvatbaarheid. Voorbeelden van de items zijn: hersenorganische stoornis, verstandelijke handicap, hallucinaties, denk- en taalstoornissen. De scores op de items leiden tot een score op zes ‘psycholegal’ criteria, die vervolgens weer in een beslisboom worden gebracht, wat leidt tot een eindoordeel: ‘sane’, ‘insane’, en ‘inconclusive’. Hoewel er kritiek is geuit op de RCRAS (Golding & Roesch, 1987), heeft het instrument overduidelijk sterke kanten: de RCRAS helpt de diagnosticus om de relevante data te verzamelen en te structureren, en biedt een aanzet tot formalisering en transparant maken van het besluitvormingsproces rondom toerekeningsvatbaarheid. Dat is mijns inziens al grote ‘winst’ ten opzichte van de huidige inconsistente en ondoorzichtige ‘nattevingerpraktijk’ in Nederland. In een van de voorbeelden in dit hoofdstuk wordt de inschatting van de toerekeningsvatbaarheid mede aan de hand van de 28 variabelen van de RCRAS besproken.

### 28.3.5 Taxatie van toekomstig delict risico

De taxatie van het recidiverisico is op verschillende ‘momenten’ van de strafrechtsgang van belang. Voor oplegging van de tbs-maatregel door de rechter zijn, behalve een ernstig strafbaar feit, ook een bepaalde mate van verminderde toerekeningsvatbaarheid en een als hoog ingeschat recidiverisico noodzakelijk. Ook in het kader van de tenuitvoerlegging van de tbs worden regelmatig risicotaxaties verricht door de behandelklinieken. Immers, er dienen besluiten genomen te worden over het al dan niet toekennen van verloven en de eventuele verlenging van de tbs-maatregel zelf dient op zijn

minst iedere twee jaar door de rechter getoetst te worden. Aan de verlos- en verlengingsbeslissingen gaat een taxatie van het recidiverisico vooraf.

Tot enkele jaren geleden werden dergelijke beslissingen genomen op basis van ongestructureerde, klinische risico-inschattingen, veelal door de behandelaars van de tbs-gestelde. Deze ongestructureerde beslissingen zijn notoir onbetrouwbaar en inaccuraat (Faust & Ziskin, 1988; Monahan, 1981; Meehl, 1996). Ook het recent verschenen proefschrift van Philipse (2005) naar risicotaxatie door behandelaars in Nederlandse tbs-klinieken heeft dit (helaas) weer eens aangetoond. Onderzoek van De Vogel en De Ruiter (2004) liet zien dat klinici zich in hun risicotaxaties van tbs-gestelden te veel lieten leiden door hun gevoelens (bijv. ‘aardig-onaardig’) betreffende de persoon.

Lijnrecht tegenover de zuiver klinische taxatie, die sterk leunt op de autoriteit en expertise van de beoordelaar, staat de zuiver actuariële risicotaxatie. Deze methode is puur empirisch en maakt veelal gebruik van algoritmen om vanuit een beperkt aantal vaste voorspellers, zoals leeftijd bij het eerste delict, type slachtoffer, aantal eerdere delicten, het recidiverisico te voorspellen. Voorbeelden van actuariële instrumenten zijn de ‘Violence Risk Appraisal Guide’ (VRAG; Harris & Rice, 1997) voor algemeen geweld, en de ‘Static-99’ (Hanson & Thornton, 2000) voor seksuele delicten. Deze risicotaxatie-instrumenten zijn eenvoudig in te vullen en dit kan door ongeschoold administratief personeel gedaan worden; zij bieden een nauwkeuriger voorspelling dan de ongestructureerde taxatie (Harris, Rice & Cormier, 2002). Toch heeft de actuariële methode van risicotaxatie een aantal nadelen. De belangrijkste daarvan is wellicht dat de meeste van deze instrumenten geen risicofactoren bevatten die kunnen veranderen, en dus weinig relevant zijn in een klinische setting, waar reductie van risicofactoren het doel is. Bovendien bevatten de meeste van deze actuariële risicotaxatie-instrumenten geen potentieel beschermende factoren, hetgeen een eenzijdig beeld oplevert (Rogers, 2000).

Een serie risicotaxatie-instrumenten die een mix vormen van de actuariële en de klinische methode zijn de instrumenten van de ‘derde generatie’ (Fuller & Cowan, 1999). Deze instrumenten, zoals de HCR-20 voor algemeen geweld (Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman, 2000) en de SVR-20 voor seksueel geweld (Hildebrand, De Ruiter & Van Beek, 2001) bevatten empirisch onderbouwde statische en dynamische risicofactoren, en bieden indicaties voor risicohertering (psychologische en psychiatrische interventies, en vormen van toe-

zicht). Deze derde vorm van risicotaxatie wordt de methode van het Gestructureerd Professioneel Oordeel genoemd (GPO). De GPO-benadering is vooral bedoeld om geweld in de toekomst te voorkomen, niet louter om het te voorspellen (Douglas & Kropp, 2002).

Onderzoek in het buitenland en in Nederland heeft overtuigend laten zien dat de GPO-methode superieur is aan de klinische én de actuariële methoden van risicotaxatie (Douglas, Ogloff & Hart, 2003; De Vogel, De Ruiter, Van Beek & Mead, 2003; De Vogel, 2005). De HCR-20 was een significant betere voorspeller van gewelddadige recidive in een steekproef van 120 tbs-gestelden dan het ongestructureerde klinische oordeel (De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos & Van de Ven, 2004). De SVR-20 leverde een significant betere voorspelling van seksuele en algemene geweldsrecidive in vergelijking met het actuariële instrument Static-99 in een steekproef van 122 tbs-gestelden met een seksueel delict als index-delict (De Vogel e.a., 2003). Na enkele geruchtmakende recidives van tbs-gestelden op verlof tijdens hun behandeling (de 'Eibergse zaak' van de ontvoering en het seksueel misbruik van een meisje door Michael S., en de zaak van de doding van de heer Luchies door Wilhelm S.) vereist de minister van Justitie sinds medio 2005 van de tbs-klinieken dat zij hun verlofaanvragen (die bij het ministerie moeten worden ingediend) onderbouwen met een gestructureerde risicotaxatie met behulp van de HCR-20, SVR-20 en/of HKT-30. Dit laatste Nederlandse instrument werd ontwikkeld door het Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (CIFP; 2000) en lijkt veel op de HCR-20.

#### 28.3.6 Forensisch-psychologisch testinstrumentarium

De forensisch psycholoog maakt bij de beantwoording van de diagnostische onderzoeksvragen gebruik van alle gangbare methoden voor persoonlijkheidsdiagnostiek, intelligentieonderzoek en neuropsychologisch onderzoek (voor een overzicht: zie De Ruiter & Hildebrand, 2006).

Bij de keuze van het testinstrumentarium zal de diagnosticus instrumenten moeten kiezen die relevant zijn voor de onderzoeksvragen, waarbij vaak persoonlijkheidskenmerken zoals impulsiviteit, gebrekkige woedebeheersing, (paranoïde) wanen, gebrek aan empathie en psychopathie dienen te worden onderzocht (Hildebrand & De Ruiter, 1999). Het gebruik van indirecte, niet-transparante testmethoden, zoals de Rorschach Inktvlekkenmethode (RIM; Exner, 1993) is geschikt voor gebruik

bij forensische cliënten, omdat voor de cliënt niet onmiddellijk duidelijk is wat precies gemeten wordt met de test. Wanneer gebruik wordt gemaakt van zelfrapportagemethoden dienen zij te corrigeren voor defensiviteit, sociaal wenselijke beantwoording, overdrijving of andere vormen van vertekening. De MMPI-2 (Derksen, de Mey, Sloore & Hellenbosch, 1993; Nicholls, 2001) is mede vanuit dit oogpunt een bruikbaar instrument in het forensisch-psychodiagnostisch onderzoek. De uitkomsten van de psychologische tests worden, samen met de collaterale informatie en de gegevens uit de gesprekscontacten met de cliënt, gebruikt voor de beantwoording van de forensische onderzoeksvraag, zoals de vraag naar de toerekeningsvatbaarheid of het toekomstig delictrisico.

## 28.4 Behandelmodellen en behandeling in de forensische psychiatrie

### 28.4.1 What Works?

Leidt behandeling van psychisch gestoorde delinquenten tot vermindering van het recidiverisico bij deze delinquenten? Zo ja, wat zijn dan de werkzame en niet-werkzame bestanddelen in de forensisch-psychiatrische behandeling? Of, anders geformuleerd: aan welke eisen dient een effectieve forensisch-psychiatrische behandeling ter voorkoming van toekomstige recidive te voldoen? Deze op het oog eenvoudige vragen laten zich niet gemakkelijk beantwoorden. Gedurende lange tijd is men er binnen de gedragswetenschappen van uitgegaan dat behandeling van delinquenten *niet* leidt tot vermindering van het recidiverisico. Martinson (1974) publiceerde begin jaren zeventig van de vorige eeuw onder de titel 'What works? Questions and answers about prison reform', een studie naar de mate waarin verschillende behandelmethoden erin slagen om gedetineerden dusdanig te resocialiseren, dat recidive wordt voorkomen of teruggedrongen. De studie omvatte ruim 200 onderzoeken, die aan een aantal (methodologische) eisen moesten voldoen, zoals de aanwezigheid van een controlegroep en de beschikbaarheid van betrouwbare gegevens over contacten met politie en justitie. Martinson concludeerde: 'With few and isolated exceptions, the rehabilitative efforts that have been reported so far have had no appreciable effect on recidivism' (p. 25).

De door Martinson geïnspireerde – maar wellicht niet als zodanig bedoelde – *Nothing Works*-doctrine ontmoette kritiek. Verschillende onderzoekers (Gendreau & Ross, 1979; Palmer, 1975) wezen op

methodologische tekortkomingen van de door Martinson aangehaalde onderzoeken, waardoor de stellige conclusies van Martinson geen stand zouden mogen houden. Overigens relativeerde Martinson (1979) zelf enkele jaren later ook zijn eigen negatieve conclusies. Sommige behandelmethoden zouden wel degelijk leiden tot vermindering van recidive, zo bleek uit diverse meta-analytische studies (bijv. Andrews e.a., 1990; Antonowicz & Ross, 1994; Lipsey, 1992) die vanaf midden jaren tachtig zijn uitgevoerd. Zo kwam Lipsey (1995) op basis van een meta-analyse naar de effecten van behandeling van jeugdige delinquenten, waarin hij maar liefst 443 studies betrok, tot de conclusie dat de hypothese dat niets werkt, geen stand hield. Lösel (1995, 2001) vond op basis van een overzicht van 13 meta-analyses van in totaal meer dan 500 effectiviteitsstudies eveneens een klein, positief effect (effectgrootte tussen  $d = .10$  en  $d = .30$ ).

Volgens de *What Works*-principes, zoals geformuleerd door Andrews en collega's (bijv. Andrews, 1989; Andrews e.a., 1990), hangt de mate van effectiviteit van een interventie voor delinquenten af van drie beginselen (*principles*):

- *risicobeginsel*: de intensiteit van de beveiliging en de behandeling dient te worden afgestemd op het recidiverisico van de betreffende patiënt;
- *behoeftebeginsel*: doel van de behandeling dient te zijn het aanbrengen van verandering in de bij de betreffende patiënt aanwezige criminogene behoeften of dynamische risicofactoren voor delictgedrag;
- *responsiviteitsbeginsel*: de vorm waarin de behandeling wordt aangeboden dient aan te sluiten bij de mogelijkheden en leerstijl van de betrokken patiënt.

Andrews e.a. (1990) kwamen tot de conclusie dat behandelprogramma's die voldeden aan de bovengenoemde drie beginselen een significant beter resultaat opleverden dan specifieke programma's. Inmiddels wordt het model van Andrews en collega's – de zogenoemde *Psychology of criminal conduct* (Andrews & Bonta, 2003) – in verschillende landen beschouwd als leidraad voor het ontwikkelen van forensische behandelprogramma's (Lösel, 2001).

Behandelintegriteit ('program integrity/treatment fidelity') heeft betrekking op de opzet en uitvoering van een behandeling. Uit diverse meta-analyses komt naar voren dat de wijze waarop een behandeling wordt gegeven van essentieel belang is voor het effect ervan, wat de reden is waarom behandelintegriteit ook wel wordt beschouwd als het vierde beginsel (Cooke & Philip, 2000; Lipsey, 1995). Behandelintegriteit impliceert allereerst een theoretische basis voor de interventie (Harris &

Rice, 1997). Oorzaak en achtergronden van delinquent gedrag moeten begrepen en verklaard worden aan de hand van een getoetste theorie, waarna op grond van een heldere en valide verklaring van crimineel gedrag wordt overgegaan tot het ontwerpen van een passende behandeling. Vervolgens is het van belang dat alle onderdelen van de behandeling ook daadwerkelijk worden uitgevoerd zoals in het ontwerp bedoeld, aangezien elke activiteit wordt verondersteld bij te dragen aan het slagen van de interventie. Het achterwege laten van één of enkele programmaonderdelen ondermijnt een succesvolle behandeling. In dit kader is het belangrijk dat de behandeling welomschreven en in detail staat vermeld in een handleiding of protocol (Hollin, 1995). Ten slotte noemen wij hier het belang van het voortdurend volgen van de behandeling ('monitoring'; Harris & Rice, 1997; Hollin, 1995), aangezien alleen dan de behandelintegriteit bewaakt wordt en verbeteringen in het protocol kunnen worden aangebracht.

#### 28.4.2 Behandelmodellen: gedragsinterventies en farmacotherapie

Globaal kan men in de forensische psychiatrie, net als in de algemene psychiatrie, een onderscheid maken tussen psychologische, op gedragsverandering gerichte interventies, en medicamenteuze interventies. Interventies dienen zich te richten op de zogeheten dynamische risicofactoren – ook wel aangeduid met de term *criminogene behoeften* – die direct samenhangen met het criminele gedrag. Zij betreffen de persoon van de dader, alsmede zijn of haar bezigheden, sociale omgeving en leefsituatie. Daarvoor kunnen instrumenten als de HCR-20 en de SVR-20 dienstig zijn. Andrews (1989) verwoordt dit als volgt:

*If recidivism reflects antisocial thinking, don't target self-esteem, target antisocial thinking. If recidivism reflects difficulties in keeping a job, don't target getting a job, target keeping a job. (p. 13)*

Criminogene behoeften worden nader onderverdeeld in *algemene* en *specifieke* criminogene behoeften. Algemene criminogene behoeften zijn behoeften die bij veel typen delinquenten een rol spelen. Voorbeelden van algemene criminogene behoeften zijn: verslaving aan alcohol/drugs en/of de aanwezigheid van een antisociaal/procrimineel netwerk (Andrews, 1996). Specifieke criminogene behoeften, zoals de aanwezigheid van een problematische partnerrelatie, spelen slechts bij een beperkt gedeelte van de delinquenten een rol. Naast

het onderscheid tussen algemene en specifieke criminogene behoeften mag het onderscheid in *acute* en *stabiele* dynamische factoren hier niet onvermeld blijven. Onder acute dynamische risicofactoren worden die factoren verstaan die van invloed zijn op de ‘timing’ van het delict, maar die geen voorspellende waarde hebben voor de recidive op langere termijn; zij dienen vooral als waarschuwingssignaal voor acuut delictgevaar. De relatief stabiele dynamische risicofactoren vormen de uiteindelijke behandeldoelen (De Ruiter & Veen, 2004).

Binnen het bestek van dit hoofdstuk is het onmogelijk om een compleet overzicht te geven van de empirische literatuur op het gebied van de behandeling van persoonlijkheidsstoornissen in de forensische psychiatrie. Wij beperken ons tot de hoofdlijnen die in de internationale literatuur te onderkennen zijn en vatten recente ontwikkelingen in de Nederlandse forensische sector samen.

#### *Gedragsinterventies*

Verreweg de meeste psychologische interventies in de forensische sector richten zich op het verminderen van impulsiviteit en agressie, omdat dit veel voorkomende symptomen zijn bij de persoonlijkheidsstoornissen die we bij forensische patiënten aantreffen. Behandeling van persoonlijkheidspathologie in de forensische psychiatrie moet concreet, gestructureerd en directief zijn. Van de psychologische behandelmethoden is cognitieve gedragstherapie het meest veelbelovend, met een gemiddeld succespercentage van 62% (Salekin, 2002). Psychodynamische behandeling is niet effectief.

Wij bespreken hier kort drie recente meta-analyses\* op het gebied van vermindering van agressie

en impulsiviteit. Beck en Fernandez (1998) vonden een gemiddelde effectgrootte van .76 voor cognitief-gedragstherapeutische interventies gericht op woedebeheersing. De 50 studies (N = 1640) die in deze meta-analyse werden opgenomen bevatten echter zeer heterogene steekproeven, waaronder partnermishandelaars, gedetineerden, intramuraal opgenomen adolescenten en verstandelijk gehandicapten. De meta-analyse van DiGiuseppe en Tafra (2003) naar de effectiviteit van cognitief-gedragstherapeutische interventies voor woedebeheersing beperkte zich wel tot volwassen cliënten (N = 1841). De interventiemethoden betroffen relaxatietraining, cognitieve herstructurering en het aanleren van probleemoplossingsvaardigheden. De gemiddelde effectgrootte bedroeg .71. Ten slotte vonden Del Vecchio en O’Leary (2004) een effectgrootte van .90 voor relaxatietraining bij cliënten met agressieproblemen.

De afgelopen vijf jaar zien wij dat binnen de Nederlandse forensische psychiatrie ook in toenemende mate gedragstherapeutisch en geprotocolleerd gewerkt wordt. Hornsveld heeft de ‘Aggression Replacement Training’ (ART; Goldstein, Glick & Gibbs, 1998) bewerkt voor toepassing bij forensisch-psychiatrische patiënten met agressieproblemen (zie Hornsveld, Van Dam-Baggen, Leenaars & Jonkers, 2004). De Nederlandstalige handleiding heet ‘Held zonder geweld’ (Hornsveld, 2004). ART is multimodaal en gebaseerd op de leertheoretische aanname dat agressief gedrag ontstaat door observatie, imitatie, ervaring en herhaling en in stand gehouden wordt door interne en externe bekrachtiging. De training bestaat uit drie onderdelen: *anger control training*, *skillstreaming* en *moral reasoning training*.

De toepassing van (een aangepaste vorm van) dialectische gedragstherapie binnen forensische settings (McCann, Ball & Ivanoff, 2000; Mulder, 2003) lijkt effectief te zijn in het verminderen van de ernst van de problematiek van patiënten (zowel vrouwen als mannen) en in het creëren van een effectief behandelmilieu, met als bijeffect een mogelijk verminderd burn-outrisico voor de forensische werkers (bijv. Van den Bosch, 2003; Van den Bosch, Den Haan & Lammers, 2005; McCann e.a., 2000; Trupin, Stewart, Beach & Boesky, 2002). Hoewel DGT van oorsprong ontwikkeld is voor de behandeling van BPS, wordt de interventie in de forensische psychiatrie ook bij andere typen persoonlijkheidsstoornissen toegepast. Binnen de Nederlandse forensische psychiatrie vindt inmiddels onderzoek plaats naar het effect van DGT (Van den Bosch, persoonlijke mededeling, 16 mei 2006). Een derde aanpak die terrein wint in de Neder-

\* *Meta-analyse is een kwantitatieve analysemethode om het gemiddelde effect vast te stellen van een onafhankelijke variabele op een afhankelijke variabele, waarbij dat effect onderzocht is in een groot aantal verschillende studies. Hierbij worden dus de resultaten van een groot aantal empirische onderzoeken samengevat, voornamelijk met behulp van statistische methoden. De resultaten van een meta-analyse maken het mogelijk veel krachtiger conclusies te trekken dan op basis van de afzonderlijke onderzoeken mogelijk is. Bij een meta-analyse wordt een zogenoemde effectgrootte(d) berekend (Cohen, 1977), een gestandaardiseerde maat voor de grootte van het verschil tussen de gemiddelde scores van twee steekproeven (vaak een groep behandelde en een groep onbehandelde patiënten) in verhouding tot de spreiding van de scores binnen de twee steekproeven. Cohen (1992) stelt dat er bij een effectgrootte  $d = .20$  sprake is van een gering effect, bij  $d = .50$  van een middelmatig effect, en bij  $d = .80$  van een groot effect.*

landse forensische sector is Young's Schema Focused Therapy (SFT; Kellogg & Young, 2006). In een aantal tbs-klinieken vindt op dit moment een pilotonderzoek plaats met de toepassing van SFT bij patiënten met ernstige persoonlijkheidsstoornissen (voornamelijk ASP en BPS; Bernstein, 2006).

Deze gedragstherapeutische interventies lijken vooral geïndiceerd in gevallen van voornamelijk reactieve, dat wil zeggen emotionele agressie. Een voorbeeld is de traditionele 'crime passionel' tussen (ex-)echtelingen. De psychopaat kenmerkt zich vaak juist door toepassing van instrumentele agressie: agressie als middel om een bepaald doel te bereiken (Cornell e.a., 1996). Een voorbeeld is de afperser die zijn slachtoffer bedreigt met een vuurwapen om hem te dwingen tot het afgeven van geld of goederen. Er zijn aanwijzingen dat juist instrumenteel geweld samenhangt met het neuroaffectieve defect bij psychopathie, en voor dit laatste is nog geen effectieve behandeling voorhanden.

#### *Farmacotherapie*

Impulsiviteit en agressie hangen samen met stoornissen in het functioneren van serotonerge en noradrenerge neurotransmittersystemen (Koenigsberg, Woo-Ming & Siever, 2002). Een verminderde serotoninefunctie is geassocieerd met impulsieve agressie. Het noradrenerge neurotransmittersysteem is juist overgeactiveerd bij mensen met verhoogde impulsiviteit/agressie. Het bewijs voor de effectiviteit van farmacotherapie bij deze problemen is nog zwak, voornamelijk omdat er geen goed gecontroleerd onderzoek is, met voldoende grote steekproeven. Uit ongecontroleerd onderzoek en uit 'single case studies' komt naar voren dat selectiveserotonineheropnameremmers (SSRI's) een gunstige invloed hebben op agressief gedrag en impulsiviteit bij personen met ASP (Coccaro & Kavoussi, 1997; Soloff, 1998). Het bijwerkingenprofiel van de SSRI's, vooral de seksuele bijwerkingen als libidoverlies, heeft echter een negatief effect op de therapietrouw. Lithium en andere stemmingsstabilisatoren verminderen agressief en impulsief gedrag bij antisociale gedetineerden (Kavoussi & Coccaro, 1998; Hollander e.a., 2001). Er is ook enig bewijs geleverd dat atypische antipsychotica een gunstig effect hebben op impulsief en agressief gedrag. Het antipsychoticum quetiapine verminderde agressie en impulsiviteit, en de medicatietrouw was boven verwachting vanwege het uitblijven van negatieve bijwerkingen (Walker, Thomas & Allen, 2003). Ook risperidon leidde tot een afname van agressieve en impulsieve gedragingen (Hirose, 2001). Wanneer ASP gepaard

gaat met ADHD is behandeling met psychostimulantia zoals methylfenidaat aangewezen (Wilens, Spencer & Biederman, 2002). Vele auteurs pleiten voor het uitvoeren van gerandomiseerd gecontroleerd onderzoek (RCT's) bij forensisch-psychiatrische patiënten met persoonlijkheidsstoornissen, omdat dit de enige betrouwbare manier is om de werkzaamheid van behandelingen vast te stellen.

#### **28.4.3** Indicatiestelling voor behandeling in de forensische context

Door een groot gebrek aan empirisch onderzoek is er dus ook een gebrek aan 'evidence-based' interventies binnen de forensische sector. Dit bemoeilijkt uiteraard de indicatiestelling. Toch staat men niet volledig met lege handen. Zo weten we dat psychodynamische therapie in het algemeen weinig effect heeft op de recidive van forensische cliënten. En dat de behandeling zich dient te richten op de belangrijke dynamische risicofactoren in het individuele geval. Vaak behoren hiertoe de pathologische persoonlijkheidstrekken, zoals paranoïde cognitieve schema's, antisociale attitudes en impulsiviteit. Risicotaxatie-instrumenten als de HCR-20 bieden de behandelaar een inventarisatie van de belangrijkste risicofactoren (tabel 28.2).

Voor de C- en R-factoren lenen zich voor therapeutische interventies, zoals eerder beschreven. In de forensische psychiatrie kan men echter beveiliging en toezicht ook als interventies beschouwen. Het doel van de behandeling is immers reductie van recidiverisico tot een maatschappelijk aanvaardbaar niveau. Als dat niet realiseerbaar is door middel van therapeutische interventies, kunnen toezicht en beveiliging een alternatief zijn. In elk individueel geval wordt de optimale en effectieve mix tussen behandeling, begeleiding en beheersing vastgesteld en vastgelegd in een individueel behandelplan. Kuperus, Tervoort en Stalman (2003) noemen dit: 'beveiligende zorg op maat'.

#### **28.5** Psychologische rapportage Pro Justitia

Deze paragraaf betreft een casus in de vorm van een psychologische rapportage Pro Justitia. De rapportage is bedoeld voor de onderzoeksrechter (rechter-commissaris) in een strafzaak en dient antwoord te geven op een aantal door hem geformuleerde onderzoeksvragen. Het betreft een rapportage in een hogerberoepszaak; verdachte is door de rechtbank reeds veroordeeld, maar is hiertegen in beroep gegaan.

Tabel 28.2		De items van de HCR-20 (Webster e.a., 1997; Nederlandse versie: Philipse e.a., 2000).			
historisch (H-schaal)		klinisch (C-schaal)		risicohantering (R-schaal)	
H1	eerder gewelddadig gedrag	C1	gebrek aan zelfinzicht	R1	geringe kans dat plannen zullen slagen
H2	jonge leeftijd bij 1e geweldsincident	C2	negatieve opvattingen	R2	blootstelling aan destabiliserende invloeden
H3	instabiliteit van relaties	C3	actieve psychotische symptomen	R3	geringe beschikbaarheid steun
H4	problemen in het arbeidsverleden	C4	impulsiviteit	R4	werkt niet mee aan behandel mogelijkheden
H5	problemen met middelengebruik	C5	reageert niet op behandeling	R5	hoog niveau van ervaren stress
H6	psychische stoornis				
H7	psychopathie				
H8	problemen in de kindertijd				
H9	persoonlijkheidsstoornis				
H10	eerdere onttrekking aan toezicht				

### Verdachte X

Op verzoek van de rechter-commissaris [N.N.] doe ik verslag van mijn bevindingen uit het psychologisch onderzoek dat ik op verzoek verrichte bij:  
de heer X.\*  
geboren te Z.  
thans gedetineerd te Y.

De heer X. werd door mij onderzocht op:  
6 december 2005 van 10.15-12.00 uur  
5 januari 2006 van 9.30-11.45 uur  
17 januari 2006 van 10.30-11.45 uur

Bij mijn onderzoek had ik de beschikking over de volgende stukken, die mij door de raadsman werden toegezonden:

- 1 Strafdossier ZZ (p. 1-11)
- 2 Strafdossier YY (p. 1-8g)
- 3 Dossier met nummer 111, met daarin onder andere: het vonnis van de rechtbank, psychologisch rapport van drs. W. d.d. 17 juli 2004.

#### De onderzoeksvragen

De rechter-commissaris stelt de volgende onderzoeksvragen, die in dit rapport beantwoord zullen worden:

- 1 Is onderzochte lijdende aan een ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling van zijn

\* De casus is geanonimiseerd en belangrijke demografische gegevens zijn gewijzigd.

geestvermogens, en zo ja, hoe is dit in diagnostische zin te omschrijven?

- 2 Hoe was dit ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde?
- 3 Beïnvloedde de eventuele ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens gedragskeuzes van onderzochte c.q. zijn gedragingen ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde (zodanig dat het tenlastegelegde daaruit verklaard kan worden)?
- 4 Zo ja, kan de deskundige dan gemotiveerd aangeven:
  - a op welke manier dat geschiedde;
  - b in welke mate dat geschiedde;
  - c welke conclusie met betrekking tot de toerekeningsvatbaarheid op grond hiervan te adviseren is.
- 5 Kan de deskundige gemotiveerd aangeven in welke mate en op welke wijze de eventuele ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling bij voortbestaan ervan opnieuw aanleiding kan geven tot soortgelijke of andere strafbare feiten als waarvan verdachte nu wordt verdacht?
- 6 Kan de deskundige zo concreet mogelijk aangeven welke maatregelen te adviseren zijn om de kans op herhaling in de toekomst te voorkomen of te beperken en binnen welk juridisch kader dat gerealiseerd zou kunnen worden?

#### *De tenlastelegging*

De rechtbank acht wettig en overtuigend bezwezen dat:

de heer X. op 20 januari 2004 in de gemeente Z. samen en in vereniging met anderen met het oogmerk van wederrechtelijke toe-eigening heeft weggenomen een hoeveelheid geld groot XX euro toebehorende aan A, welke diefstal werd vergezeld van geweld en/of bedreiging met geweld tegen A, gepleegd met het oogmerk om die diefstal gemakkelijk te maken.

De heer X. is op 12 mei 2005 veroordeeld tot 18 maanden onvoorwaardelijke gevangenisstraf en tot de maatregel van terbeschikkingstelling met dwangverpleging wegens

- 1 diefstal vergezeld van geweld tegen personen, gepleegd in vereniging en
  - 2 poging tot afpersing, gepleegd in vereniging
- Tevens is hij veroordeeld tot betaling van een schadebedrag van XX euro aan de benadeelde partij.

#### *Psychologisch onderzoek*

##### *Levensloop*

De gegevens betreffende de levensloop zijn verkregen uit het PCL-R-interview met de heer X. en deze informatie is vergeleken met de informatie over de levensloop die in de rapportage van drs. W. vermeld staat.

De ouders van de heer X. zijn beiden eerder gehuwd geweest. Uit deze eerdere huwelijken heeft hij vier halfzussen. Hij heeft twee oudere broers. Het huwelijk tussen de ouders was slecht, vader sloeg zijn moeder veel, ook in aanwezigheid van de kinderen. Toen vader zijn echtgenote een keer het ziekenhuis ingeslagen had, moesten de kinderen een aantal maanden naar een familielid aan de andere kant van het land. Vader was een strenge, hardhandige opvoeder, moeder juist overbezorgd. Nu over zijn vader nadenkend zegt de heer X. begripvol, alsof hij zichzelf er enigszins in herkent: 'Ach, hij wist ook met zijn emoties geen raad'. Vanaf ongeveer zijn 13e jaar was er van ouderlijk toezicht nauwelijks sprake meer: hij kon thuis en buitenshuis gewoon zijn gang gaan. Zijn ouders waren zozeer met zichzelf bezig dat er in huis weinig regels waren ('beetje totale anarchie'). Zijn vader is overleden, zijn moeder heeft tien jaar geleden een nieuwe man ontmoet met wie zij gelukkig is. Het huidige contact met zijn broers ervaart hij als plezierig, zij ondersteunen hem terwijl hij gedetineerd is, en zijn ook bereid om een steunende rol te vervullen als hij vrijkomt. Volgens de heer X. zijn beide broers wel maatschappelijk geslaagd: zij hebben beiden een relatie en zijn ene broer is leraar Frans, de andere muziekdocent.

De heer X. is blijven zitten in de zesde klas van de lagere school en eveneens in de brugklas. Hij was een onopvallend kind in de klas, niet speciaal een herrieschopper of opstandig tegen de leraren. School interesseerde hem niet en hij had een hekel aan huiswerk. Zijn ouders stimuleerden hem ook niet. Hij zat na de lagere school veel thuis op de bank televisie te kijken of ging met een vriend de stad in. Op zijn 15e jaar begon hij heroïne te gebruiken; vanaf zijn 24e ook cocaïne. Meer onregelmatig heeft hij andere middelen zoals amfetaminen en rohypnol gebruikt. Gevraagd naar de reden waarom hij drugs begon te gebruiken antwoordt hij dat hij mee wilde doen. Hij merkte dat hij het lekker vond en het drugswereldje gaf een kick. De heer

X. geeft niemand anders de schuld van zijn drugsgebruik: 'ik heb zelf ja gezegd'. Vanaf zijn 18e is hij arbeidsongeschikt wegens zijn drugsverslaving. In 2002 is hij herkeurd, en een nieuwe keuring staat in 2007 gepland. Sinds 2002 gebruikt hij geen heroïne meer. Hij heeft een tijdlang in een methadonprogramma van het CAD gezeten, maar gebruikt sinds het begin van deze detentieperiode geen drugs meer (ook geen tabak). De heer X. heeft nooit gewerkt, het werk als afdelingsreiniger in het Huis van Bewaring is zijn eerste 'baantje'. Een diploma van een middelbare school heeft hij niet.

De heer X. heeft in zijn leven veel verschillende seksuele partners gehad, maar ook een aantal malen een langer durende relatie. Op 21-jarige leeftijd is hij gehuwd met een Poolse. Zij was ook verslaafd aan heroïne, maar zij werkte volgens hem als vertegenwoordiger. De relatie eindigde na een jaar of zes omdat beide partners een ander hadden. Op zijn 27e kreeg hij een relatie met B, die ook drugs gebruikte. In bijna alle relaties van de heer X. maakte hij gebruik van de seksuele diensten van zijn partners die zich prostitueerden om aan geld te komen. Achteraf beschouwd en nu hij van de drugs af is, schaamt hij zich daarvoor. Ook sloeg hij zijn vriendinnen. Drie jaar geleden ontmoette hij C, met wie hij nog steeds contact heeft. Zij is volgens de heer X. niet verslaafd en hij heeft haar ook nooit geslagen. Zij eiste dat hij niet onder invloed van drugs was als hij bij haar was. De heer X. staat officieel nog steeds ingeschreven op het huisadres van zijn moeder. Hij woont echter ook vaak op steeds wisselende adressen bij vriendinnen.

#### *Hulpverleningsgeschiedenis*

De heer X. is voor seksuele problemen en agressie in 2003 in behandeling geweest bij een forensische polikliniek. Bij verschillende instanties heeft hij in deze periode hulp gezocht voor zijn agressie, maar een behandeling is nooit van de grond gekomen, volgens zijn zeggen omdat

*\* Dit is helaas het lot van veel zogenoemde dubbele-diagnosepatiënten in de Nederlandse gezondheidszorg. Door de kunstmatige 'verkaveling' tussen ggz en verslavingszorg gebeurt het regelmatig dat patiënten die aan twee typen psychopathologie lijden (in het geval van de heer X. verslaving en persoonlijkheidsproblematiek) bij geen van beide typen zorginstellingen welkom zijn, met soms ernstige gevolgen voor de veiligheid van de samenleving.*

men vond dat hij eerst moest afkicken. Verschillende verslavingsinstellingen hebben echter geweigerd om hem in behandeling te nemen vanwege zijn agressieve opstelling (sic)\*.

#### *Criminele voorgeschiedenis*

Uit de rapportage van drs. W. komt naar voren dat uit het uittreksel van de Centrale Justitiële Documentatie blijkt dat de heer X. al een aantal malen veroordeeld is voor verschillende misdrijven.

Het betreft de volgende misdrijven met bijbehorende sancties:

- 1 mishandeling (1987), geldboete;
- 2 overtreding vuurwapenwet (1985), geldboete;
- 3 mishandeling (1986), geldboete;
- 4 overtreding opiumwet en vuurwapenwet (1986), 9 maanden gevangenisstraf;
- 5 verduistering (1988), 1 week gevangenisstraf en geldboete;
- 6 bedreiging met enig misdrijf tegen het leven (1989), 4 weken gevangenisstraf en geldboete;
- 7 overtreding Opiumwet (1989), 3 maanden gevangenisstraf;
- 8 overtreding Vuurwapenwet (1991), 2 weken gevangenisstraf;
- 9 afpersing en overtreding Vuurwapenwet (1992), 4 jaar gevangenisstraf;
- 10 drugshandel (1996), 15 maanden gevangenisstraf;
- 11 openlijke geweldpleging tegen personen (1999), 2 weken gevangenisstraf;
- 12 overige verkeersdelicten (2001), geldboete.

#### *Klinische indrukken en testhouding*

De heer X. heeft een mediterraan uiterlijk en ziet er gespierd uit. Ondanks het jarenlange drugsgebruik, dat meestal zo zijn sporen nalaat, ziet hij er conform zijn kalenderleeftijd (41 jaar) uit.

De heer X. komt net terug van de fitness bij het eerste bezoek. Hij ziet er fris en verzorgd uit, en vertelt met enige trots dat hij blij is dat hij nu veel gezonder leeft dan toen hij buiten was. Sinds zijn verblijf in detentie is hij gestopt met het gebruik van methadon en cocaïne, en eveneens met het roken van tabak. Hij ziet er gezond uit; van het ingevallen gezicht dat in het dossier beschreven staat is niets meer te zien. Nu hij lange tijd 'clean' is, merkt hij hoe prettig het is om goed in zijn vel te zitten. Hij vertelt ook enthousiast en trots dat hij vanaf eind augustus



2005 afdelingsreiniger is, een baantje in de gevangenis dat men volgens hem alleen krijgt als de bewaarders iemand vertrouwen.

Aan het begin van het eerste gesprek lijkt de heer X. een goede indruk te willen wekken door enigszins overdreven deftig taalgebruik en door zijn tekortkomingen wat te verhullen. In de loop van het eerste gesprek lijkt hij meer te ontspannen en ook eerlijker zijn falen in het leven te kunnen toegeven. In de latere gesprekken komt dat steeds nadrukkelijker tot uiting: terugkijkend op zijn leven tot nu toe vervult hem dat met gevoelens van spijt en mislukking. Hij realiseert zich dat hij veel meer had kunnen bereiken als hij zijn energie in positieve dingen had gestoken in plaats van in het leven in de drugscene. Hij ziet dat zijn leven tot nu toe eigenlijk heel saai is geweest en dat er dingen aan hem voorbij zijn gegaan, zoals het krijgen van kinderen. De heer X. is realistisch ten aanzien van zijn toekomst: hij weet dat hij alert moet blijven op een terugval in drugsgebruik. De onderzoeker ervaart de heer X. als redelijk open in het contact. Dit contrasteert met eerder onderzoek, waarin hij medewerking weigerde (zie de rapportage van drs. W.). Ik verklaar deze relatieve openheid uit een aantal verschillende zaken: ten eerste is de heer X. op dit moment clean en in goede doen, hij wil weer wat van zijn leven maken en medewerking aan dit onderzoek past daarin; ten tweede heeft hij veel te verliezen bij het niet-meewerken aan het onderzoek, gezien de veroordeling in eerste aanleg tot tbs met dwangverpleging, waar hij heel erg mee zit; ten derde heeft hij zelf de wens aangegeven door deze onderzoeker onderzocht te worden.

De heer X. heeft twee zelfrapportagevragenlijsten ingevuld, de MMPI-2 en de SCL-go. Hij doet dit consciëntieus en als hij een vraag niet begrepen heeft laat hij die open en vraagt hij om nadere uitleg. Uit het profiel van de validiteitschalen van de MMPI-2 blijkt dat hij de MMPI-2 betrouwbaar heeft ingevuld: er is geen sprake van een defensieve of sociaal wenselijke antwoordstijl, iets wat men bij forensische evaluaties wel vaak tegenkomt.

De afname van de Rorschach Inktvlekkenmethode verloopt eveneens soepel. De heer X. geeft aan het begin van de afname enigszins defensief aan dat hij niet goed is in dit soort tests en dat hij er alleen maar vlekken in ziet. Dit blijkt erg mee te vallen: hij geeft niet veel ant-

woorden (exact het minimaal benodigde aantal van 14), maar de antwoorden die hij geeft zijn relatief rijk aan informatie, zodat de bevindingen uit de Rorschach goed bruikbaar zijn ter vergelijking met de bevindingen uit de vragenlijsten en de gesprekken.

#### *Huidig klinisch beeld*

De heer X. voldoet niet aan de diagnostische criteria voor een DSM-IV-as-I-stoornis op dit moment. De uitslag van de SCL-go laat weliswaar in vergelijking met de normgroep normale bevolking een verhoogde score zien op de schalen Depressie, Angst en Insufficiëntie van denken en handelen, maar in vergelijking met de normgroep poliklinische psychiatrische patiënten scoort hij op deze schalen laag. Dit wijst erop dat er mogelijk sprake is van een lichte verhoging ten gevolge van situationele invloeden en niet van een verhoging op deze schalen in klinische zin: de heer X. maakt zich zorgen over zijn toekomst en over het tbs-vonnis dat hij gekregen heeft, ten gevolge waarvan hij soms piekert en zich somber voelt. Er is op dit moment geen sprake van verslavingsgedrag. Dit blijkt ook uit urinecontroles van de inrichting waar hij verblijft.

#### *Persoonlijkheidsonderzoek*

Er werden drie verschillende instrumenten afgenomen, het semigestructureerde interview behorend bij de Psychopathy Checklist - Revised (Hare, 2003; Vertommen, Verheul, De Ruiters & Hildebrand, 2002), de persoonlijkheidsvragenlijst MMPI-2 en de klachtenlijst SCL-go.

#### *MMPI-2*

De testresultaten van de MMPI-2 laten zien dat de heer X. deze vragenlijst consistent en betrouwbaar heeft ingevuld (zie ook hierboven bij testhouding). Het MMPI-2-profiel geeft aan dat de heer X. iemand is die moeite heeft met het vertrouwen van andere mensen en met autoriteit. Hij heeft een hekel aan regels en zoekt de grenzen op. Spanningzoekend gedrag in de vorm van middelenmisbruik en ontrouw in relaties komen veel voor. In de handboeken voor interpretatie van de MMPI-2 (Nicholls, 2001; Friedman, Lewak, Nicholls & Webb, 2001) staat dat het profiel van de heer X. wijst op een fundamenteel wantrouwen en een gevoel van kwetsbaarheid. De persoon heeft het gevoel niet op anderen te kunnen rekenen, er niet bij te

horen en eenzaam in het leven te staan. Deze combinatie van enerzijds een groot wantrouwen en anderzijds een gevoel van kwetsbaarheid en eenzaamheid, en daaruit voortvloeiende hunkering naar intimiteit, zijn een bron van conflict en spanning voor de persoon.

De emotiebeheersing van de heer X. is gebrekkig: vooral zijn boosheid kan hij moeilijk reguleren. Hij heeft ook de neiging de schuld snel bij anderen te leggen (externaliseren van problemen). Naast deze neiging tot externalisatie zien we bij hem echter ook het tegenovergestelde: er zijn gevoelens van spijt en schuld over de keuzes die hij in zijn leven gemaakt heeft, die hem bij tijd en wijle somber stemmen.

#### *SCL-90*

De scores van de heer X. zijn vergeleken met twee normgroepen: normale bevolking en polikliniek psychiatrie. In vergelijking met personen uit de normale bevolking scoort hij hoog op Angst, Depressie, Insufficiëntie van denken en handelen en Interpersoonlijke sensitiviteit, en bovengemiddeld op Hostiliteit en Slaapproblemen. In vergelijking met poliklinische psychiatrische patiënten scoort hij echter laag op Angst en Hostiliteit en beneden gemiddeld op Depressie en Insufficiëntie. Alleen op Interpersoonlijke sensitiviteit scoort hij op het niveau van een gemiddelde poliklinische psychiatrische patiënt. Zijn totale problemscore (Psychoneuroticisme) op de SCL-90 is in vergelijking met de patiëntennormgroep laag.

Wij concluderen dat de bevindingen op de SCL-90 geen aanwijzingen bieden voor de aanwezigheid van een hoog niveau van psychische klachten. De heer X. is wel relatief wantrouwend (verhoogde Interpersoonlijke sensitiviteit), wat overeenkomt met de resultaten van de MMPI-2.

#### *Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R)*

Op de PCL-R scoort de heer X. gemiddeld in vergelijking met de normgroep mannelijke gevangenen. Omdat de heer X. vanaf zijn 15e jaar fors drugs gebruikt heeft en alleen maar in de 'jungle' van de drugscene geleefd heeft, worden zijn scores op de PCL-R sterk bepaald door deze levensstijl (de PCL-R wordt namelijk gescoord op basis van de gehele levensloop). Hij is nog niet zo lang drugsvrij, en het is dus lastig te beoordelen of de veranderingen die nu zichtbaar worden (zoals gevoelens van spijt en schuld, meer gevoelsdifferentiatie, eerlijker

omgang met anderen en met zichzelf) blijvend zijn.

Bij personen zoals de heer X., die vanaf zeer jonge leeftijd drugsverslaafd zijn, wordt de ontwikkeling van de persoonlijkheid mede gekleurd en gevormd door de verslaving en de specifieke sociale omgeving waarin zij verkeren (criminele drugscene). De verslaving leidt ook tot antisociaal gedrag en emotionele vervlakking, tot uitoefeningsrelaties, liegen en bedriegen, en een 'van-dag-tot-dag' levensstijl. Dit zijn ook kenmerken die als onderdeel van de diagnose psychopathie voorkomen, maar dan dienen deze kenmerken op zijn minst in enige mate los te staan van de verslaving. Dat is, zoals eerder al gezegd, bij de heer X. nauwelijks het geval. De heer X. voldoet derhalve niet aan de diagnose psychopathie, maar wel aan de diagnostische criteria voor ASP: bij deze diagnose staan de Affectieve en Interpersoonlijke kenmerken (van psychopathie; zie tabel 28.1) minder op de voorgrond.

#### *Rorschach Inktvlekkenmethode*

De heer X. is iemand die veel minder controle over zijn emoties uitoefent dan de meeste andere volwassenen (NB: dit kwam eveneens naar voren uit de MMPI-2). Zijn emoties zijn heftig en ze kunnen snel wisselen, wat bij zijn omgeving gemakkelijk de indruk wekt dat hij impulsief is en labiel. Toch is hij waarschijnlijk wel in staat om zijn emoties wat beter te moduleren. Hij kan soms onvoorspelbaar reageren in situaties. Dit hangt samen verschillende aspecten van zijn persoonlijkheid. De heer X. heeft geen consistente stijl voor het aanpakken van problemen en het nemen van beslissingen: soms denkt hij rustig over dingen na en komt dan tot een oplossing, soms gaat hij meer intuïtief en gevoelsmatig te werk. Ook is hij van tijd tot tijd in conflict over zijn gevoelens ten opzichte van situaties of mensen.

De heer X. is sterk op zichzelf gericht, maar zijn gevoel over zichzelf is niet altijd positief. Hij heeft enig inzicht in zichzelf en is ook bereid over zijn gedrag en het effect daarvan op anderen na te denken. Hij kan leren van zijn ervaringen in het contact met anderen. Hij vindt het prettig om met anderen samen te zijn en schept plezier in een actieve samenwerking met anderen. Toch kan hij ook star zijn in zijn opvattingen en een al eerder gevormd oordeel over zichzelf of anderen maar moeilijk bijstellen. Als prog-

nose voor een psychologische interventie, maar ook voor eventuele reclasseringsbegeleiding, betekent dit dat de heer X. in principe goed in staat is om een productieve samenwerkingsrelatie aan te gaan, maar dat zijn wat starre opvattingen een soepel contact in de weg kunnen staan. Hier dienen degenen die hem begeleiden alert op te zijn.

*De visie van de heer X. op het delict*

Volgens de heer X. vroeg zijn mededader K. hem mee naar het huis van het latere slachtoffer. Er ging ook nog een derde persoon mee naar het huis. De heer X. trad op als incasseerder en het slachtoffer zou geld schuldig zijn. Een van de mededaders trok volgens de heer X. een knuppel om het slachtoffer te slaan. Hij dacht toen 'doe normaal', en duwde het slachtoffer op een stoel en zijn vingers in diens neus. De heer X. zegt dat hij tot deze laatste actie overging om te voorkomen dat de man met de knuppel zou slaan. Hij had die dag cocaïne gebruikt. Nadat de mannen een bedrag van XX euro uit de keuken hadden weggenomen, vertrokken zij; de heer X. kreeg een deel van het ontvreemde geld. Een paar dagen later is het slachtoffer telefonisch bedreigd met de dood, als hij het gevraagde geld niet gaf. De heer X. zegt dat hij niet aanwezig was bij die telefonische bedreiging. Hij vindt dat hij door in te grijpen op het moment dat zijn mededader met de knuppel dreigde, juist erger heeft voorkomen.

*De visie van de heer X. op zijn toekomst*

De heer X. vindt het delict te weinig ernstig voor de hem opgelegde tbs met dwangverpleging. Hij vindt wel dat hij straf verdiend heeft. De huidige detentie heeft volgens hem wel een goede invloed gehad: hij heeft zich nu gerealiseerd dat hij echt moet veranderen; de dreigende tbs met dwangverpleging werkt in die zin confronterend, en hij vindt dit een goede zaak. Hij staat positief ten opzichte van een tbs met voorwaarden. De heer X. realiseert zich dat het buiten de muren van de gevangenis moeilijker zal zijn om drugsvrij te blijven, en dat hij daarbij hulp en toezicht kan gebruiken. In de gevangenis kiest hij er bewust voor om alleen om te gaan met mensen die drugsvrij zijn. Hij doet mee aan wekelijkse urinecontroles en wil dat ook in de toekomst blijven doen. Concreet wil hij in de toekomst in de buurt van zijn broer in R. gaan wonen. Hij denkt aan werk in de opvang

van gedetineerden na ontslag, omdat hij weet in welk zwart gat mensen dan terecht kunnen komen. Hij heeft nog steeds contact met zijn laatste vriendin, en hoopt op een toekomst met haar, maar realiseert zich dat dat lastig wordt als hij nog lange tijd vastzit.

De drugs hebben een dominante rol in zijn leven gespeeld. Hij vindt dat hij alert moet blijven: 'Het is het een of het ander, er is geen tussenweg'. Hij vermaant zichzelf zo nu en dan door tegen zichzelf te zeggen: 'Vergeet niet dat het ook heel slecht kan gaan met jou'.

*Risicotaxatie*

Voor een inschatting van het risico van geweldadig gedrag in de toekomst is gebruik gemaakt van de HCR-20. Op basis van de voorgeschiedenis van de heer X. zien wij een aantal historische risicofactoren voor geweld aanwezig, onder andere: geweld in relaties, middelenmisbruik, een antisociale persoonlijkheidsstoornis en meerdere geweldsdelicten in het verleden. Beschouwen we de klinische risicofactoren, dan is het risicoprofiel duidelijk gunstiger. De heer X. vertoont inzicht in zijn problemen en in de verwoestende rol van drugs in zijn leven. Nu hij niet meer voortdurend onder invloed is, ziet hij pas hoe zijn leven eigenlijk mislukt is: 'Omdat je drugs gebruikt vervagen heel wat normen en waarden. Dat is niet goed te praten'. Hoewel hij op dit moment niet in behandeling is, staat hij positief tegenover behandeling; op eigen kracht is hij gestopt met het gebruik van drugs en tabak.

De toekomstplannen van de heer X. lijken realistisch. Hij ziet in dat hij structuur, toezicht en begeleiding nodig heeft, om de positieve veranderingen die hij heeft ingezet vast te houden. Zijn familie wil hem ondersteunen in dit proces. Hij heeft aangegeven dat hij zich ervoor zal inzetten om de tbs met voorwaarden te laten slagen.

*Diagnose volgens DSM-IV*

Op basis van alle informatie verkregen tijdens dit psychologisch onderzoek, komt de onderzoeker tot de volgende diagnose volgens de DSM-classificatie:

as I	opiaatafhankelijkheid, in remissie; cocaïneafhankelijkheid, in remissie
as II	antisociale persoonlijkheidsstoornis
as III	geen diagnose
as IV	psychosociale stress ten gevolge van detentie en afwachting van de uitslag van het hoger beroep in zijn zaak
as V	Global Assessment of Functioning (GAF) = 40; detentie, geen werk, niet zelfstandig wonend

### *Conclusie en beantwoording van de onderzoeksvragen*

In vergelijking met de rapportage van drs. W. laat de heer X. op dit moment een veel gunstiger beeld zien. Nu hij voor het eerst sinds zijn 15e jaar geen drugs gebruikt, heeft hij de gelegenheid om het verloop van zijn leven tot nu toe te overzien. Hij zegt een aantal malen tijdens de gesprekken dat als hij dezelfde hoeveelheid energie die hij in het leven in de drugscene heeft gestoken had gebruikt om positieve dingen in het leven tot stand te brengen, zijn situatie er nu heel anders uit had gezien. Hij zegt dat hij nu besloten heeft om het anders te gaan doen: 'Nu heb ik nog een kans op een ander leven'.

Het psychologische testonderzoek geeft inzicht in sterke en zwakke kanten van de persoonlijkheid. Positief zijn de bereidheid van de heer X. om zichzelf en zijn leven tegen het licht te houden, zijn positieve houding ten aanzien van samenwerking met anderen, en zijn openstaan voor begeleiding in de toekomst. Kwetsbare gebieden in zijn persoonlijkheid zijn: een overmatig kritische houding ten opzichte van anderen, starre overtuigingen, de neiging om emoties (vooral boosheid) te weinig te beheersen. Deze laatste kenmerken verdienen dan ook aandacht in een toekomstige behandeling.

### *Antwoorden op de onderzoeksvragen*

1 *Is onderzochte lijdende aan een ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling van zijn geestvermogens, en zo ja, hoe is dit in diagnostische zin te omschrijven?*

Op het moment van dit psychologisch onderzoek is de heer X. lijdende aan een antisociale persoonlijkheidsstoornis (ASP). Zijn verslavingsproblematiek is in remissie.

2 *Hoe was dit ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde?*

Ten tijde van het tenlastegelegde was sprake van opiaat- en cocaïneafhankelijkheid. Ook was toen de ASP aanwezig.

3 *Beïnvloedde de eventuele ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling van de geestvermogens gedragskeuzes van onderzochte c.q. zijn gedragingen ten tijde van het plegen van het tenlastegelegde (zodanig dat het tenlastegelegde daaruit verklaard kan worden)?*

Ja, de heer X. was ten tijde van het tenlastegelegde zodanig verslaafd en deel van de criminele drugscene dat zijn gedrag daaruit in hoge mate verklaard kan worden. Hij verkeerde onder invloed van cocaïne ten tijde van het tenlastegelegde. De impulsiviteit en gebrekkige gedragsbeheersing behorende bij de ASP bieden een verklaring voor zijn agressieve uitbarsting tegenover het slachtoffer. Hij probeert deze agressie te rechtvaardigen door de schuld op zijn mededader te schuiven (externaliseren).

4 *Zo ja, kan de deskundige dan gemotiveerd aangeven:*

– *op welke manier dat geschiedde?*

De heer X. heeft een zwakke controle over zijn boosheid, die in de periode dat hij zwaar drugs misbruikte niet geremd werd door normbesef en empathisch vermogen. In het 'werk' dat hij als incasseerder van voornamelijk drugsgelden deed, maakte hij gebruik van intimiderend gedrag, zo ook ten tijde van het tenlastegelegde.

– *in welke mate dat geschiedde?*

Gezien de indruk die de heer X. op dit moment op de onderzoeker maakt en de uitkomsten van het testonderzoek, wordt voorzichtig geconcludeerd dat de versla-

vingsproblematiek een *zeer overheersende rol* heeft gespeeld bij het plegen van het tenlastegelegde. Zijn gebrekkige normbeseft en intimiderende instelling lijken voor een belangrijk deel samen te hangen met zijn verslaving aan drugs. In hoeverre de heer X. ook zonder drugsgebruik zal blijven voldoen aan de diagnostische criteria voor de antisociale persoonlijkheidsstoornis is de vraag. Alleen de toekomst kan uitwijzen of de antisociale persoonlijkheidsstoornis losstaat van zijn drugsproblematiek, omdat de heer X. immers al vanaf zijn 15e jaar ernstig verslaafd is.

- *welke conclusie met betrekking tot de toerekeningsvatbaarheid op grond hiervan te adviseren is?*

De heer X. ging op 15-jarige leeftijd drugs gebruiken. Hij wist als 15-jarige van de gevaren van heroïne, en is dus verantwoordelijk te houden voor dit besluit. Hij geeft aan dat hij na een jaar 'echt verslaafd' was aan heroïne. Later kwam daar cocaïne bij. Vanuit wetenschappelijk onderzoek weten wij dat langdurige verslaving aan middelen als heroïne en cocaïne ingrijpende veranderingen in de hersenen teweegbrengt. Verslaving wordt dan ook steeds meer als een hersenziekte beschouwd. Pas in de periode voorafgaand aan het tenlastegelegde heeft de heer X. geprobeerd in behandeling te komen bij een verslavingsinstelling. Al die jaren daarvoor heeft hij dat niet gedaan, ondanks de vele delicten die hij in samenhang met zijn verslaving pleegde.

De vraag naar de toerekeningsvatbaarheid is lastig in de context van verslaving. Ook de precieze positie van de ASP kan op dit moment moeilijk bepaald worden (zie eerder). De heer X. is in ieder geval verantwoordelijk voor de keuze die hij in het verleden maakt heeft om drugs te gaan gebruiken. Maar: is iemand verantwoordelijk voor zijn verslavingsgedrag, en de criminele activiteiten die daarmee samenhangen, als hij eenmaal ernstig verslaafd is, ervan uitgaande dat verslaving een hersenziekte is? Wanneer wij de 28 items van de RCRAS (Rogers, 1992) bezien, dan beoordelen wij dat de heer X. op sommige items vermindert toerekeningsvatbaar scoort, maar op andere juist tegenovergesteld. Voorbeelden

van het eerste zijn intoxicatie tijdens het delict en (mogelijke) hersenbeschadiging. Voorbeelden van het tweede zijn: de bewuste planning en voorbereiding van het delict (met twee mededaders) en de door X zelf gerapporteerde hoge mate van bewuste controle tijdens het delict (hij zegt dat hij bewust tot agressie overging om 'erger' te voorkomen). Op basis van de huidige stand van de kennis concludeert de onderzoeker tot enigszins verminderde mate van toerekeningsvatbaarheid.

5 *Kan de deskundige gemotiveerd aangeven in welke mate en op welke wijze de eventuele ziekelijke stoornis/gebrekkige ontwikkeling bij voortbestaan ervan opnieuw aanleiding kan geven tot soortgelijke of andere strafbare feiten als waarvan verdachte nu wordt verdacht?*

Het risico van herhaling van geweldsdelicten is sterk gekoppeld aan zijn drugsverslaving.

Op dit moment is de heer X. al een behoorlijke periode drugsvrij en hij is gemotiveerd om zijn leven een andere wending te geven. Het feit dat hij ook gestopt is met het roken van tabak is een teken van zijn hoge motivatie. Als hij drugsvrij is en niet in de drugscene leeft, is het recidiverisico laag. De huidige positieve ontwikkeling is echter nog breekbaar, en de heer X. zal nog geruime tijd behandeling, ondersteuning en toezicht nodig hebben. Hij ziet dit zelf ook in.

6 *Kan de deskundige zo concreet mogelijk aangeven welke maatregelen te adviseren zijn om de kans op herhaling in de toekomst te voorkomen of te beperken en binnen welk juridisch kader dat gerealiseerd zou kunnen worden?*

Het risico van herhaling van geweldsdelicten kan tot een aanvaardbaar risico gereduceerd worden door een aantal interventies die de heer X. ondersteunen en structuur bieden:

- a reclasseringstoezicht, gericht op: controles op drugsgebruik, ondersteuning bij het vinden van een zinvolle dagbesteding of werk, huisvesting en vrijetijdsbesteding. Een positieve, ondersteunende houding van de reclasseringswerker is belangrijk om afhalen te voorkomen. Duidelijke afspraken, waar een ieder zich aan houdt, helpen de werrelatie te versterken;
- b forensische psychotherapie, gericht op: leren omgaan met kritiek, agressiebeheersing, je kwetsbaar op durven stellen, morele ontwikkeling;

c deelname aan nazorg en terugvalpreventie van de Justitiële Verslavingszorg.

Deze interventies zouden het best kunnen plaatsvinden in het kader van een tbs met voorwaarden. Een tbs met dwangverpleging is gezien het niveau van het delict risico op dit moment niet aangewezen. Alleen bij een taxatie hoog risico is tbs met dwangverpleging te overwegen.

*Overleg met reclasseringswerker en mederapporteur*

Op 26 januari 2005 werd overlegd met de heer T. van de Justitiële Verslavingszorg. Hij kon zich vinden in bovengenoemde adviezen, en neemt contact op met de forensische polikliniek om de heer X. aan te melden voor behandeling. Op 24 januari werd eveneens overlegd met mederapporteur J., psychiater. Ook hij kon zich vinden in het in dit rapport geformuleerde advies. Zijn conclusie ten aanzien van de toerekeningsvatbaarheid week enigszins af.

*Bespreking van dit rapport met de heer X.*

De heer X. heeft inzage gekregen in het rapport en is in de gelegenheid geweest hierover vragen te stellen. Hij kon zich vinden in de inhoud van het rapport. Met het advies tot oplegging van tbs met voorwaarden was de heer X. het geheel eens.

*Geldigheid*

Dit rapport heeft een geldigheidsduur van twee jaar, conform de Standaard Testgebruik van het Nederlands Instituut van Psychologen.

## 28.6

### Epiloog

In dit hoofdstuk is een schets gegeven van de diagnostiek en behandeling van persoonlijkheidsstoornissen in een forensisch kader. De aard van het psychodiagnostische werk in forensisch kader, en de nog wankel wetenschappelijke basis ervan, leggen een zware verantwoordelijkheid op de diagnosticus om zo transparant mogelijk te zijn in de keuze van zijn testinstrumentarium en wijze van rapporteren. Meer nog dan in de algemene psychodiagnostiek geldt de norm van voorzichtige formuleringen en die van de permanente noodzaak tot reflectie op het eigen werk door super- en interview en bijscholing. De gedragskundige rapportages 'pro justitia' kunnen immers vérstrek-

kende juridische gevolgen hebben voor de onderzochte (De Ruiter, 2004). De wetenschappelijke basis voor de gestructureerde risicotaxatie is de afgelopen jaren in Nederland sterk gegroeid (voor een overzicht zie Hildebrand & De Ruiter, 2005), maar dat geldt niet voor de taxatie van de mate van toerekeningsvatbaarheid.

Met betrekking tot interventiemethoden voor risicohantering gelden de argumenten uit de vorige paragraaf 'a fortiori'. De empirische basis is hier nog wankeler, zeker wat betreft effectonderzoek in Nederland. Toch zijn er hoopgevende ontwikkelingen, zoals de internationale meta-analyses laten zien (zie De Ruiter & Veen, 2004, voor een overzicht van werkzame interventies voor seksueel geweld, relationeel geweld en algemeen geweld).

De parlementaire onderzoekscommissie tbs (2006) heeft in haar rapport 'Tbs, vandaag over gisteren en morgen' in aanbeveling 14 de noodzaak van onafhankelijk onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen in de forensische psychiatrie en naar dieperliggende factoren die risico verklaren benadrukt. Een meerjarig onderzoeksprogramma waarin de forensisch-psychiatrische sector en de universiteiten samenwerken, is daarvoor onontbeerlijk. Dat dergelijke investeringen in onderzoek en innovatieve behandelprogramma's op de lange termijn kosten besparen en bijdragen aan een veiliger samenleving is in diverse andere jurisdicties al aangetoond (zie bijv.: [www.wsipp.wa.gov](http://www.wsipp.wa.gov)).

### Literatuur

- Andrews, D.A. (1989). Recidivism is predictable and can be influenced: Using risk assessments to reduce recidivism. *Forum on Corrections Research*, 1, 11-18.
- Andrews, D.A. (1995). The psychology of criminal conduct and effective treatment. In: J. McGuire (ed.), *What works: Reducing reoffending - Guidelines from research and practice* (p. 35-62). Chichester, UK: Wiley.
- Andrews, D.A. (1996). Criminal recidivism is predictable and can be influenced: An update. *Forum on Corrections Research*, 8, 42-44.
- Andrews, D.A. & Bonta, J. (2003). *The psychology of criminal conduct* (3rd ed.). Cincinnati, OH: Anderson.
- Andrews, D.A., Bonta, J. & Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19-52.
- Andrews, D.A., Zinger, I., Hoge, R.D., Bonta, J., Gendreau, P. & Cullen, F.T. (1990). Does correctional treatment work? A clinically relevant and psycho-

- logically informed meta-analysis. *Criminology*, 28, 369-404.
- Antonowicz, D.H. & Ross, R.R. (1994). Essential components of successful rehabilitation programs for offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38, 97-104.
- Barbaree, H. (2005). Psychopathy, treatment behavior, and recidivism: an extended follow-up of Seto and Barbaree. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1115-1131.
- Blair, R.J.R. (2003). Neurobiological basis of psychopathy. *British Journal of Psychiatry*, 182, 5-7.
- Beck, R. & Fernandez, E. (1998). Cognitive behavioral therapy in the treatment of anger: A meta-analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 63-75.
- Berman, M.E., Fallon, A.E. & Coccaro, E.F. (1998). The relationship between personality psychopathology and aggressive behaviour in research volunteers. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 651-658.
- Bernstein, D. (2006). Forensic application of SFT. Paper presented at the 6th annual conference of the International Association of Forensic Mental Health Services. Amsterdam: The Netherlands: June 14-16.
- Bosch, L.M.C. van den (2003). Pretherapie aan tbs-gestelden met een persoonlijkheidsstoornis via het Linehan model: Dialectische gedragstherapie binnen een forensisch psychiatrisch kader. In: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Actuele ontwikkelingen in de forensische psychiatrie* (p. 441-458). Deventer: Gouda Quint.
- Bosch, L.M.C. van den, Haan, M.P.M. den & Lammers, S.M.M. (2005). Vrouwen in de forensische psychiatrie. In: C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch-psychiatrische patiënten*. Tweede geheel herziene druk. (p. 108-125). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Brand, E.J.P. (2001). Het persoonlijkheidsonderzoek in het strafrecht: Een aanzet tot de gedragswetenschappelijke verantwoording van de psychologische rapportage Pro Justitia, meer in het bijzonder van de toerekeningsvatbaarheidsbepaling. Deventer: Gouda Quint.
- Bulten, B.H. (1998). Gevangen tussen straf en zorg: Psychische stoornissen bij jeugdige, kortgestrafte gedetineerden. Deventer: Kluwer.
- Cima, M.J. (2003). Faking good, bad, and ugly: Malingering in forensic psychiatric patients. *Academisch proefschrift*. Universiteit Maastricht.
- Coccaro, E.F. & Kavoussi, R.J. (1997). Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality disordered subjects. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1081-1088.
- Coid, J.W. (2000). Axis II disorders and motivation for serious criminal behaviour. In: A.E. Skodol (ed.), *Psychopathology and violent crime* (p. 53-97). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (2000). *Risicotaxatie in de forensische psychiatrie: Een Nederlands instrument in ontwikkeling*. Den Haag: Ministerie van Justitie, Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Cooke, D.J. & Michie, C. (2001). Refining the construct of psychopathy: Towards a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13, 171-188.
- Cooke, D.J., Michie, C., Hart, S.D. & Clark, D.A. (2004). Reconstructing psychopathy: clarifying the significance of antisocial and socially deviant behavior in the diagnosis of psychopathic personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18, 337-357.
- Cooke, D.J. & Philip, L. (2000). To treat or not to treat. An empirical perspective. In: C.R. Hollin (ed.), *Handbook of offender assessment and treatment* (p. 17-34). Chichester, UK: Wiley.
- Cornell, D.G., Warren, J., Hawk, G., Stafford, E., Oram, G. & Pine, D. (1996). Psychopathy in instrumental and reactive violent offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 783-790.
- DelVecchio, T. & O'Leary, K.D. (2004). Effectiveness of anger treatments for specific anger problems: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 24, 15-34.
- Derks, F., Hildebrand, M. & Mulder, J. (1998). Forensische dagbehandeling: Resultaten in termen van psychosociaal welbevinden en recidive. *Tijdschrift voor Criminologie*, 40, 275-287.
- Derksen, J.J.L., Mey, H.R.A. de, Sloore, H. & Hellenbosch, G. (1993). *MMPI-2. Handleiding bij afname, scoring en interpretatie*. Nijmegen: PEN Test Publishers.
- DiGiuseppe, R. & Tafrate, R.C. (2003). Anger treatment for adults: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10, 70-84.
- Douglas, K.S. & Kropp, P.R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment. *Criminal Justice and Behavior*, 29, 617-658.
- Douglas, K.S., Ogloff, J.R.P. & Hart, S.D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54, 1372-1379.
- Emmerik, J.L., van & Brouwers, M. (2001). De terbeschikkingstelling in maat en getal: Een beschrijving van de tbs-populatie in de periode 1995-2000. Ministerie van Justitie: Dienst Justitiële Inrichtingen.
- Exner, J.E. (1993). *The Rorschach: A Comprehensive System* (vol. 1, 3rd ed.). New York: Wiley.

- Faust, D. & Ziskin, J. (1988). The expert witness in psychology and psychiatry. *Science*, 241, 31-35.
- Friedman, A.F., Lewak, R., Nichols, D.S. & Webb, J.T. (2001). *Psychological assessment with the MMPI-2*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Fuller, J. & Cowan, J. (1999). Risk assessment in a multi-disciplinary forensic setting: Clinical judgment revisited. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 10, 276-289.
- Gendreau, P. & Ross, R.R. (1979). Effective correctional treatment: Bibliotherapy for cynics. *Crime and Delinquency*, 25, 463-489.
- Golding, S.L. & Roesch, R. (1987). The assessment of criminal responsibility: Approach to a current controversy. In: I.B. Weiner & A.K. Hess (eds.), *Handbook of forensic psychology* (p. 395-432). New York: Wiley.
- Goldstein, A.P., Glick, B. & Gibbs, J.C. (1998). *Aggression Replacement Training: A comprehensive intervention for aggressive youth*. Champaign, IL: Research Press.
- Greeven, P.G.J. & de Ruiter, C. (2000). De therapeutische relatie in de forensische psychiatrie: een empirisch onderzoek. *Gedragtherapie*, 33, 283-301.
- Grisso, T. (2003). *Evaluating competencies: Forensic assessments and instruments*. Second edition. New York: Kluwer Academic/Plenum Press.
- Hanson, R.K. & Thornton, D. (2000). Improving risk assessment for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior*, 24, 119-136.
- Hare, R.D. (1991). *Hare Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R)*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Hare, R.D. (2003). *Hare Psychopathy Checklist - Revised (PCL-R): second edition*. Toronto, Canada: Multi-Health Systems.
- Harris, G.T. & Rice, M.E. (1997). Mentally disordered offenders: What research says about effective service. In: C.M. Webster & M.A. Jackson (eds.), *Impulsivity: Theory, assessment, and treatment* (p. 361-393). New York: The Guilford Press.
- Harris, G.T., Rice, M.E. & Cormier, C.A. (2002). Prospective replication of the Violence Risk Appraisal Guide in predicting violent recidivism among forensic patients. *Law and Human Behavior*, 26, 377-394.
- Hildebrand, M. (2004). *Psychopathy in the treatment of forensic psychiatric patients: Assessment, prevalence, predictive validity, and clinical implications*. Academisch proefschrift. Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Dutch University Press.
- Hildebrand, M. & Ruiter, C. de (1999). Classificatie en diagnostiek bij forensische psychiatrische patiënten. In: C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten*, p. 1-8. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hildebrand, M. & Ruiter, C. de (2004). 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*, 27, 233-248.
- 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* (p. 3-22). Tweede, geheel herziene druk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de & Beek, D.J. van (2001). SVR-20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag. Utrecht: Forum Educatief.
- Hildebrand, M., Ruiter, C. de & Vogel, V. (2003). Recidive van verkrachters en aanranders na tbs: de relatie met psychopathie en seksuele deviatie. *De Psycholoog*, 38, 114-124.
- Hirose, S. (2001). Effective treatment of aggression and impulsivity in antisocial personality disorder with risperidone. *Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 55, 161-162.
- Hollander, E., Allen, A., Lopez, R.P., Bienstock, C.A., Grossman, R. e.a. (2001). A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 199-203.
- Hollin, C.R. (1995). The meaning and implications of 'programme integrity'. In: J. McGuire (ed.), *What works: Reducing reoffending - Guidelines from research and practice* (p. 195-208). Chichester, UK: Wiley.
- Hornsveld, R. (2004). *Held zonder geweld*. Amsterdam: Boom.
- Hornsveld, R., Dam-Baggen, R. van, Leenaars, E. & Jonkers, P. (2004). *Agressiehanteringstherapie voor forensisch-psychiatrische patiënten met gewelddelicten: Ontwikkeling en praktijk*. Tijdschrift voor Psychotherapie, 30, 22-37.
- Hyler, S.E. (1994). *Personality Diagnostic Questionnaire - 4*. New York: New York State Psychiatric Institute.
- Hullu, J., de (2000). Over het niet toerekenen van een strafbaar feit vanwege een psychische stoornis. In: T.I. Oei & M.S. Groenhuijsen (red.), *Forensische psychiatrie anno 2000: Actuele ontwikkelingen in breed perspectief* (p. 21-36). Deventer: Gouda Quint.
- Kavoussi, R.J. & Coccaro, E.F. (1998). Divalproex sodium for impulsive aggressive behavior in



- patients with personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59, 676-680.
- Kellogg, S.H. & Young, J.E. (2006). Schema therapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 445-458.
- Koenigsberg, H.W., Woo-Ming, A.M. & Siever, L.J. (2002). Pharmacological treatments for personality disorders. In: P.E. Nathan & J.M. Gorman (eds.), *A guide to treatments that work*, second edition (p. 625-641). New York: Oxford University Press.
- Koenraadt, F. (1994). Klinische observatie en psychologische rapportage pro justitia. In: F. Koenraadt & S.J. Steenstra (red.), *Forensische psychologie: Rapportage en behandeling in het straf(proces)recht*, p. 71-95. Arnhem: Gouda Quint.
- Kuperus, H., Tervoort, M.G.A. & Stalman P. (2003). De forensisch psychiatrische kliniek. In: H. Groen & M. Drost (red.), *Handboek forensische geestelijke gezondheidszorg* (p. 279-291). Utrecht: de Tijdstroom.
- Lipsey, M.W. (1992). Juvenile delinquency treatment: A meta-analytic inquiry into the variability of effects. In: T.D. Cooke, H. Cooper, D.S. Cordray, H. Hartman, L.V. Hedges, R.L. Light, T.A. Louis & F. Mosteller (eds.), *Meta-analysis for explanation* (p. 83-227). New York: Russell Sage.
- Lipsey, M.W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In: J. McGuire (ed.), *What works: Reducing reoffending - Guidelines from research and practice* (p. 63-78). Chichester, UK: Wiley.
- Lösel, F. (1995). The efficacy of correctional treatment: A review and synthesis of meta-evaluations. In: J. McGuire (ed.), *What Works: Reducing reoffending - Guidelines from research and practice* (p. 79-111). Chichester, UK: Wiley.
- Lösel, F. (2001). Evaluating the effectiveness of correctional programs: Bridging the gap between research and practice. In: G.A. Bernfeld, D.P. Farrington & W. Leschied (eds.), *Offender rehabilitation in practice: Implementing and evaluating effective programs* (p. 67-92). Chichester, UK: Wiley.
- Marle, H.J.C. van (1999). Het strafrechtelijk gedragskundig onderzoek. In: B.C.M. Raes & F.A.M. Bakker (red.), *De psychiatrie en het Nederlandse recht* (p. 75-94). Deventer: Gouda Quint.
- Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *Public Interest*, 35, 22-54.
- Martinson, R. (1979). New findings, new views: A note of caution regarding sentencing reform. *Hofstra Law Review*, 7, 243-258.
- McCann, R.A., Ball, E.M. & Ivanoff, A. (2000). DBT with an inpatient forensic population: The CMHIP forensic model. *Cognitive and Behavioural Practice*, 7, 447-456.
- Melton, G.B., Petrila, J., Poythress, N.G. & Slobogin, C. (1997). *Psychological evaluations for the courts: A handbook for mental health professionals and lawyers*, second edition. New York: The Guilford Press.
- Monahan, J. (1981). *The clinical prediction of violent behavior*. Rockville, MD: National Institute of Mental Health.
- Mulder, T. (2003). *DGT in de Mesdag*. Groningen: Intern rapport (onderzoeksscriptie).
- Neumann, C. S., Kosson, D.S., Forth, A.E. & Hare, R.D. (under review). Factor structure of the Hare Psychopathy Checklist: Youth Version in incarcerated adolescents.
- Newman, J.P. (1998). Psychopathic behaviour: An information processing perspective. In: D.J. Cooke, A.E. Forth & R.D. Hare (eds.), *Psychopathy: Theory, research and implications for society*, p. 81-104. Dordrecht: Kluwer Academic.
- Nicholls, D.S. (2001). *Essentials of MMPI-2 assessment*. New York: Wiley.
- Oorsouw, K.I.M. (2006). I honestly can't remember. Dissociative amnesia as a metamemory phenomenon. *Academisch proefschrift*. Universiteit Maastricht.
- Palmer, T. (1975). Martinson revisited. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 12, 133-152.
- Pankratz, L. (1983). A new technique for the assessment and modification of feigned memory deficit. *Perceptual and Motor Skills*, 57, 367-372.
- Parlementaire onderzoekscommissie TBS (2006). *Tbs, vandaag over gisteren en morgen*. Den Haag: Sdu.
- Pfohl, B., Blum, N. & Zimmerman, M. (1997). *Structured Interview for DSM-IV Personality*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Philipse, M. (2005). *Predicting criminal recidivism: Empirical studies and clinical practice in forensic psychiatry*. Academisch proefschrift. Radboud Universiteit Nijmegen.
- Philipse, M., Ruiters, 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.
- 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.
- Rogers, R. (1992). *Structured Interview of Reported Symptoms*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Rogers, R. (ed.) (1997). *Clinical assessment of deception and malingering*. New York: The Guilford Press.
- Rogers, R. (2000). The uncritical acceptance of risk assessment in forensic practice. *Law and Human Behavior*, 24, 595-60.
- Rogers, R., Dometsch, R. & Cavanaugh, J. (1981). An empirical approach to insanity evaluations. *Journal of Clinical Psychology*, 37, 683-687.
- Rogers, R. e.a. (1983). The RCRAS and legal insanity: A cross-validation study. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 554-559.
- Rogers, R. & Kelly, K.S. (1997). Denial and misreporting of substance abuse. In: R. Rogers (ed.), *Clinical assessment of deception and malingering* (p. 108-129). New York: The Guilford Press.
- Rogers, R. & Shuman, D. (2000). *Conducting insanity evaluations, second edition*. New York: The Guilford Press.
- 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*, p. 301-317. Deventer: Gouda Quint.
- Ruiter, C. de (2004). Forensisch gedragsonderzoek in strafzaken. *Justitiële Verkenningen*, 30, 50-61.
- Ruiter, C. de (2006). De Rorschach Inktvlekken Methode. In: C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Handboek psychodiagnostiek: Van testmethode naar toepassing* (p. 89-117). Amsterdam: Harcourt.
- Ruiter, C. de & Greeven, P.G.J. (2000). Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: Convergence of interview and self-report measures. *Journal of Personality Disorders*, 14, 162-170.
- Ruiter, C. de & Hildebrand, M. (2002). Over toerekeningsvatbaarheid. In: P.J. van Koppen, D. Hessing, H. Merckelbach & H. Crombag (red.), *Het recht van binnen: Psychologie van het recht*, (p. 687-697). Deventer: Kluwer.
- Ruiter, C. de & Hildebrand, M. (red.) (2006). *Handboek psychodiagnostiek: Van testmethode naar toepassing*. Amsterdam: Harcourt.
- Ruiter, C. de & Scholing, A. (2003). Diagnostiek en behandeling in een forensische setting: Een kwestie van aan- en afleren. *Directieve therapie*, 23, 3-8.
- Ruiter, C. de & Veen, V.C. (2004). Terugdringen van recidive bij drie typen geweldsdelinquenten: werkzame interventies bij relationeel geweld, seksueel geweld en algemeen geweld. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Salekin, R.T. (2002). Psychopathy and therapeutic pessimism. *Clinical lore or clinical reality? Clinical Psychology Review*, 22, 79-112.
- Schoemaker, C. & Ruiter, C. de (red.). (2005). *Trimbo's zakboek psychische stoornissen*. Utrecht: de Tijdstroom.
- Schoemaker, C. & Zessen, G. van (1997). *Psychische stoornissen bij gedetineerden: Een verkennend onderzoek in Penitentiair Complex Scheveningen*. Utrecht: Trimbo-instituut.
- Schulte, H.M., Hall, M.J. & Crosby, R. (1994). Violence in patients with narcissistic personality pathology: observations of a clinical series. *American Journal of Psychotherapy*, 48, 610-623.
- Soloff, P.H. (1998). Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulsive-behavioral dysregulation. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 62, 195-214.
- Trupin, E.W., Stewart, D.G., Beach, B. & Boesky, L. (2002). Effectiveness of dialectical behaviour therapy program for incarcerated female juvenile offenders. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 121-127.
- Vertommen, H., Verheul, R., de Ruiter, C. & Hildebrand, M. (2002). Handleiding bij de herziene versie van Hare's Psychopathy Checklist. Lisse: Swets Test Publishers.
- Vitacco, M.J., Neumann, C.S. & Jackson, R.L. (2005). Testing a four-factor model of psychopathy and its association with ethnicity, gender, intelligence, and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 466-476.
- 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.
- Vogel, V. de & Ruiter, C. de (2004). Differences between clinicians and researchers in assessing risk of violence in forensic psychiatric patients. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 15, 145-164.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Beek, D. van & Mead, G. (2003). De waarde van gestructureerde risicotaxatie. Een retrospectief empirisch onderzoek bij behandelde seksuele delinquenten. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 58, 9-29.
- Vogel, V. de, Ruiter, C. de, Hildebrand, M., Bos, B. & Ven P. van de (2004). Different ways of discharge and (risk of) recidivism measured by the HCR-20 and PCL-R in a sample of treated forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 149-165.
- Walker, C., Thomas, J. & Allen, T.S. (2003). Treating impulsivity, irritability, and aggression of Antisocial Personality Disorder with quetiapine. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 47, 556-567.
- 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.
- Wilens, T., Spencer, T. & Biederman, J. (2002). A review of the pharmacotherapy of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, 5, 189-202.
- Zimmerman, M. & Coryell, W. (1989). DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: Demographic correlates and comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 682-689.