

# Risicotaxatie van gewelddadig gedrag: Empirie en praktijk<sup>1</sup>

*Corine de Ruiter*

'But I now worry that the field is placing too much emphasis on risk assessment with little effort to provide those basic treatment services that are needed.'<sup>2</sup>

## Inleiding

De afgelopen jaren heeft gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag<sup>3</sup> een belangrijke plaats verworven in het Nederlandse strafrecht en in de forensische sector.<sup>4</sup> Ook in het politieke en maatschappelijke debat over de maatregel van terbeschikkingstelling (TBS) heeft risicotaxatie een prominente plaats. In het voorjaar van 2006 vond het parlementaire onderzoek plaats naar het TBS-stelsel, waarbij veel aandacht werd besteed aan een onderzoek naar gewelddadige recidive door terbeschikkinggestelden tijdens verlof.<sup>5</sup> Sinds juli 2005 zijn alle forensisch psychiatrische instellingen verplicht om voor alle terbeschikkinggestelden die buiten de muren van de instelling mogen komen minimaal éénmaal per jaar een gestructureerde risicotaxatie te verrichten met behulp van één van de voor Nederland gevalideerde risicotaxatie-instrumenten, zoals de *Historical, Clinical, Risk Management-20* (HCR-20),<sup>6</sup> de *Sexual Violence Risk-20* (SVR-20)<sup>7</sup> of de *Historisch Klinisch Toekomst-30* (HKT-30).<sup>8</sup> Het door justitie verplicht gestelde gebruik van deze instrumenten is sterk beïnvloed door de ernstige recidives van terbeschikkinggestelden op verlof die in 2004 (de zaak van Michael S., die het meisje uit Eibergen ontvoerde en seksueel misbruikte) en 2005 (de zaak Wilhelm S., die ontvluchtte tijdens een begeleid verlof en een moord pleegde

1. Dit hoofdstuk is een bewerkte versie van een artikel dat verschenen is in het tijdschrift *Expertise en Recht*: C. de Ruiter (2008). *Gestructureerde risicotaxatiemethoden: Wat de jurist moet weten*. *Expertise en Recht*, 4, 121-131.
2. Austin (2006).
3. Onder gewelddadig gedrag wordt in dit hoofdstuk fysiek gewelddadig gedrag verstaan, maar ook serieuze dreiging met fysiek geweld (bijvoorbeeld in de vorm van stalking) en seksueel delictgedrag (bijvoorbeeld ontucht met kinderen, verkrachting) vallen eronder.
4. Beukers (2008).
5. Hildebrand, Spreen, Schönberger, Augustinus & Hesper (2006).
6. Webster, Douglas, Eaves & Hart (1997). Geautoriseerde Nederlandse versie: Philipse, De Ruiter, Hildebrand & Bouman (2000).
7. Boer, Hart, Kropp & Webster (1997). Geautoriseerde Nederlandse versie: Hildebrand, De Ruiter & Van Beek (2001).
8. Comité Instrumentarium Forensische Psychiatrie (2008).

op een oudere man) veel aandacht in de media en het politieke debat kregen. Onze postmoderne samenleving lijkt een op veiligheid en de uitbanning van risico gefixeerde maatschappij<sup>9</sup> en de aanscherping van het verlofbeleid voor TBS-ers sluit hier naadloos op aan.

De risicotaxatie-instrumenten lijken binnen de huidige maatschappelijke context vooral te worden ingezet om risico's zo veel als mogelijk uit te bannen. Het is opvallend dat sinds de invoering van deze instrumenten rond het begin van de eeuwwisseling de gemiddelde duur van de intramurale behandeling in het kader van de TBS-maatregel snel is toegenomen: van gemiddeld 4,01 jaar in 2000 tot gemiddeld 5,2 jaar in 2006.<sup>10</sup> Ook is het aantal terbeschikkinggestelden dat beschouwd wordt als chronisch delictgevaarlijk en op een longstayafdeling is geplaatst tussen 2000 en 2005 gestegen van 21 tot 143,<sup>11</sup> waarbij de prognose is dat dit aantal in 2010 zal zijn uitgegroeid tot 243. Risicotaxatiemethoden dienen echter een tweeledig doel: beveiliging van de maatschappij tegen personen die een gevaar voor specifieke personen of voor de samenleving zijn, maar ook het verlenen van verlof en invrijheidstelling aan personen die geen risico meer vormen. Ook de Nederlandse reclassering is de afgelopen jaren in de ban van de risicotaxatie geraakt. Haar takenpakket werd ingrijpend 'hervormd': de nazorg aan gedetineerden is vrijwel volledig uit haar takenpakket geschrapt en in plaats daarvan is haar taak in het gerechtelijk vooronderzoek sterk uitgebreid in de richting van advisering aan de magistratuur wat betreft het recidiverisico en de ontvankelijkheid van de verdachte voor gedragsinterventies. De reclassering heeft hiertoe, met financiële ondersteuning vanuit het Ministerie van Justitie, haar eigen risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld: de Recidive Inschattingsschalen (RISc)<sup>12</sup> en de Quick-Scan (QS).<sup>13</sup> Aan al deze instrumenten kleeft een aura van wetenschappelijkheid en *evidence-based* werken; de magistratuur die beslissingen moet nemen op basis van de uitslagen van risicotaxaties zou gemakkelijk in de verleiding kunnen komen de adviezen die met deze instrumenten worden onderbouwd, zonder enige kritische reflectie over te nemen. In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de gevaren van zo'n handelswijze en betogen we dat juristen niet ontkomen aan de noodzaak zich in enige mate te verdiepen in de kracht en de zwakte van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten. Eerst wordt een overzicht gegeven van de stand van de wetenschap op het terrein van risicotaxatie van gewelddadig gedrag. Daarna wordt het deskundige gebruik van deze instrumenten in de praktijk geïllustreerd aan de hand van een casus.

### **Verskillende risicotaxatiemethoden**

Globaal kan een onderscheid worden gemaakt tussen drie typen risicotaxatiemethoden: (1) de ongestructureerde klinische methode, (2) de zuiver empirische of actuariële methode en (3) de gestructureerd professioneel oordeel (GPO) methode. De ongestructureerde methode, hoewel nog steeds regelmatig toegepast (met name in rapportages pro justitia) is wetenschappelijk gezien de

9. Boutellier (1999).

10. Centrale Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2008), p. 76.

11. Centrale Raad voor de Strafrechtstoepassing en Jeugdbescherming (2008), p. 14.

12. Vinke, Vogelvang, Erfemeijer, Veltkamp & Bruggeman (2004).

13. De Ruiter & De Jong (2008).

zwakste van de drie methoden. De deskundige is bij de klinische methode volledig vrij om zijn vakkennis, ervaring en intuïtie te gebruiken om het risico van (herhaald) delictgedrag door de onderzochte te taxeren. Hierbij spelen zaken als de ernst van de psychische stoornis, de beoordeling van ziektebesef en ziekteinzicht en algemene kennis over het beloop van de stoornis een rol. De klinische taxatie ontbeert wetenschappelijke onderbouwing. Ten eerste blijkt namelijk dat de betrouwbaarheid ervan erg laag is, dat wil zeggen dat twee onafhankelijke deskundigen op basis van een klinische taxatie meestal niet tot een gelijklopend oordeel komen. De betrouwbaarheid van een diagnostische methode is een belangrijk criterium voor wetenschappelijke objectiviteit; we verwachten immers ook dat de bloeddrukmeter die de arts gebruikt betrouwbaar is; dat de uitslag van de meter bijvoorbeeld niet afhangt van welke arts hem hanteert. Een tweede aspect waarop een diagnostische methode dient te worden beoordeeld is haar validiteit: meet het instrument wat het pretendeert te meten. In het geval van een risicotaxatie-instrument is die meetpretentie de correcte voorspelling van nieuwe delicten, de zogenaemde predictieve validiteit. Een methode met een goede predictieve validiteit voorspelt correct welke personen wel, en welke niet recidiveren. De predictieve validiteit van de klinische taxatiemethode is laag;<sup>14</sup> vooral het aantal fout-positieven is hoog: onderzochten worden als hoog risico beoordeeld die dat niet zijn.

Bij de actuariële risicotaxatie-methode worden volgens een vaste methode gegevens verzameld over de aanwezigheid van een verzameling van risicofactoren waarvan het verband met herhalingsrisico in wetenschappelijk onderzoek is aangetoond. De methode is afkomstig uit de verzekeringswereld waar uitkeringsrisico's worden gekwantificeerd, waarop vervolgens de premie wordt gebaseerd. De risicofactoren in een actuariële instrument worden gewogen en gescoord volgens een vast algoritme, wat vervolgens automatisch uitmondt in een indeling in een risicocategorie. Tabel 1 geeft een voorbeeld van een actuariële risicotaxatie-instrument voor seksueel gewelddadige recidive.

*Tabel 1: Items van de Static-99*

- 
1. Eerdere seksuele delicten
  2. Eerdere veroordelingen (exclusief huidige veroordeling)
  3. Veroordelingen voor hands-off seksuele delicten
  4. Huidig delict bevat veroordeling voor niet-seksueel geweld
  5. Veroordelingen voor eerder niet-seksueel geweld
  6. Niet-verwant slachtoffer
  7. Onbekend slachtoffer
  8. Mannelijk slachtoffer
  9. Jonge leeftijd (18-24 jaar)
  10. Alleenstaand

---

Noot. Overgenomen uit de Nederlandse versie van de STATIC-99 (Van Beek, De Doncker, & de Ruiter, 2001).

14. John Monahan (1981).

De Static-99 bestaat uit 10 historische risicofactoren die gecodeerd moeten worden op basis van dossierinformatie. De maximale totaalscore op het instrument is 12. De totaalscore wordt dan omgezet in vier risicocategorieën: laag (score 0 of 1), laag tot matig (2 of 3), matig tot hoog (4 of 5) en hoog (6 of meer). De meeste actuariële instrumenten bevatten louter statische, historische risicofactoren, zoals leeftijd bij de eerste veroordeling of geslacht. Dit betekent dat ze niet geschikt zijn in een behandelcontext, waar preventie van recidive door beïnvloeding van dynamische (in principe veranderbare) risicofactoren, centraal staat. De exclusieve gerichtheid op statische risicofactoren kan tot een pessimistische visie bij behandelaars leiden, omdat deze instrumenten een soort *lifetime*-risico opleveren.<sup>15</sup> Hart en collega's hebben recent beargumenteerd dat de actuariële risicotaxatie-methoden een onvoldoende voorspellende waarde en een te grote foutenmarge hebben, waardoor het gebruik ervan in een juridische context, waar immers beslissingen met grote gevolgen (bijvoorbeeld wel of niet beëindigen van de TBS) voor de betrokken personen moeten worden genomen, ethisch niet verdedigbaar is.<sup>16</sup> De wetenschappelijke discussie hierover is echter nog niet gesloten, getuige de replieken die Hart en collega's op hun artikel ontvingen van gerenommeerde onderzoekers op dit gebied.<sup>17</sup>

De derde methode van het Gestructureerde Professionele Oordeel (GPO), kan gezien worden als een integratie van de eerste twee.<sup>18</sup> De risicotaxatie-instrumenten, zoals de HCR-20 en de SVR-20 (zie tabel 2) zijn beoordelingsinstrumenten die een checklist met risicofactoren bevatten waarvan in wetenschappelijk onderzoek is aangetoond dat ze samenhangen met een verhoogd risico van geweld. Voor verschillende typen geweld bestaan verschillende instrumenten, omdat de risicofactoren voor een deel overlappen, maar ook ten dele anders zijn. In tabel 3 is een lijst met risicotaxatie-instrumenten opgenomen. Ook staat vermeld of er onderzoek met het instrument in Nederland is verricht.

Tabel 2: Items van de SVR-20 (Boer e.a., 1997; Hildebrand e.a., 2001)

Psychosociale aanpassing		Seksuele delicten		Toekomstplannen	
1	Seksuele deviatie	12	Hoge dichtheid van seksuele delicten	19	Ontbreken realistische toekomstplannen
2	Slachtoffer van kindermishandeling	13	Meerdere typen seksuele delicten	20	Negatieve houding t.o.v. interventies
3	Psychopathie	14	Lichamelijk letsel bij slachtoffer(s) van seksuele delicten		

15. Hart (2001).

16. Hart, Michie & Cooke (2007).

17. Mossman & Selke (2007) en Harris, Rice & Quinsey (2008).

18. Borum (1996).

4	Ernstige psychiatrische stoornis	4	Gebruik van wapens of doodsb bedreiging tijdens plegen seksuele delicten
5	Problemen met middelengebruik	16	Reageert niet op behandeling
6	Suïcidale/homicidale gedachten	17	Extreme minimalisering of ontkenning van seksuele delicten
7	Relatieproblemen	18	Opvatting waaruit goedkeuring of vergoelijking van seksuele delicten blijkt
8	Problemen m.b.t. arbeidsverleden		
9	Eerder gepleegde, niet-seksueel geweld-dadige delicten		
10	Eerder gepleegde, niet-gewelddadige, niet-seksueel geweld-dadige delicten		
11	Eerdere schending van voorwaarden		

*Tabel 3: Overzicht van risicotaxatie-instrumenten volgens het Gestructureerde Professionele Oordeel (GPO)*

HCR-20	algemeen geweld	ja	De Vogel & De Ruiter, 2004; De Vogel et al., 2004; De Vogel & De Ruiter, 2005, 2006; Philipse, Van Erven, & Peters, 2002; Hildebrand, Hesper, Spreen, & Nijman, 2005
SVR-20	seksueel geweld	ja, beperkt	De Vogel, De Ruiter, Van Beek, & Mead, 2004

## 8 Risicotaxatie van gewelddadig gedrag: Empirie en praktijk

HKT-30	algemeen en seksueel geweld	ja, beperkt	Canton, 2004; Hildebrand, Hesper, Spreen, & Nijman, 2005
B-SAFER	relationeel geweld	ja, beperkt	De Ruiter, De Jong, Reus, & Thijssen, 2008
CARE-NL	kindermishandeling	ja, beperkt	De Ruiter, De Jong, & van der Hoorn, 2006
SAVRY	geweld bij adolescenten	ja	Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter, & Borum, 2008; Lodewijks, De Ruiter, & Doreleijers, in press; Lodewijks, Doreleijers, & De Ruiter, in press
EARL20-B	antisociaal gedrag bij jongens < 12 jr	lopend	De Ruiter, Van Domburgh, Geluk, & Candel, in voorbereiding

In het bijzonder de HCR-20 en de SAVRY (*Structured Assessment of Violence Risk in Youth*) zijn in meerdere onafhankelijke steekproeven in Nederland onderzocht.<sup>19</sup> Met de Nederlandse vertalingen van deze twee van origine Canadese instrumenten worden dezelfde goede, en soms zelfs nog betere, resultaten behaald wat betreft de tussenbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de predictieve validiteit.<sup>20</sup> Het eindoordeel wordt bij de GPO-methoden bereikt door een professionele afweging en reflectie op de aanwezige risicofactoren, waarbij de beoordelaar bepaalde factoren zwaarder kan laten wegen dan andere. De ongestructureerde klinische taxatie is hiermee voorzien van een externe toetsing (een checklist) waaraan de beoordelaar zijn oordeel moet ijken. Uit recent onderzoek van De Vogel en van Lodewijks en collega's blijkt dat risicotaxaties gebaseerd op het gestructureerde professionele oordeel significant beter gewelddadige recidive voorspellen dan taxaties gebaseerd op het ongestructureerde klinische oordeel of op de actuariële methode.<sup>21</sup> De GPO-benadering van risicotaxatie wordt op dit moment dan ook beschouwd als de meest optimale methode.

We illustreren de diagnostische waarde<sup>22</sup> van de HCR-20 aan de hand van de resultaten van een onderzoek naar gewelddadige recidive onder een groep TBS-ers die is ontslagen uit de TBS. De recidive van de totale groep van 119 per-

19. Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter & De Wit-Grouls (2006).

20. De Vogel (2005) en Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter & Borum (2008). De predictieve validiteit is de nauwkeurigheid waarmee een meetinstrument een bepaald criterium (in dit geval: geweld) voorspelt. Voor het meten van die predictieve validiteit staan de onderzoeker diverse statistische parameters ter beschikking: de correlatiecoëfficiënt (bijv. Pearson, Spearman), sensitiviteit, specificiteit, AUC-waarde (bij een ROC-analyse), positive predictive power, etc. Al deze verschillende parameters meten de predictieve validiteit net weer op een iets andere manier. Voor een uitleg over een aantal van deze parameters, zie Brand (2005).

21. Lodewijks, Doreleijers & De Ruiter (2008) en Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter & Borum (2008).

22. Zie hoofdstuk 17 in dit boek voor een uitleg van het begrip 'diagnostische waarde'.

sonen was 36%. De HCR-20 werd in dit onderzoek retrospectief en blind voor de uitkomst (wel/geen recidive) op basis van aanwezig dossiermateriaal in de TBS-kliniek gecodeerd; de TBS-ers waren dus al eerder op basis van het zuivere klinische oordeel in vrijheid gesteld, zonder gebruikmaking van gestructureerde risicotaxatie-methoden.

*Tabel 4: Berekening van de diagnostische waarde van de HCR-20 op basis van de bevindingen uit een onderzoek onder 119 TBS-ers die ontslagen werden uit de TBS (De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos, & Van de Ven, 2004)*

		De werkelijkheid wijst uit dat:			
		wel recidivist		niet recidivist	
HCR-20 uit-slag:	Hoog	36	84%	22	29%
	Laag/ matig	7	16%	54	71%
		43	100%	76	100%

De diagnostische waarde van een hoog risico volgens de HCR-20 is het percentage correct geassocieerd gedeeld door het percentage fout-positieven. Dat levert hier op:  $84/29 = 2,9$ . De diagnostische waarde van een classificatie als laag risico is  $71/16 = 4,4$ .

### Hoe de gestructureerde risicotaxatie in zijn werk gaat

Hoe gaat zo'n gestructureerde risicotaxatie in zijn werk? Als voorbeeld nemen we de SVR-20, maar de principes volgens welke deze instrumenten werken, zijn voor alle dezelfde. De SVR-20 bestaat uit beschrijvingen van 20 risicofactoren, die in drie subdomeinen zijn onderverdeeld: Psychosociale aanpassing, Seksuele delicten en Toekomstplannen (zie tabel 1). De risicofactoren zijn deels statisch, zoals 'Slachtoffer van kindermishandeling' en deels dynamisch, zoals 'Negatieve houding ten opzichte van interventie'. Alle factoren moeten op een driepuntschaal gecodeerd worden door de gedragsdeskundige: '0' betekent dat de risicofactor niet aanwezig is, '1' betekent dat de factor mogelijk of in enige mate aanwezig is, en '2' betekent dat de factor duidelijk aanwezig is. Alle risicofactoren staan uitgebreid beschreven in de SVR-20 handleiding en het is raadzaam om als beoordelaar bij iedere risicotaxatie die men verricht de handleiding door te nemen. Het gevaar is immers groot dat men op de langere termijn een 'eigen' interpretatie aan de risicofactoren gaat geven, en dan is men weer terug bij een ongestructureerd klinisch oordeel, met alle beperkingen van dien. Voor juristen

is aanschaf van een of meer van dit type handleidingen geen overbodige luxe, omdat men dan enig inzicht krijgt in de werkwijze.

Om een risicotaxatie-instrument te coderen is uitgebreide informatie over de onderzochte noodzakelijk. Met behulp van informatie uit gesprekken met de betrokkene, psychologisch en psychiatrisch onderzoek, gegevens over de criminele voorgeschiedenis, het politiedossier met onder andere slachtofferverklaringen, gesprekken met personen die de betrokkene goed kennen, medische achtergrondgegevens en gedragsobservaties (bijvoorbeeld tijdens de detentie), kunnen de risicofactoren beoordeeld worden. De informatie dient uit meerdere bronnen afkomstig te zijn, omdat het gevaar van vertekening groot is als men alleen de betrokkene interviewt.<sup>23</sup> Naast de standaard set van 20 risicofactoren bieden de GPO-instrumenten de mogelijkheid om casusspecifieke risicofactoren toe te voegen. Dit kan nuttig zijn, omdat het altijd mogelijk is dat in het individuele geval een of meer risicofactoren aanwezig zijn, die niet opgenomen zijn in het instrument, maar die toch relevant zijn.

Vervolgens maakt de beoordelaar zogenaamde risicoscenario's. De term risico omvat namelijk niet louter de waarschijnlijkheid of kans dat het delictgedrag in de toekomst weer zal plaatsvinden, maar er dient ook beoordeeld te worden wat de *aard* van dat gedrag zou kunnen zijn, hoe *ernstig* het kan zijn, wie *mogelijk slachtoffer* zou kunnen worden en hoe gemakkelijk de onderzochte toegang tot slachtoffers heeft, *hoe snel* het risico zich zal voordoen, en of er factoren zijn die het risico sterk verhogen of juist verlagen. Dit is ook een van de verschillen tussen de actuariële instrumenten en de GPO-instrumenten: de eerste categorie risicotaxatie-instrumenten richt zich uitsluitend op de waarschijnlijkheid van het delictgedrag. In het geval er meerdere typen seksueel geweld zijn voorgekomen in het verleden, bijvoorbeeld aanranding van volwassen vrouwen en pedoseksuele delicten, dan dient voor beide apart een scenario gemaakt te worden.

De SVR-20 vereist ook dat wordt vermeld hoe het risico in de toekomst gemonitord dient te worden en welke risicohanteringsstrategieën zijn aangewezen om het risico in de toekomst te verminderen. Ten slotte wordt een algemeen eindoordeel over het risico van toekomstig seksueel delictgedrag gegeven, op een driepuntsschaal (Laag-Matig-Hoog). Dit eindoordeel over het recidiverisico wordt gevormd op basis van de analyse van de 20 risicofactoren, met speciale aandacht voor hun eventuele onderlinge interactie en op basis van de risicoscenario's. Veel mensen denken dat een indeling in Laag-Matig-Hoog een te grove indeling is, maar zoals hierboven al is gezegd, is uit een aantal studies gebleken dat dit categoriale oordeel een significant betere voorspeller is van toekomstig geweld dan een numerieke optelling van de risicofactoren die met 0, 1 en 2 zijn gescoord.<sup>24</sup> Bovendien blijkt uit onderzoek over risicocommunicatie dat een categoriale wijze van rapporteren over recidiverisico de voorkeur heeft van gedragsdeskundigen en rechters die de risicoschattingen gebruiken voor het nemen van beslissingen.<sup>25</sup>

De diagnostische waarde van een instrument wordt niet louter bepaald door het instrument zelf. Ook de *deskundigheid van de beoordelaar* die het instrument hanteert is een factor van eminent belang. De beoordelaar dient specifiek op-

23. De Ruiter (2004).

24. Douglas, Ogloff & Hart (2003), De Vogel & De Ruiter (2006) en De Vogel, De Ruiter, Hildebrand, Bos & Van de Ven (2004).

25. Heilbrun, Philipson, Berman & Warren (1999) en Hilton & Simmons (2001).



geleid te zijn in het gebruik van dit type instrumenten en dient zijn kennis en vaardigheid over risicotaxatie en risicohantering continu op peil te houden. Dat betekent concreet: regelmatige controle van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ('Zit ik nog op een lijn met mijn collega's?'), het bijhouden van de internationale ontwikkelingen op het gebied van onderzoek naar deze risicotaxatie-methoden, kennis hebben over *base rates* van recidive binnen verschillende dadergroepen, en *last but not least* kennis hebben en bijhouden over effectieve interventies om risicovermindering te bewerkstelligen.

## Casus

Om zo concreet mogelijk te laten zien hoe een gestructureerd risicotaxatie-instrument in de praktijk werkt, volgt hier een casuspresentatie. In de casus, over een seksuele delinquent, komen de behandelende TBS-kliniek en een onafhankelijke deskundige tot een verschillend oordeel over het recidiverisico. De casus laat zien dat de transparantie van de risicotaxatie toeneemt met het gebruik van een gestructureerd instrument, maar dat ook een instrument misbruikt kan worden om de eigen standpunten te onderbouwen. De rechter dient dus kritisch te zijn.

Eerst wordt beknopt de voorgeschiedenis van de TBS-er geschetst. Jeroen vertelt dat hij zich zijn hele leven eenzaam heeft gevoeld.<sup>26</sup> Al op de basisschool wordt hij erg veel gepest. Hij is een eenling op school, vindt moeilijk aansluiting bij de andere kinderen. Op de middelbare school (HAVO) wordt dit nog sterker. Zijn resultaten zijn mager, zeker gezien zijn intellectuele mogelijkheden (zijn intelligentiequotiënt (IQ) is 130). Hij kan zich niet concentreren tijdens de lessen, voelt zich niet op zijn gemak op een grote scholengemeenschap. Hij blijft zitten in de tweede en de derde klas HAVO, en wordt in de vierde voor het eerst gearresteerd wegens zedendelicten. Het betreft exhibiteren en het seksueel betasten van vrouwen en meisjes.

Achteraf bezien legt Jeroen een verband met een ervaring van seksueel misbruik op zijn 14e tijdens een scoutingkamp. Een onbekende man op een motor betastte zijn penis, en omgekeerd deed Jeroen dat bij hem. Beiden kregen een orgasme en Jeroen vond het wel opwindend. Hij vertelt dat hij dit als een doorslaggevend voorbeeld heeft ervaren, 'ik dacht toen: dit is dus oké'.

Al van jongs af aan zoeken zijn ouders hulp voor Jeroen bij de geestelijke gezondheidszorg. Als hij zedendelicten gaat plegen wordt hij onder andere verwezen naar de Rutgers NISSO groep, en naar een forensisch-psychiatrische kliniek. Hij ontvangt voornamelijk therapieën in groepen, waar hij zich op de vlakte houdt door zijn extreme sociale angst. Als hij ondanks herhaalde veroordelingen en diverse behandelingen bij herhaling vrouwen en kinderen onzedelijk blijft betasten, wordt Jeroen op 23-jarige leeftijd veroordeeld tot tien maanden gevangenisstraf en TBS met dwangverpleging.

Jeroen wordt opgenomen in een TBS-kliniek, en na een aantal jaren start men een resocialisatietraject met hem. Op een gegeven moment werkt hij bui-

26. Jeroen heeft schriftelijke toestemming verleend voor het gebruik van het casusmateriaal in deze publicatie en hij heeft inzage gehad in de tekst. Zijn naam en een aantal persoonlijke gegevens zijn gewijzigd, de diagnose en de onderzoeksresultaten niet.

ten de kliniek en heeft voor het eerst een vriendin, waar hij erg blij mee is. Door een combinatie van grote werkdruk (Jeroen werkt meer dan 50 uur per week) en spanningen in de relatie, raakt Jeroen overspannen. Hij wil echter ten opzichte van zijn behandelaars bewijzen dat het goed met hem gaat buiten en zo gebeurt het dat hij op een dag terugvalt in een oud patroon en twee 16-jarige meisjes een oneerbaar voorstel doet. De meisjes jagen hem weg, en Jeroen maakt zich geschrokken op zijn fiets uit de voeten. De meisjes doen aangifte bij de politie en Jeroen's resocialisatie wordt gestopt.

Er volgt een overplaatsing naar een andere TBS-kliniek en Jeroen moet van voren af aan beginnen. In deze kliniek doet men opnieuw een psychodiagnostisch onderzoek en wordt de diagnose Autisme Spectrum Stoornis (ASS) bij hem gesteld. Jeroen zegt daarover: 'Toen viel de puzzel in elkaar'. Terugkijkend staan er in de eerder opgemaakte pro justitia rapportage al allerlei aanwijzingen (bijvoorbeeld vanuit het milieuonderzoek) dat er bij hem sprake is van ASS. Hij herkent de symptomen ook bij zijn vader (die bijvoorbeeld specifieke hobby's had, zoals het maken van foto's van oude treinmodellen waarvoor hij uren alleen op pad was, en in zijn vrije tijd bezig was fotoplakboeken samen te stellen), en het zontje van zijn zus en zwager heeft ook ASS. Zijn grootste handicap vindt Jeroen zijn sociale angst. Ook zijn obsessiviteit (dingen niet los kunnen laten) en zijn sociale onhandigheid vindt hij lastig.

Gevraagd naar waarom hij seksuele delicten heeft gepleegd, antwoordt Jeroen als volgt:

'Ik zag niet wat ik verkeerd deed. Als een jongetje ging huilen, was het duidelijk voor me, dan stopte ik ook. Zo concreet moest het zijn. Jongetjes hadden ook een piemel, dat was bekend terrein voor me, ik had zelf die ervaring. Meisjes, daar had ik echt dromen bij, om mee te trouwen, kinderen mee te krijgen. Het is niet zo dat ik nog steeds dingen niet begrijp. Ik ben zelf op mijn 14e misbruikt, toen heb ik het verkeerde voorbeeld gekregen. Ik zie zelf hoeveel problemen dat mij gegeven heeft, dit wil ik iemand anders niet aandoen.'

Jeroen behaalt een totaalscore van 13 op de SVR-20 en het gestructureerde professionele oordeel komt uit op **Laag** (zie tabel 5). Hij scoort niet op de krachtigste risicofactoren voor seksueel delictgedrag, namelijk seksuele deviatie (item 1) en psychopathie (item 3). Hildebrand en collega's en Rice en Harris vonden onafhankelijk van elkaar in onderzoek onder respectievelijk Nederlandse en Canadese zedendelinquenten dat een deviante seksuele voorkeur en de psychopatische persoonlijkheidsstoornis beide sterke voorspellers zijn van recidive met nieuwe zedendelicten (de aanwezigheid ervan vergroot het risico met een factor drie tot vijf), maar dat de combinatie van beide risicofactoren een interactie-effect laat zien, waarmee de groep die beide kenmerken heeft het hoogste risico heeft.<sup>27</sup>

Jeroen scoort eveneens laag op de risicofactoren die samenhangen met de seksuele delicten zelf: deze delicten hadden in het verleden weliswaar een *hoge frequentie*, maar een *lage ernst* (geen bedreiging, geen gebruik van geweld). Bovendien vluchtte Jeroen altijd onmiddellijk als het slachtoffer weerstand bood of

27. Hildebrand, De Ruiter & De Vogel (2004) en Rice & Harris (1997).

angstig werd. Zijn seksuele delictgedrag hangt samen met de sociale en emotionele beperkingen die voortkomen uit zijn psychiatrische aandoening, de ASS. Zijn besef en inzicht in de aard van deze aandoening is de afgelopen periode sterk toegenomen, en er is meer acceptatie van zijn handicap.

Tabel 5: De SVR-20 codering van Jeroen

Psychosociale aanpassing		
1.	Seksuele deviatie	0 geen pedoseksuele voorkeur
2.	Slachtoffer kindermishandeling	1 (veel gepest, ook thuis)
3.	Psychopathie	0
4.	Ernstige psychiatrische stoornis	2 (ASS)
5.	Problemen met het gebruik van middelen	0
6.	Suïcidale / homicidale gedachten	0
7.	Relatieproblemen	2
8.	Problemen met betrekking tot het arbeidsverleden	2 (WAJONG uitkering, overwerktheid)
9.	Eerder gepleegde, niet-seksueel gewelddadige delicten	0
10.	Eerder gepleegde, niet-gewelddadige, niet-seksuele delicten	0
11.	Eerdere schending van voorwaarden	2 (nieuw delict tijdens proeftijd)
Seksuele delicten		
12.	Hoge dichtheid van seksuele delicten	1 (voorafgaand aan TBS-delicten wel; tijdens resocialisatiefase niet)
13.	Meerdere typen seksuele delicten	2 (aanranding, exhibitionisme, pedoseksuele delicten)
14.	Lichamelijk letsel bij slachtoffer(s) van seksuele delicten	0

## 8 Risicotaxatie van gewelddadig gedrag: Empirie en praktijk

15.	Gebruik van wapens of bedreigingen met de dood tijdens plegen van seksuele delicten	0 (zeker niet; vlucht als slachtoffer weerstand biedt)
16.	Escalatie in frequentie of ernst van seksuele delicten	1 (voorafgaand aan TBS-delicten wel; laatste incident tijdens resocialisatie was juist minder ernstig)
17.	Extreme minimalisering / ontkenning van seksuele delicten	0
18.	Opvattingen waaruit goedkeuring of vergoelijking van seksuele delicten blijkt	0
Plannen voor de toekomst		
19.	Ontbreken van realistische toekomstplannen	0 (horlogemaker lijkt realistische beroepskeuze, evenals beschermd wonen + langdurig toezicht)
20.	Negatieve houding ten opzichte van interventies	0 (wil graag permanente begeleiding door een mentor met ervaring met ASS; vindt dat hij in intramurale behandeling niet veel meer kan leren )
Eindoordeel risico:		<input checked="" type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog

De seksuele delicten van Jeroen zijn begonnen in de adolescentie. Een van de ontwikkelingsstaken in deze periode is het leren omgaan met seksuele interesses en behoeften. Door hun vaak obsessieve belangstelling, hun beperkte vermogen sociale gebaren en taal te decoderen, en weinig voeling met sociale conventies, bestaat het gevaar van agressie, excessieve masturbatie en grensoverschrijdend seksueel gedrag bij personen met ASS.<sup>28</sup> Seksueel grensoverschrijdend gedrag kan dus het gevolg zijn van ASS. Vanuit hun autistische standpunt is seksueel gedrag vergelijkbaar met alle andere vormen van gedrag: het voelt goed en wat anderen ervan vinden is secundair. De ASS patiënt heeft geen oog voor de context van seksueel gedrag hetgeen kan leiden tot seksuele grensoverschrijdingen. Meestal begint het met *hands off* seksueel delictgedrag (exhibitionisme, voyeurisme), maar dit kan overgaan in *hands on* delicten (zoals aanranding, pedoseksuele delicten). Hoewel de ASS patiënt seksueel aangetrokken wordt door leeftijdgenoten van het andere geslacht, kan hij toch zijn toevlucht nemen tot jongere kinderen, omdat hij binnen de eigen leeftijdsgroep wordt afgewezen, c.q. geen contact kan maken. Er is dan weliswaar sprake van pedoseksueel *delict-*

28. Ray, Marks & Bray-Garretson (2004).

gedrag, maar niet van een pedofiele *voorkeur*. Dit onderscheid tussen ontucht met kinderen (verwijzend naar strafbaar gedrag) en pedofilie (een psychische stoornis, die niet altijd samengaat met strafbaar gedrag) wordt nogal eens vergeten.

De behandelende TBS-kliniek heeft ook de SVR-20 gebruikt om een risicotaxatie te verrichten bij Jeroen, maar komt uit op het eindoordeel **Hoog**. De kliniek is van mening dat Jeroen lijdt aan pedofilie (item 1; score 2), geeft hem een 1 op psychopathie (item 3) en scoort hoger op de items 17 tot en met 20. Het zal de lezer duidelijk zijn dat de auteur grote vraagtekens zet bij deze codering. Het plegen van pedoseksuele *delicten*, betekent niet noodzakelijkerwijs dat sprake is van een pedoseksuele *voorkeur* bij Jeroen. Integendeel, er zijn vele aanwijzingen dat Jeroen een voorkeur heeft voor een seksuele relatie met een vrouw van zijn eigen leeftijd. De score van 1 op het item Psychopathie is niet te onderbouwen, omdat Jeroen laag scoort op drie van de vier dimensies van psychopathie: Antisociaal, Gedrag en Interpersoonlijk.<sup>29</sup> Psychopaten vertonen in veel opzichten exact tegenovergestelde persoonlijkheidstrekken dan die we bij Jeroen aantreffen: ze zijn helemaal niet sociaal angstig maar dominant. Ook zijn ze in hoge mate impulsief en sensatiebelust, terwijl Jeroen juist planmatig en obsessief is. De seksuele delicten die Jeroen heeft gepleegd komen voort uit een gebrek aan inzicht in zijn ASS en in de rol van zijn eigen seksuëlmisbruikervaring. Hij ziet nu in dat hij een ernstige psychiatrische aandoening heeft, waardoor hij blijvend beperkingen zal ondervinden. Hij wil het liefst in een beschermde woonvorm geplaatst worden, waarbij begeleiding door medewerkers die verstand hebben van zijn stoornis voorhanden is.

Ondanks het feit dat Jeroen inmiddels meer dan twaalf jaar in TBS-klinieken verblijft, heeft hij nog steeds geen op zijn diagnose toegesneden behandeling aangeboden gekregen.<sup>30</sup> Door het ontbreken van adequate behandeling bestaat het gevaar dat patiënten met ASS onnodig lang in hoog beveiligde inrichtingen worden gehouden, zo signaleerden Milton en collega's reeds in 2002.<sup>31</sup> Het citaat van Austin waarmee dit artikel opende, wijst in dezelfde richting. De TBS-kliniek heeft een longstay-plaatsing voor Jeroen aangevraagd, en die is toegewezen.

## Besluit

Is het feit dat de TBS-kliniek en ik tot zo'n verschillende risicobeoordeling betreffende Jeroen komen (beide gebruikmakend van nota bene hetzelfde instrument) eigenlijk geen slechte reclame voor gestructureerde risicotaxatie-instrumenten? Mijn antwoord hierop is: 'Neen'. De instrumenten zijn een verbetering ten opzichte van het ongestructureerde klinische oordeel, omdat klinieken nu moeten onderbouwen en transparant maken waarom zij tot een bepaald risico-oordeel komen. Een conclusie als: 'Deze TBS-er heeft een *borderline* persoonlijkheidsstoornis en is daarom recidive-gevaarlijk', zoals vroeger gebruikelijk was, is onaanvaardbaar en onhoudbaar geworden. De risicotaxatie-instrumenten dwingen de beoordelaar om te expliciteren welke kenmerken van de stoornis het risico

29. Hare (2003) en Hildebrand & De Ruiter (2005).

30. Zie Gaus (2007) voor een beschrijving van een state-of-the-science behandeling van ASS bij volwassenen.

31. Milton, Duggan, Latham, Egan & Tantam (2002).

verhogen en hoe dat plaatsvindt, en wat men aan verbetering c.q. reductie van die kenmerken wil gaan doen.

De casus Jeroen is wel slechte reclame voor de TBS-sector. Juristen dienen daarom ook bij gebruik van gestructureerde instrumenten kritisch te zijn. In de casus Jeroen ontstaat de indruk dat het risicotaxatie-instrument is gaan fungeren als een dekmantel voor de ondeskundigheid van de behandelaars in de TBS. Jeroen moest immers tien jaar op de correcte diagnose wachten, waarvoor hij nu al twaalf jaar geen adequate behandeling ontvangt. Het onkritische gebruik van gestructureerde risicotaxatie-methoden heeft in elk geval onder de onderzoekers in dit veld geleid tot hernieuwde aandacht voor onderzoek naar potentiële beschermende factoren die compenseren voor risicofactoren.<sup>32</sup> Inmiddels is een gestructureerd instrument voor taxatie van protectieve factoren, de *Structured Assessment of PROtective Factors for violence risk* (SAPROF)<sup>33</sup> ontwikkeld, waarmee in een aantal TBS-klinieken onderzoek wordt verricht. Met het ontwikkelen van de SAPROF is een eerste aanzet gedaan tot een gestandaardiseerde beschouwing van protectieve factoren met als doel integratie met risicofactoren, en daardoor een meer complete en evenwichtiger risicotaxatie.

32. De Vogel, De Ruiter & Bouman (2007).

33. De Vogel, De Ruiter, Bouman & De Vries Robbé (2007).