

Serie forensische casuïstiek

Een brandstichter op de longstay: waarom contra-expertises hard nodig zijn

Prof. dr. C. de Ruiter

Met enige regelmaat verricht ik psychologisch onderzoek in het kader van contra-expertises in opdracht van de rechter, het OM of de verdediging in strafzaken. Soms betreft het ter beschikking gestelden die het oneens zijn met hun plaatsing op een longstay-afdeling: omdat ze van mening zijn dat zij geen gevaar meer zijn voor de samenleving, omdat zij het niet eens zijn met hun diagnose of omdat zij vinden dat zij onvoldoende behandeld zijn, of een combinatie van deze. De onderhavige casusbeschrijving betreft een TBS-gestelde die na opnames in twee forensisch psychiatrische centra (FPC's) als uitbehandeld werd beschouwd en opgenomen op de longstay-afdeling van FPC Veldzicht. Zijn raadsman benaderde mij in januari 2007 met de volgende vragen:

'Ik wil u vragen het dossier van cliënt te bestuderen, en (1) een oordeel te geven over het verloop van de behandeling van cliënt in de verschillende TBS-klinieken, (2) alsmede een oordeel te geven over de daar gestelde diagnoses, (3) vanzelfsprekend vindt dat ook zijn weerslag in het inschatten van het recidiverisico [...]

In deze bijdrage schets ik de werkwijze en de bevindingen in het kader van deze contra-expertise. Met de inwerkingtreding van de Wet Deskundige in Strafzaken per 1 januari 2010 (zie: http://www.eerstekamer.nl/wetsvoorstel/31116_wet_deskundige_in_strafzaken) zijn de mogelijkheden voor een verdachte om een verzoek tot een tegenonderzoek in te dienen verruimd. Dit zal er waarschijnlijk toe leiden dat de vraag naar contra-expertises zal toenemen, wat in het kader van de *equality of arms* in het strafrecht natuurlijk een goede zaak is.

Brandstichtingen uit (misplaatste) wraak

Thomas¹ is in augustus 1993 veroordeeld tot vier jaar gevangenisstraf en TBS met bevel tot verpleging terzake van brandstichting in een schuur en een woning. Thomas gooide brandbommen in de woning waarbij sprake was van gevaar voor goederen en personen; bij de schuur betrof het alleen gevaar voor goederen. De woningen waren van een voormalige seksuele partner van zijn echtgenote. In de periode voorafgaand aan de brandstichtingen was volgens Thomas sprake van hoog oplopende spanningen. Tijdens het gesprek dat ik hierover met hem had, zei hij hierover: *'Het gooien van de brandbommen was een verkeerde manier om*

frustraties kwijt te raken. In die periode was ik overspannen, ik kon niet slapen, was heel gespannen en angstig.' Er was sprake van een opeenstapeling van stressvolle gebeurtenissen en krenkingen: het mislukken van zijn eigen bedrijf en de daarmee samenhangende financiële problemen; spanningen in de relatie met zijn vrouw; en bedreiging door een ex-werknemer. Zijn onvermogen om hierover te praten met anderen of deze problemen aan te pakken, zorgden voor een toenemend isolement. In de periode voorafgaand aan de brandstichtingen, heeft Thomas hulp gezocht bij de ggz. Deze contacten brak hij echter af, omdat zijn psychische klachten niet verminderden. In overbelaste toestand kwam het tot de brandstichtingen, gericht tegen een ex-geliefde van zijn vrouw, met als belangrijkste motieven wraak en frustratie.

Voorgeschiedenis

Thomas is de jongste van twee kinderen. Hij heeft een vier jaar oudere zus. Moeder wordt door hem als zorgzaam beschreven, vader als autoritair en humeurig. De ouders verdienen de kost met hard werken in een groentezaak. Thomas is het zorgenkind van de twee. Zijn zus is slim en gedraagt zich voorbeeldig; Thomas doubleert op de basisschool en volgt daarna een beroepsopleiding, die hij echter zonder diploma stopt. Hij raakt regelmatig in conflict met autoriteiten, zoals werkgevers, de politie en zijn vader. Op 17-jarige leeftijd wordt hij voor het eerst veroordeeld wegens overtreding van de Vuurwapenwet. In de zes jaren daarna wordt hij nog enkele malen veroordeeld wegens fietsendiefstal.

Op 20-jarige leeftijd ontmoet Thomas zijn latere echtgenote en hij werkt in deze jaren bij verschillende werkgevers, maar zijn droom is een eigen bedrijf. Op 26-jarige leeftijd start hij zijn eigen lunchroom, waarmee hij een goede boterham verdient. In deze periode krijgt het echtpaar twee kinderen. Alles gaat goed, totdat zich in de buurt een concurrerend bedrijf vestigt en de zaken snel slechter gaan. Thomas besluit zijn zaak te verko-

¹ Thomas (gefingeerde naam) heeft de auteur schriftelijk toestemming verleend voor het uitbrengen van een wetenschappelijke publicatie voor vakgenoten over zijn casus. Namen van personen en niet relevante details zijn gewijzigd. De testresultaten en relevante informatie niet.

pen, maar krijgt er minder geld voor dan verwacht. Hij kan de financiële zorgen niet aan en krijgt steeds meer kritiek van zijn vrouw en schoonfamilie te verduren. Als schoonvader hem blijft beschuldigen dat hij een slechte echtgenoot en vader is, en zich wel positief uitlaat over een voormalige vriend van zijn vrouw, wordt hij razend. Deze voormalige vriend zou zijn vrouw in het verleden iets misdaan hebben. Thomas gaat op zoek naar de man en gooit een molotov cocktail in diens schuur, en een paar maanden later door de ramen van zijn huis.

Een ware potpourri aan diagnoses

Bij bestudering van het strafdossier van Thomas wordt mij al snel duidelijk dat hij in de loop der tijd al veel verschillende psychiatrische diagnoses heeft gehad. Nu weten we uit onderzoek dat de comorbiditeit onder psychiatrische stoornissen hoog is. Als iemand aan de criteria van een bepaalde stoornis voldoet, is de kans groot dat hij/zij ook aan de criteria van een andere stoornis voldoet, bijvoorbeeld een depressieve stoornis en een angststoornis. Voor de persoonlijkheidsstoornissen geldt

Tabel 1.

Beknopte samenvatting van diagnoses en behandeladviezen/-verloop (1993-2005)

Datum (context)	Diagnose	Advies
1993 (Pro Justitia rapportage)	Ernstige hysterische karakterneurose	TBS met verpleging; psychotherapie en sociotherapie om betrokkene meer weerbaar te maken t.o.v. anderen
1995 (Selectie-instituut)	Narcistische persoonlijkheidsstoornis met neurotische trekken (oordeel psycholoog); Narcistische persoonlijkheidsstoornis met psychopathische trekken (oordeel psychiater)	Een op resocialisatie gericht beleid; hij zal aan weerbaarheid en incasseringsvermogen moeten winnen
1997 (behandeling in eerste FPC)	Men neemt de diagnoses van 1993 en 1995 over	Behandelplan: leren boosheid te uiten; confrontatie met terugtrekgedrag n.a.v. conflicten; verstevigen zelfbeeld d.m.v. opleiding
1999 (eerste FPC)	Narcistische persoonlijkheidsstoornis. Tevens zijn er psychopathische trekken en een passief-agressief reactiepatroon	Behandelplan: verstevigen van het zelfgevoel; leren agressie directer en sociaal acceptabel te uiten; aanleren adequate conflicthantering; neiging tot zelfoverschatting tegengaan
2000 (behandeling in tweede FPC)	Geen DSM-diagnose vermeld	Verlenging van de TBS met twee jaar; 'wij sluiten niet uit dat Thomas een gedeelte van deze termijn buiten de kliniek zal kunnen doorbrengen'; een inzichtgevende aanpak acht men niet haalbaar
2001 (tweede FPC)	Geen DSM-diagnose vermeld	Behandelplan: pragmatische aanpak, waarbij ingespeeld wordt op concrete, actuele situaties
2003 (tweede FPC)	Geen DSM-diagnose vermeld	Behandelverloop: gebrek aan vorderingen bij psychotherapie; bij sport, creatieve vakken en arbeid is de inzet goed; er hebben zich ook gedurende deze periode geen agressieve incidenten voorgedaan
2005 (tweede FPC)	As I: Psychotische stoornis NAO As II: Obsessief-compulsieve persoonlijkheidsstoornis; trekken van narcistische en antisociale persoonlijkheidsstoornis Er wordt tevens gesproken van sadistische trekken	Behandelverloop: sinds 2003 heeft Thomas geen individuele psychotherapie meer gehad. In 2004 houdt hij zich bij een ongebeleid verlof niet aan de afspraak (hij gaat naar een andere stad). Het FPC adviseert een longstay-plaatsing.
2001 (onafhankelijke rapportage in het kader van 6-jaarsverleningsadvies)	Geen DSM-diagnose vermeld. Men onderschrijft de eerder gestelde beschrijving van de problematiek	Advies: gezien de rigiditeit van betrokkene is de prognose dubieus
2005 (psychiater; contra-expertise)	Geen aanwijzingen voor een persoonlijkheidsstoornis in engere zin volgens de criteria van de DSM-IV. Hetzelfde geldt ten aanzien van een DSM-IV stoornis op As I	Advies: er zijn geen relevante motieven/indicaties om zijn verblijf in de huidige instelling te rechtvaardigen. Rapporteur vindt de diagnostiek onzorgvuldig, omdat allerlei eigenschappen zoals narcisme, sadisme en obsessief-compulsieve kenmerken nergens onderbouwd worden door de kliniek

dit a fortiori, omdat de criteria van een aantal van deze stoornissen een grote mate van overlap vertonen (denk bijvoorbeeld aan borderline en antisociale persoonlijkheidsstoornis). Toch is het scala aan stoornissen dat Thomas is toegedicht opmerkelijk te noemen, en daarom heb ik ze in tabel 1 op een rijtje gezet.

Uit tabel 1 wordt duidelijk dat Thomas in de loop der jaren nogal verschillende, en tevens elkaar onderling tegensprekende diagnoses heeft gekregen. Een karakterneurose, een narcistische persoonlijkheidsstoornis met psychopathische trekken, en een psychotische stoornis NAO liggen dermate ver uit elkaar dat ernstig getwijfeld moet worden aan de accurateheid van deze diagnostische conclusies. Deze twijfel werd nog versterkt door het gegeven dat geen van de diagnoses in de bestudeerde rapportages onderbouwd werd met feiten in de vorm van symptomen, informatie uit collaterale bronnen, concrete gedragsobservaties en resultaten van objectieve testdiagnostiek. Het behoeft geen betoog dat juist in *forensisch* psychodiagnostisch onderzoek, waarvan de conclusies vaak een zwaarwegende rol spelen in de beslissing van de rechter, een toetsbare en transparante werkwijze van eminent belang is.

Contra-expertise in 2007

Als ik Thomas in 2007 op de longstay-afdeling van zijn inmiddels derde FPC bezoek, ontmoet ik een lange, magere man die wat verlegen is in het contact. Hij is het niet eens met zijn longstay-plaatsing, maar dat wil niet zeggen dat hij alleen maar negatief oordeelt over zijn jarenlange verblijf in de TBS. Hij denkt dat hij vanaf het begin te cynisch is geweest over de behandeling, en daardoor zichzelf schade heeft berokkend. Over zijn behandeling in de eerste kliniek is hij positief, in het bijzonder vanwege zijn goede contact met de gedragstherapeut daar. Hij vindt dat hij in deze therapie veel geleerd heeft, vooral beter voor zichzelf te zorgen: *'Ik pleegde roofofbouw op mezelf, werkte 80 uur in de week, in de periode van de delicten. Het is belangrijk voor me om ontspanning te zoeken in de vorm van hardlopen, schilderen, muziek'*. De 'leefregels' die hij met zijn gedragstherapeut heeft opgesteld, heeft hij op een vel papier bij zich en past hij nog dagelijks toe.

De overplaatsing naar de tweede kliniek werd ingegeven door een bestuurscrisis die in de eerste kliniek plaats had, waardoor afdelingen gesloten werden. In de nieuwe kliniek liep het contact met de staf vanaf het begin stroef. Thomas voelde zich miskend toen hij in het verlengingsadvies van deze kliniek als 'sadistisch' werd beschreven. Hij herkent zich hier absoluut niet in, integendeel, volgens zichzelf neemt hij het juist op voor de zwakkeren, en geeft daar ook voorbeelden van. In de tweede kliniek heeft hij ook geen delictscenario-therapie gehad.

Thomas zegt op dit moment geen psychische klachten te ervaren, hij is niet depressief of angstig. Hij rapporteert ook geen hallucinaties of wanen. In schilderen vindt hij rust en voldoening. Thomas beschikt over een relativerend gevoel voor humor ten aanzien van zijn eigen persoonlijkheidskenmerken. Zo vertelt

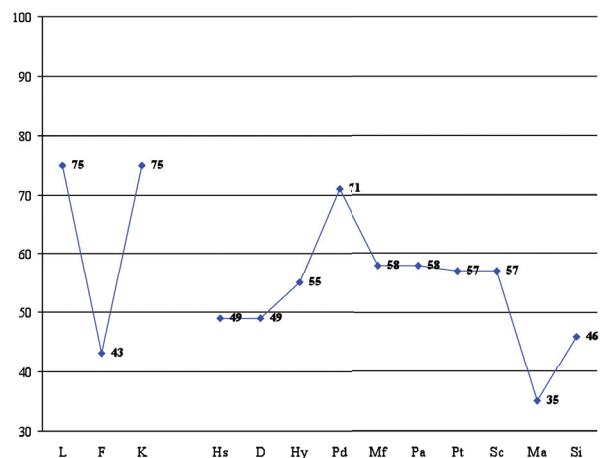
hij bijvoorbeeld dat hij nogal een dromer is: 'stel dat ik ooit de staatsloterij win', om daar vervolgens droogjes aan toe te voegen: 'maar ik doe niet mee'. Hij geeft toe dat hij van mooie huizen, merkhorloges, e.d. houdt, maar lijkt hier minder mee geïdentificeerd dan uit de eerder rapportages naar voren komt. Hij lijkt nu wel in te zien dat rijkdom voor hem wel heel ver weg is en is tevreden met kleinere dingen. Thomas heeft nog steeds contact met zijn moeder en zijn zus. Ook onderhoudt hij schriftelijk contact met een patiënte die nog in het tweede FPC verblijft. Verder heeft hij nog contact met twee vrienden van vroeger.

Testonderzoek

Voor het testonderzoek is gebruik gemaakt van de persoonlijkheidsvragenlijst *MMPI-2* (zie figuur 1) en de *Rorschach Inktvlekken Methode* (de Ruiter, 2006). Voor het vaststellen van een mogelijke diagnose persoonlijkheidsstoornis is gebruik gemaakt van het semi-gestructureerde interview *SIDP-IV*.

MMPI-2

De *MMPI-2* heeft een aantal zogenoemde validiteitsschalen die het mogelijk maken te onderzoeken of er sprake is van een vertekening in de antwoordstijl. Zijn antwoordstijl laat geen inconsistenties zien. Wel lijkt er sprake van een neiging problemen te ontkennen of te bagatelliseren. Thomas wil graag een goede indruk maken, waarschijnlijk mede omdat er bij het huidige onderzoek grote belangen op het spel staan.



Figuur 1. MMPI-2 Profiel van Thomas (Validiteits- en Klinische Hoofdschalen).

Het profiel van de klinische hoofdschalen suggereert een persoonlijkheid gekenmerkt door passief-afhankelijke trekken, irritatie ten opzichte van regels en verhoogde kans op verlies van gedragsbeheersing. Thomas neigt ertoe conflicten uit de weg te gaan en heeft een afkeer van boosheid en vijandigheid. Doordat hij ook geen boosheid bij zichzelf durft te ervaren, bouwt hij over de tijd heen wrok op. Zijn vermogen om gevoelens te differentiëren is beperkt, alsmede zijn vermogen daarover te reflecteren. Hij mijdt risico's, neigt tot sociale teruggetrokkenheid en mede door zijn lage zelfwaardering geeft hij bij tegenslag snel op.

Samenvattend levert de MMPI-2 het beeld op van een persoon met beperkte probleemoplossende vaardigheden en een beperkt vermogen om adequaat zijn emoties (in het bijzonder boosheid) te reguleren.

Rorschach Inktvlekken Methode (RIM)

De Rorschach test heeft bij Thomas een valide protocol opgeleverd (17 antwoorden), wat betekent dat het protocol gecodeerd en geïnterpreteerd kan worden. Thomas heeft de neiging emotioneel beladen situaties uit de weg te gaan. Hij doet dit waarschijnlijk omdat hij moeite heeft zijn emoties adequaat te reguleren, als situaties hem raken. In de ogen van anderen komt hij soms onvolwassen over omdat hij zijn emoties soms op een dramatische en oppervlakkige manier uit. Positief is dat Thomas een goed evenwicht bewaart tussen aandacht voor zichzelf en aandacht voor anderen. Hij heeft een neiging tot intellectualiseren/rationaliseren, en zijn gedachten gaan hierdoor soms met hem op de loop, wat weer aanleiding kan zijn tot het ontwikkelen van onrealistische ideeën over zichzelf.

In zijn interpersoonlijke relaties stelt Thomas zich meer dan gemiddeld afhankelijk op. Hij heeft naïeve verwachtingen van anderen, die de kiem kunnen leggen voor teleurstelling in relaties en gevoelens van wrok als anderen niet tegemoet komen aan zijn verwachtingen/behoefte. Thomas investeert veel energie in het behoud van harmonie in relaties; daardoor is hij meestal geliefd door anderen.

Thomas heeft onder normale omstandigheden voldoende mogelijkheden om de stress van het dagelijkse leven te hanteren. Zijn hoge streefniveau kan hem echter in de weg staan hierbij. Door te hoge ambities na te streven in verhouding tot zijn mogelijkheden, staat hij bloot aan teleurstelling en bijbehorende stress, die zijn draagkracht (overmatig) kunnen belasten. Er is sprake van goede realiteitstoetsing en adequaat oordeelsvermogen. Hij gedraagt zich op sociaal aangepaste wijze, en heeft geen neiging tot sensatiezoekend of riskant gedrag.

SIDP-IV interview

De uitslag van het SIDP-IV interview is gebaseerd op een gesprek met Thomas aan de hand van het gestructureerde interviewschema en op de collaterale informatie uit het gehele dossier (o.a. het milieuonderzoek uit het Pro Justitia rapport en hetero-anamnestiche informatie afkomstig van de zus van Thomas van later datum). Thomas voldoet niet aan de diagnostische criteria van een van de persoonlijkheidsstoornissen zoals die gedefinieerd zijn in de DSM-IV-TR en zoals die met behulp van de SIDP-IV worden onderzocht.

De psychiatrische classificatie volgens DSM-IV-TR²

As I: geen diagnose

As II: geen diagnose

As III: geen bijzonderheden

As IV: verblijf op longstay afdeling in het kader van tbs

As V: *Global Assessment of Functioning* = 80: geen of minimale symptomen; nauwelijks beperkingen in functioneren

De brandstichter in de internationale wetenschappelijke literatuur

De bevindingen uit de uitgevoerde contra-expertise ondersteunen de conclusies van de psychiater uit 2005: er is geen sprake van een psychiatrische stoornis. Deze conclusie louter op zichzelf haalt eigenlijk al de basis voor de TBS-maatregel weg. Immers: zonder stoornis is er ook geen behandeling (meer) nodig. Maar Thomas verblijft op een longstay-afdeling. Dat betekent dat hij door gedragsdeskundigen is aangemerkt als moeilijk behandelbaar, maar vooral als 'chronisch delictgevaarlijk', dus hoog-risico. Maar wat is er uit wetenschappelijk onderzoek eigenlijk bekend over het recidiverisico bij brandstichters? Om die vraag te beantwoorden, dook ik in de vakliteratuur.

Brandstichters werden door psychoanalytici vroeger gezien als zeer gevaarlijke, perverse individuen bij wie sprake was van gestoorde seksuele impulsen met een zeer hoog recidiverisico. Harris en Rice (1984) bekritiseerden deze psychoanalytische literatuur, omdat zij louter casuïstisch is en toonden aan dat brandstichters juist een *lager* recidiverisico hadden in vergelijking met andere geweldsdelinquenten. Dit wordt ook door Duits onderzoek bevestigd. Barnett en collega's (1997) vonden dat van een groep van 87 brandstichters die verminderd toerekeningsvatbaar verklaard waren 10 procent recidiveerde over een *follow-up*-periode van gemiddeld 10 jaar. Dit is een zeer laag recidivepercentage over zo'n lange *follow-up* periode, in vergelijking met veel andere geweldsdelicten, zoals zedendelicten en geweldsmisdrijven. In onderzoek dat wij in Nederland hebben uitgevoerd was de seksuele recidive onder verkrachters en aanranders na ontslag uit de tbs over een *follow-up* periode van gemiddeld 11,8 jaar meer dan drie maal zo hoog, namelijk 34 procent (Hildebrand, de Ruiter, & de Vogel, 2004). Voor geweldsdelinquenten gold een nog hoger recidivecijfer, namelijk 36 procent recidive na een *follow-up*-periode van gemiddeld 5 jaar (de Vogel, de Ruiter, Hildebrand, Bos, & van de Ven, 2004). Als we dus louter rekening houden met de *base rate* van recidive, behoren brandstichters als groep tot een laag-risicocategorie, in vergelijking met zeden- en geweldsdelinquenten. Maar er kunnen natuurlijk uitzonderingen zijn binnen de groep, dus de vraag dient zich aan of er iets bekend is over extra gevaarlijke subgroepen binnen de algemene categorie brandstichters.

Brandstichters kunnen worden ingedeeld in brandstichters met psychotische stoornissen, persoonlijkheidsstoornissen, verstandelijke handicap en pyromanie (Lindberg, Holi, Tani, & Virkkunen, 2005). De groep met persoonlijkheidsstoornissen pleegt de brandstichtingen meestal als gevolg van wraakgevoelens. Recidive bij deze groep hangt voornamelijk samen met antisociale persoonlijkheidsstoornis en alcoholmisbruik (Repo, Virkkunen, Rawlings, & Linnoila, 1997). Beide zijn afwezig in het geval van Thomas. Het is dus op basis van wetenschappelijk onderzoek niet te onderbouwen dat Thomas als een hoog-risico-brandstichter is aangemerkt.

² Beknopte handleiding bij de diagnostische criteria van de DSM-IV-TR (2001). Bureau-editie. Amsterdam: Harcourt.

CASUS

Wat is er bekend over de behandeling van brandstichters van het type Thomas – afhankelijk, conflictvermijdend, en neigend tot het opbouwen van wrok? Harris en Rice (1984) lieten met gedrags-experimenten zien dat brandstichters assertiviteitsproblemen hebben: de brandstichting is welbeschouwd een agressieve daad door een subassertieve persoon. Brandstichting is immers één van de weinige geweldsdelicten zonder vis-à-vis contact tussen dader en slachtoffer. In het gedragstherapeutische behandelprogramma dat Rice en Chaplin (1979) ontwikkelden, staat het leren uiten van boosheid, het doen en weigeren van verzoeken en het hanteren van kritiek centraal. Naar de effecten van behandeling bij brandstichters is nauwelijks onderzoek verricht. Plinsinga, Colon en De Jong (1996) bevelen aan pragmatisch en symptoomgericht te werk te gaan, waarbij er vooral aandacht gegeven moet worden aan het verhogen van de frustratietolerantie, het veranderen van copingmechanismen en het aanleren van sociale vaardigheden. Terugkijkend op de behandeling die Thomas in het kader van de TBS-maatregel heeft ontvangen, lijkt de behandeling in de eerste kliniek nog het meest *state of the art* geweest.

Terug naar de onderzoeksvragen van de raadsman

Wat opvalt aan de diagnoses die in de eerdere rapporten en verlengingsadviezen zijn gesteld, is het gebrek aan heldere onderbouwing. Dit geldt het meest voor de eerste diagnose, de hysterische karakterneurose, die niet eens voorkomt in DSM-IV-TR. Maar het geldt eveneens voor de diagnose 'Psychotische stoornis NAO' die de tweede kliniek een paar jaar na de opname aldaar stelde. Deze psychose komt opeens 'uit te lucht vallen', maar nergens in de rapporten worden concrete psychotische sympto-

men vermeld. Maar stel nu dat deze diagnose correct zou zijn (wat ik ernstig betwijfel), dan zou dit betekenen dat de psychische conditie van Thomas in de loop van de behandeling in de TBS *verslechterd* in plaats van verbeterd is. Dit kan toch niet de bedoeling zijn van een behandeling.

Mijn onderzoek, waarbij in tegenstelling met de eerdere onderzoeken, gebruik is gemaakt van een objectieve methode, namelijk een semi-gestructureerd interview voor de classificatie van persoonlijkheidsstoornissen, geeft aan dat Thomas niet lijdt aan een persoonlijkheidsstoornis. Mijns inziens is het tijd dat er meer eisen worden gesteld aan de betrouwbaarheid en transparantie van de classificatie van psychiatrische stoornissen binnen de forensische context. Gebruik van gestructureerde interviews voor DSM-IV-diagnoses kunnen ertoe bijdragen de betrouwbaarheid van de diagnostische uitspraken te verhogen. Dat is noodzakelijk, omdat op basis van die diagnoses verregaande consequenties voor de onderzochte kunnen gelden, zoals plaatsing op een longstay-afdeling. De Amerikaanse jurist Christopher Slobogin (2007) heeft hetzelfde betoogd.

De behandelplannen, zoals het leren uiten van boosheid, leren onderhandelen en problemen oplossen, uit de eerste FPC waar Thomas behandeld werd, lijken in principe goed aan te sluiten op de kwetsbare aspecten van zijn persoonlijkheid. Bovendien komen deze behandeldoelen ook overeen met hetgeen in de internationale literatuur over belangrijke onderdelen van de behandeling van brandstichters staat (o.a. Rice & Chaplin, 1979). Nergens uit de stukken wordt echter duidelijk of aan deze behandeldoelen gewerkt is in de individuele psychotherapie.

Tabel 2.

De items van de HCR-20 (Webster e.a., 1997; Nederlandse vertaling: Philipse, de Ruiter, Hildebrand, & Bouman, 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 1 ^e 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				

Thomas zegt hier zelf over dat hij vooral heeft geleerd om stress te vermijden en voldoende ontspanning te zoeken. Uit stukken die de tweede FPC geproduceerd heeft, kan ik geen heldere behandeldoelen destilleren. Noch kan ik eruit afleiden hoe men concreet in de behandeling gewerkt heeft.

Het geheel overziend kom ik tot de conclusie dat Thomas weliswaar al lange tijd in het kader van de TBS-maatregel in behandelklinieken verblijft, maar dat er geen sprake is geweest van een passend, op de kwetsbare aspecten in zijn persoonlijkheid toegesneden, behandelplan. Het feit dat hij al zo lang, zonder ooit een agressieve uitbarsting gehad te hebben, binnen deze intramurale context functioneert, is opmerkelijk te noemen.

Ten slotte, het oordeel over het recidiverisico. In Nederland zijn sinds het begin van deze eeuw gestructureerde risicotaxatie-instrumenten, zoals de HCR-20, de SVR-20 en de HKT-30 voor gewelddadig gedrag beschikbaar (voor een overzicht, zie Hildebrand & de Ruiter, 2005; de Ruiter & Hildebrand, 2007).

Tabel 2 bevat de twintig risicofactoren die zijn opgenomen in de HCR-20. Codering van de HCR-20 bij Thomas levert een maximale score 2 op voor de Historische factoren H4 en H8; dit betekent dat deze risicofactoren duidelijk aanwezig waren. Een aantal risicofactoren is in mindere mate aanwezig: Eerder geweld, Instabiliteit in relaties, Eerdere overtreding van voorwaarden. Op de overige vier Historische factoren (Problemen met middelengebruik, Psychische stoornis, Psychopathie, en Persoonlijkheidsstoornissen) scoort Thomas niet.

Van de vijf Klinische risicofactoren, die betrekking hebben op het huidig functioneren, zijn er drie licht verhoogd: Gebrek aan zelfinzicht, Impulsiviteit en Reageert niet op behandeling. Er is geen sprake van actieve psychotische symptomen of van negatieve opvattingen.

De Risicohereningsfactoren worden gescoord als er sprake is van een resocialisatie richting de maatschappij of verlof. Hoewel dat in dit geval in strikte zin niet aan de orde is, is het toch zinvol om deze vijf factoren te scoren om te bezien of zo'n resocialisatie extra risico's met zich mee zou brengen. Drie van de vijf risicofactoren zijn bij terugkeer in de maatschappij niet of nauwelijks aanwezig: Blootstelling aan destabiliserende factoren (hierbij moet men denken aan de factoren die in de aanloop naar de oorspronkelijke brandstichtingen aanwezig waren, zoals stress door een eigen bedrijf, relatieproblemen), Geringe beschikbaarheid van persoonlijke steun en Hoog niveau van ervaren stress. Wat betreft Sociale steun zijn de voorwaarden gunstig: Thomas heeft een goede relatie met zijn zus. Hij geeft aan dat er de afgelopen jaren veel meer openheid in die relatie is gekomen. Ook met zijn zoon heeft hij regelmatig en goed contact. De risicofactoren R1 en R4 kunnen niet gecodeerd worden, omdat daartoe eerst een resocialisatieplan gemaakt zou dienen te worden.

Wanneer we de scoring van de HCR-20 overzien, kunnen we concluderen dat de optelling van de aanwezige risicofactoren leidt tot een relatief lage totaalscore, namelijk 11. Het gestruc-

tureerde professionele eindoordeel op de HCR-20 is echter meer dan een loutere optelling van de risicofactoren. We dienen ook te onderzoeken of er mogelijk sprake is van een combinatie of interactie van risicofactoren die sterk risicoverhogend zou kunnen werken. Bij Thomas is dit niet het geval. Uit de onderzoeksliteratuur weten we bovendien dat recidive bij brandstichters van het wraakzuchtige type vooral samenhangt met alcohol- en drugmisbruik en met een antisociale persoonlijkheidsstoornis. Beide diagnoses zijn bij Thomas afwezig. Dit betekent dat op basis van de codering van de HCR-20 geconcludeerd kan worden dat er sprake is van een *laag risico* van recidive met brandstichting.

Besluit

Naar aanleiding van het rapport dat ik op basis van de contra-expertise schreef, besloot de rechter nog een psychiater onafhankelijk onderzoek te laten verrichten bij Thomas. Deze psychiater was net als zijn collega in 2005 en ik in 2007 van mening dat er geen sprake was van een stoornis in de zin van de wet of van welk recidivegevaar dan ook. Daarop besloot de rechtbank de TBS van Thomas onder voorwaarden te beëindigen. Sinds meer dan een jaar verblijft hij nu zelfstandig in de maatschappij. Hij heeft een eigen appartement, een baan, sport regelmatig, na zestien jaar 'internering', zoals zijn zus het noemt. ■

Literatuur

- Barnett, W., Richter, P., Sigmund, D., & Spitzer, M. (1997). Recidivism and concomitant criminality in pathological fire setters. *Journal of Forensic Science*, 42, 879-883.
- Harris, G.T., & Rice, M.E. (1984). Mentally disordered fire setters: Psychodynamic versus empirical approaches. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7, 19-34.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C., & de Vogel, V. (2004). Psychopathy and sexual deviance in treated rapists: Association with sexual and nonsexual recidivism. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 16, 1-24.
- Hildebrand, M., & de Ruiter, C. (2005). Over criminele behoeften en het belang van gestructureerde risicotaxatie. In: C. de Ruiter & M. Hildebrand (red.), *Behandelingsstrategieën bij forensisch psychiatrische patiënten* (pp. 3-22). Tweede, geheel herziene druk. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Lindberg, N., Holi, M.M., Tani, P., & Virkkunen, M. (2005). Looking for pyromania: Characteristics of a consecutive sample of Finnish male criminals with histories of recidivist fire setting between 1973 and 1993. *BMC Psychiatry*, 5, 47. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/5/47>.
- Plinsinga, A.E., Colon, E.J., & De Jong, S. (1996). Brandstichting is meestal geen pyromanie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 141, 129-131.
- Repo, E., Virkkunen, M., Rawlings, R., Linoila, M. (1997). Criminal and psychiatric histories of Finnish arsonists. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 318-323.
- Rice, M.E., & Chaplin, T. (1979). Social skills training for hospitalized male arsonists. *Journal of Behavioral Therapy and Experimental Psychiatry*, 10, 105-108.
- de Ruiter, C. (2006). De Rorschach Inktvlekken Methode. [The Rorschach Inkblot Method] In: C. de Ruiter & M. Hildebrand (Eds.), *Handboek psychodiagnostiek: Van testmethode naar toepassing* (pp. 89-117). Amsterdam: Harcourt.
- de Ruiter, C., & Hildebrand, M. (2007). Risk assessment and treatment in Dutch forensic psychiatry. *Netherlands Journal of Psychology*, 63, 166-175.
- Slobogin, C. (2007). *Proving the unprovable: The role of law, science and speculation in adjudicating culpability and dangerousness*. New York: Oxford University Press.
- de Vogel, V., de Ruiter, C., Hildebrand, M., Bos, B., & van de Ven, P. (2004). Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20: A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 149-165.

■ Corine de Ruiter is bijzonder hoogleraar Forensische psychologie aan de Universiteit Maastricht. Daarnaast werkt zij bij het Trimbos-instituut. Internet: www.corinederuiters.eu.